



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Hidroterapia como Método Não Farmacológico no Alívio da Dor na Fase Latente do Trabalho de Parto

Inês Ribeiro Serafim

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2025



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Hidroterapia como Método Não Farmacológico no Alívio da Dor na Fase Latente do Trabalho de Parto

Inês Ribeiro Serafim

Orientador(es) | A. Frias

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 da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | A. Frias (Universidade de Évora) (Orientador)
Ana Cristina Canhoto Ferrão (Centro Hospitalar Barreiro, Montijo, E.P.E.)
(Arguente)

AGRADECIMENTOS

Num percurso que exigiu resiliência, dedicação e muita força de vontade, quero agradecer a todos aqueles que de algum modo se cruzaram no meu caminho, entre elas:

À Professora Doutora Ana Frias pela disponibilidade ao longo de todo o percurso;

A todas as supervisoras clínicas, sem exceção, que ajudaram a traçar o meu percurso e me transmitiram o melhor que sabiam dos seus conhecimentos de forma a tornar-me melhor profissional e futura EEESMO;

À Carolina A., Cristiana, Maria, Miriam, Inês C., Carolina G., pelos momentos partilhados, pela motivação e pela amizade.

Às minhas colegas de serviço, Alzira e Inês M., por tantas vezes arranjarem trocas e soluções para o quebra-cabeças que é organizar o horário de estágio com o profissional, foram incansáveis, foram mais que colegas.

Agradeço também aqueles que foram o meu pilar e sempre me incentivaram:

Ao meu namorado pelas ausências e por ter sido um pilar emocional;

Aos meus pais e à minha irmã, mas principalmente à minha mãe por tudo e por tanto;

À minha tia Tonicha por me ter acolhido e tratado como uma filha durante o período em que estive deslocada;

À minha avó Assunção que sempre cuidou tão bem de mim!

RESUMO

TÍTULO: Hidroterapia como Método Não Farmacológico no Alívio da Dor na Fase Latente do Trabalho de Parto

Introdução: O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica inclui no seu programa curricular o Estágio Profissional com Relatório Final, que visa a aquisição e descrição de conhecimentos teóricos e práticos inerentes ao Enfermeiro Especialista. **Objetivo:** Descrever e analisar crítica e reflexivamente as competências comuns e específicas assimiladas e proceder à aplicação prática da técnica da hidroterapia no alívio da dor. **Metodologia:** Estágio realizado de acordo com a metodologia da supervisão clínica e orientação pedagógica tendo como temática estudada a “Hidroterapia como Método Não Farmacológico no Alívio da Dor na Fase Latente do Trabalho de Parto”. **Resultados:** Desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. O estudo do tema escolhido, contribuiu para a humanização do parto. **Conclusões:** Os objetivos apresentados foram alcançados. As competências e conhecimentos adquiridos consideram a mulher como um ser individual adaptando os cuidados a cada realidade.

Descritores (DeCS)/Palavras Chaves: Ansiedade; dor do parto; enfermeiras obstétricas; hidroterapia; trabalho de parto.

ABSTRACT

TITLE: Hydrotherapy as a Non-Pharmacological Method for Pain Relief in the Latent Phase of Labor

Introduction: The Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing includes a Professional Internship with Final Report, which aims to acquire and describe the theoretical and practical knowledge inherent to the Specialist Nurse. **Objective:** To describe and critically and reflexively analyze the common and specific skills acquired and to proceed to the practical application of the hydrotherapy technique in pain relief. **Methodology:** The internship was carried out according to the methodology of clinical supervision and pedagogical guidance, with the theme "Hydrotherapy as a Non-Pharmacological Method for Pain Relief in the Latent Phase of Labor." **Results:** Development and acquisition of common and specific skills of the specialist nurse. The study of the chosen theme contributed to the humanization of childbirth. **Conclusions:** The presented objectives were achieved. The acquired skills and knowledge consider the woman as an individual being, adapting care to each reality.

Descriptors (DeCS): Anxiety; labor pain; nurse midwives; hydrotherapy; labor, obstetric.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	14
1.1. CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL ONDE DECORREU O CONTEXTO DE ESTÁGIO	15
1.1.1. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – hospital F	19
1.1.2. Consulta Externa de Obstetrícia – Hospital F	26
1.1.3. Serviço de Neonatologia – Hospital P	28
1.1.4. Internamento de Puerpério – Hospital P	30
1.1.5. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Hospital P	32
1.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	35
2. CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	38
2.1. REVISÃO DA LITERATURA.....	38
2.1.1. Metodologia	40
2.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA	42
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	57
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS.....	57
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	64
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
APÊNDICES.....	106

APÊNDICE A – Proposta de projeto de tese/ dissertação/ estágio/ trabalho de projeto (MODELO T-005), resumo, plano e cronograma	106
APÊNDICE B – Reflexão Segundo Modelo de Gibbs.....	111
APÊNDICE C – Estudo de Caso.....	112
APÊNDICE D – Registo de Vigilâncias.....	113

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Campos Clínicos	15
Tabela 2. Processo de análise de dados segundo o método PICOD.....	41
Tabela 3. Assistência Parturientes no Bloco de Partos e Internamento de Grávidas.....	43
Tabela 4. Tipo de analgesia utilizada durante o TP	49
Tabela 5. Alívio da Dor na Fase Latente VS Fase Ativa.....	52
Tabela 6. Duração do TP de acordo a paridade	52
Tabela 7. Duração do TP de acordo com a utilização da hidroterapia (duche) no alívio da dor	53
Tabela 8. Lesão perineal de acordo com a utilização de hidroterapia	53
Tabela 9 - Índice de Apgar	54
Tabela 10. Índice de Apgar de acordo com a utilização de hidroterapia	55
Tabela 11. Número e proporção de IG por motivo.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Área de abrangência da ULS.....	17
Figura 2 - Nº de Partos por Ano	18
Figura 3 - Grupos etários das Parturientes.....	44
Figura 4 - Nacionalidade das parturientes	45
Figura 5 – Paridade.....	46
Figura 6 – Vigilância da Gravidez.....	46
Figura 7 - Grávidas que frequentaram o curso de preparação para o parto	46
Figura 8 - Elaboração plano de parto	47
Figura 9 - Presença de pessoa significativa	48
Figura 10 - Pessoa significativa presente no parto	48
Figura 11 - Perfusão Contínua vs <i>Walking Epidural</i>	49
Figura 12 - Conhecimento sobre o MNF Hidroterapia.....	50
Figura 13 - Alívio da Dor Com a Utilização da Hidroterapia.....	51

INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MESMO], é um curso de 2.º ciclo oferecido pela Universidade de Évora [UÉ] através da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus [ESESJD], registado na Direção Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03), com entendimento positivo da Ordem dos Enfermeiros [OE] (SAI – OE/2017/9022 e SAI – OE/2019/5981), permite a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO] bem como o grau académico de Mestre. O MESMO concede à mestranda a aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do EEESMO, regendo-se pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro) e pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº391/2019 de 3 de maio), permitindo ao EEESMO prestar cuidados à mulher durante todo o ciclo reprodutivo incluindo os regimes de saúde/doença bem como cuidados ao recém-nascido [RN] até aos 28 dias de vida. Além disso as competências apreendidas também abrangem cuidados à mulher durante o climatério. As competências adquiridas também exigem cuidados à mulher no período do climatério, no domínio da ginecologia, de um modo geral, planeamento familiar e promoção da saúde sexual e reprodutiva, considerando o contexto familiar e a sociedade em que a mulher se insere.

O programa do MESMO (Aviso nº15812/2019; DR 07/10/2019), tem a duração de dois anos e respeita as orientações da Comunidade Europeia, do *Nursing and Midwives Council* e da *International Confederation of Midwives*. No que confere ao 2.º ano do plano de estudos, o MESMO insere-se na Unidade Curricular [UC] Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF], com começo no dia 11 de setembro de 2023 e término a 23 de junho de 2024, repartido por dois semestres. O estágio está organizado em distintos campos clínicos de forma a permitir à mestranda a aquisição de competências em todas as áreas da Saúde Materna e Obstétrica [SMO], sendo eles: Internamento de Grávidas/Admissão, Bloco de Partos, Consulta Externa e Internamento de Puerpério. Todo o trajeto do ENPRF teve a orientação pedagógica da Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias e supervisão clínica de EEESMO nos diferentes campos de estágio.

Os objetivos do ENPRE, encontram-se enumerados na planificação da UC, considerando-se: 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; 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

A temática explorada, Hidroterapia como Método Não Farmacológico no Alívio da Dor na Fase Latente do Trabalho de Parto, inclui-se no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto [TP], e pretendeu dar resposta aos objetivos propostos, expandir conhecimentos sobre esta temática e melhorar a prestação de cuidados oferecendo à mulher/pessoa significativa a possibilidade de um parto mais humanizado, assente na mais recente evidência científica.

A dor é considerada uma experiência única e individual, e para muitas mulheres a dor sentida durante o TP será a forma de dor mais desagradável que alguma vez sentiram, podendo a perceção da dor ser afetada por aspetos fisiológicos, psicológicos e também pela qualidade dos cuidados prestados (Thomson et al., 2019). Fatores socioculturais, crenças e a comunidade onde as mulheres estão inseridas também podem influenciar as expectativas e as estratégias de controlo da dor (Nori et al, 2023). Para alívio e controlo da dor, as mulheres podem recorrer a métodos farmacológicos [MF] e métodos não farmacológicos [MNF], em que os primeiros visam o alívio da dor mais rápido e são mais eficazes, mas podem estar associados a efeitos adversos na mãe e/ou feto, já os segundos ajudam a mulher a saber lidar com a dor, são baratos, facilmente aplicáveis e ajudam a mulher a tornar-se mais ativa no processo de decisão, não trazendo efeitos secundários para o binómio levando a melhores experiências de parto e maior satisfação (Matabane et al., 2023; Pietrzak et al., 2023;).

Os EEESMO enquanto cuidadores privilegiados da mulher/feto/família podem desempenhar um papel fundamental, promovendo as técnicas não farmacológicas para alívio da dor (Tereso et al., 2023). As recomendações da *World Health Organization* para uma experiência de parto positiva de nascimento, incentivam a utilização de medidas não farmacológicas de forma a diminuir a dor no decurso do TP e promover uma maior autonomia e participação ativa da mulher (World Health Organization [WHO], 2018a). Posto isto considerou-se importante estudar um dos MNF em particular, sendo ele, a hidroterapia sob a forma duche terapêutico. A OE apoia a utilização deste MNF apoiando-se em evidência

científica que afirma que uso da água quente durante o trabalho de parto induz relaxamento, reduz a ansiedade e a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina, encurta o período de dilatação e aumenta a sensação de controlo da dor e a satisfação, reduzindo o uso de analgesia epidural durante o período de dilatação sem efeitos adversos da duração do TP, taxa de partos cirúrgicos e no bem estar neonatal (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013a).

Nesta perspetiva o foco atual é a humanização dos cuidados e a garantia de que as mulheres estejam envolvidas na tomada de decisão, sendo os profissionais de saúde os promotores de informação e educação sobre estas técnicas, capacitando as mulheres a tomarem decisões informadas e participarem ativamente na sua experiência de parto (Mallen-Perez et al., 2018; Matabane et al., 2023).

Para a realização do ENPRF foi necessário ter como base um modelo teórico de forma a conduzir e fundamentar a prática clínica. O modelo teórico selecionado, foi o Modelo Teórico de Katharine Kolcaba que propôs a Teoria do Conforto. Katharine Kolcaba descreve o conforto como a satisfação, das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência que surgem de situações causadoras de stress nos cuidados de saúde nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, sendo o enfermeiro essencial para identificar e garantir que as necessidades de conforto são satisfeitas (Oliveira et al., 2017).

O vigente Relatório de Estágio tem como propósito detalhar de forma crítica e reflexiva o processo de aquisição de competências comuns e específicas para prática profissional na especialidade da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, encontrando-se subdivido da seguinte forma: contexto clínico do ENPRF, onde de caracterizam os diferentes campos de estágio e a metodologia adotada; contributos para a melhoria da intervenção de enfermagem de saúde materna e obstétrica, com ênfase na temática central do relatório e os resultados obtidos na prática clínica; análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências comuns aos Enfermeiros Especialistas e específicas dos EEESMO; considerações finais; referências e apêndices. O relatório foi redigido em conformidade com as normas da American Psychological Association [APA] (APA, 2020) e as normas de elaboração de trabalhos escritos da UÉ–ESESJD (Frias et al., 2023) e emprega o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Este capítulo tem como objetivo descrever os diferentes contextos clínicos em que foi realizado o Estágio de Natureza Profissional, detalhando a estrutura física, os recursos humanos e materiais disponíveis e dos resultados estatísticos de cada campo de estágio. Considera-se que essas informações são essenciais para contextualizar e esclarecer o processo de aquisição de competências.

A prática clínica é uma componente indispensável do conteúdo programático de enfermagem em SMO (Panda et al., 2021), pois ajuda o estudante de enfermagem e EEESMO a aplicar o conhecimento teórico na prática clínica (Adam, et al., 2021), desempenhando um papel importante na aquisição de competências profissionais (Panda et al., 2021). O ambiente onde o aluno adquire essas competências inclui quatro atributos que têm impacto na aprendizagem do mesmo, sendo eles: o espaço físico, os fatores psicossociais e de interação, a cultura da organização e os objetivos de ensino e aprendizagem (Mbakaya et al., 2020).

A experiência adquirida em contexto clínico possibilitou o desenvolvimento de um processo essencial para atingir as metas estabelecidas na UC ENPRF, realizar todas as tarefas propostas e atingir os resultados previstos no projeto de estágio (Apêndice A), tendo como suporte as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do EEESMO.

O ENPRF decorreu no segundo ano do MESMO, do ano letivo 2023/2024, que foi dividido em dois semestres, o primeiro com início a 11 de setembro de 2023 e término a 31 de janeiro de 2024, e o segundo semestre com começo a 14 de fevereiro e termo a 6 de julho, e incluiu a prestação de cuidados especializados na área da SMO conforme proposto na UC. De ressaltar que devido à carência de EEESMO nas enfermarias de ginecologia, o estágio onde se pretendia adquirir essas competências foi realizado na enfermaria de grávidas/serviço de urgência. Na Tabela 1 estão enunciados os campos clínicos do ENP em cada um dos semestres.

Tabela 1.
Campos Clínicos

Período de Estágio	Campos clínicos	Nº de Semanas
1º Semestre		
11/09/2023 a 22/10/2023	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia - Internamento de Grávidas (Hospital F)	6
23/10/2023 a 03/12/2023	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de Partos (Hospital F)	6
04/12/2023 a 28/01/2024	Consulta Externa de Obstetrícia (Hospital F)	6
2º Semestre		
14/02/2024 a 18/02/2024	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (Hospital P)	1
19/02/2024 a 24/03/2024	Internamento de Puerpério (Hospital P)	5
02/04/2024 a 28/04/2024	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de Partos (Hospital P)	4
29/04/2024 a 23/06/2024	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de Partos (Hospital F)	8

Fonte: Elaboração própria

1.1. CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL ONDE DECORREU O CONTEXTO DE ESTÁGIO

A Unidade Local de Saúde [ULS] da região sul foi criada ao abrigo do Decreto de Lei 102/2023 de 7 novembro, e resulta da reestruturação do Centro Hospitalar Universitário da mesma região e dos agrupamentos de centros de saúde. Esta integra três hospitais, F, P e L, três Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES] e respetivas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, quatro Serviços de Urgência Básica [SUB] e o Centro de Medicina Física e de Reabilitação [CMR] (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2024a). Este novo modelo visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde (SNS, 2024a). Esta passagem para o sistema de ULS pode gerar uma oportunidade única para o atual sistema de saúde se reconstruir e recompor, na procura de

cuidados mais equitativos e eficientes e direcionados para as carências dos doentes (Nobox, 2024)

A missão da ULS centra-se em prestar os melhores cuidados diferenciados em toda a região abrangente e parte sul de outra região, com elevado nível de rigor, competência e excelência, com especial enfoque no acesso, estimulando a formação pré e pós-graduada e a investigação, assente na humanização dos cuidados e promoção do espírito de equipa e pertença institucional de todos os profissionais (SNS, 2024b)

Quanto à resposta assistencial, a ULS, responde às necessidades de cuidados de saúde diferenciados em 16 concelhos, tal como mostra a Figura 1, sustentando o atendimento de saúde a 484.122 cidadãos residentes na região, podendo atingir valores populacionais, que tendem triplicar sazonalmente durante o verão (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024a; SNS, 2024c). Para além de outras valências esta ULS conta com a unidade materno-fetal que engloba o serviço de urgência de obstetria e ginecologia – bloco de partos, consulta externa de obstetria, serviço de ginecologia, serviço de obstetria e unidade de cuidados intensivos neonatais nos hospitais F e P, onde decorreu O ENP.

O serviço de obstetria no hospital F encontra-se envolvido em Projetos de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, inseridos dos Padrões de Qualidade das Cuidados de Enfermagem, nomeadamente “Maternidade com Qualidade” e “Hospital Amigo dos Bebés”, e está certificado desde 2014 pela Direção Geral de Saúde [DGS] com nível de qualidade bom, e tem como filosofia o exercício em equipa e a multidisciplinaridade, articulando-se com os Serviços Clínicos de Pediatria, Neonatologia, Ginecologia, Anestesiologia, Psicologia Clínica, Psiquiatria, Cirurgia Geral e de Medicina Interna em particular com Diabetologia e Nutrição (SNS, 2024d). Já o hospital P tem como missão a assistência às grávidas na preconcepção, gravidez, parto e puerpério, é certificado como “Hospital Amigo dos Bebés” desde 2008 cuja última recertificação como Hospital Amigo dos Bebés, foi em 2018, com vista à promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno, disponibilizando a ajuda necessária a mães e bebés, articulando-se com os Serviços Clínicos de Pediatria, Ginecologia, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Medicina Interna – em particular com Diabetologia, Hipertensão Arterial e Nutrição – Psiquiatria e Psicologia Clínica (SNS, 2024d).

O projeto “Maternidade com Qualidade” foi um repto lançado pela OE em 2013 cujos indicadores em evidência são: “hidratação/ingesta no TP, estímulo a posições não supinas,

episiotomia uso seletivo na prática clínica; alívio da dor/aplicação de medidas não farmacológicas de alívio da dor e; contacto precoce entre a díade e amamentação do RN na primeira hora de vida” (OE, 2013b). Já o projeto “Hospital Amigo dos Bebés”, foi uma iniciativa lançada pela WHO e pela United Nations Children's Fund [UNICEF], que visa defender, favorecer e apoiar o aleitamento materno através de medidas que garantam que as mães e os bebés recebem apoio adequado no período pré e pós-natal, projeto esse que em dezembro de 2023 cessou, devido à constituição da Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno, formada pelo Governo através do Despacho nº 13056/2023, que em linha com as prioridades estabelecidas para o SNS e reconhecendo o sucesso da Iniciativa Amiga dos Bebés, implementou práticas de promoção e manutenção do aleitamento materno em instituições de saúde que agora são parte integrante da nova Comissão (UNICEF, s.d). A certificação associada a esta iniciativa já não se encontra em vigor uma vez que foi oficialmente encerrada.

A ULS está incorporada na Rede Nacional de Referência Materno Infantil, considerando-se que o Hospital F é um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado [HAPD] e o Hospital P é considerado um Hospital de Apoio Perinatal (HAP) (DGS, 2001).

Figura 1.

Área de abrangência da ULS

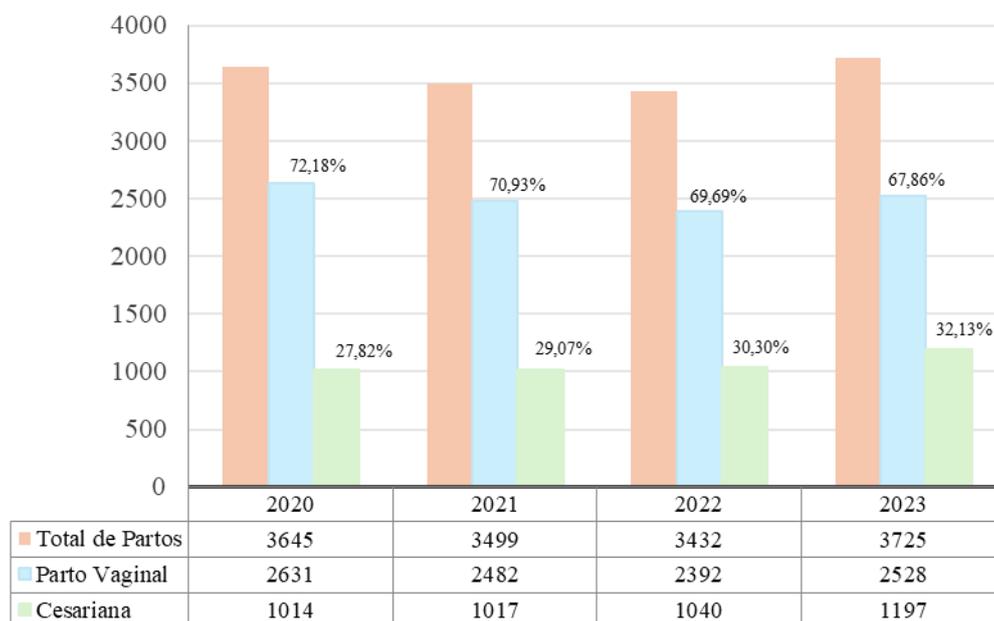


Fonte: <https://www.wiportugal.org/WanderAlgarveAlleEN.html>

De acordo com os dados estatísticos cedidos pelo site SNS Transparência (2023), no que respeita à natalidade, a ULS, apresentou um total de 3725 partos, no ano de 2023, sendo que 2528 (67,86%) foram partos eutócicos [PE] ou instrumentados e 1197 (32,13%) foram cesarianas, como podemos observar na Figura 2.

Figura 2.

Nº de Partos por Ano



Fonte: Elaboração Própria; Dados SNS Transparência (2024)

Ao analisar os dados da Figura 2 podemos observar que em 2021 e 2022 houve um decréscimo no número de partos em relação a 2020, e em 2023, voltou a haver um aumento. De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 nos último cinco anos do período entre 2011 e 2019 a taxa bruta de natalidade [TBN] nacional mostrou uma tendência para a estabilização, tendência essa apenas contrariada pelas regiões da Área Metropolitana de Lisboa e do Algarve, que apresentam valores de TBN superiores à média nacional, realçando, também, que o índice sintético de fecundidade [ISF] cresceu verificando-se um aumento da proporção de nados-vivos [NV] filhos de mulheres estrangeiras, que após a análise por NUTS II pode ainda concluir-se que a Área Metropolitana de Lisboa e o Algarve, apresentam no mesmo período o ISF e a proporção de NV de mulheres estrangeiras mais elevadas, sendo que em 2019 os valores mais altos foram mesmo observados no Algarve (Ministério da Saúde, 2022). A tendência crescente de migração internacional também se tem verificado em Portugal, onde, em 2022, a população estrangeira representava 7,5% da população residente, sendo o número de estrangeiros superior a meio milhão, fixando-se principalmente nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal (Machado, 2024). A ULS onde foi realizado o estágio depara-se, assim, com a questão da migração e os cuidados de saúde prestados a esta população, uma vez que o estado de saúde e o bem-estar da população migrante e da população de acolhimento podem ser afetados por circunstâncias ao longo de todo o processo migratório: desde o perfil epidemiológico dos países

de origem e acolhimento, o estado de saúde do migrante na origem, o estatuto migratório, até práticas culturais, condições de vida e acesso a cuidados de saúde nos países de origem (Machado, 2024).

A ULS apresenta taxas de cesariana que se situam entre 27% e os 32%, notando-se um aumento gradual de ano para ano, sendo esse um valor elevado. Desde 1895, a comunidade médica internacional considerava a taxa ideal de cesariana entre os 10 e 15% (WHO, 2015). No entanto, as novas recomendações desaconselham a utilização de limites a nível hospitalar uma vez que as taxas de cesariana variam amplamente de acordo com as características da população que recorre aos serviços de saúde, relatando apenas que o aumento das taxas de cesarianas são um problema a nível universal, sublinhando que a cesariana é eficaz para salvar vidas maternas e neonatais, apenas quando utilizadas por razões clinicamente indicadas (WHO, 2018b), devendo, por isso, concentrar-se esforços para garantir que as cesarianas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de procurar atingir uma taxa específica (WHO, 2015). O aumento da migração nesta região do país pode ir ao encontro do aumento das taxas de cesarianas, uma vez que, a migração é um fator de risco documentado nos cuidados obstétricos, correspondendo a taxas de cesariana mais elevadas e cuidados pós-natais inadequados, isto porque, as mulheres migrantes têm mais dificuldade no acesso aos cuidados perinatais e à adesão às recomendações perinatais, pelo que os serviços de obstetria e ginecologia têm encontrado dificuldade em responder eficazmente às necessidades específicas destas mulheres (Doetsch et al., 2021).

1.1.1. Serviço de Urgência de Obstetria e Ginecologia – hospital F

O Serviço de Urgência de Obstetria e Ginecologia [SUOG] do Hospital F faz parte do Departamento de Ginecologia/Obstetria e Reprodução Humana, e assiste a mulher ao longo do seu ciclo de vida reprodutivo, climatério e menopausa (SNS, 2024d), situa-se no 5.º piso do edifício primário sendo constituído pelo Atendimento Urgente/Admissão (Urgência de Obstetria e Ginecologia), pelo Internamento de Grávidas (Medicina Materno Fetal) e pelo Bloco de partos [BP], que tem ainda incorporado um Bloco Operatório [BO] reservado para urgências do foro obstétrico e cesarianas programadas por indicação clínica.

Todas as utentes que se dirigem ao Hospital F são admitidas pelo Serviço de Urgência Geral [SU], são triadas segundo a classificação da Triagem de Manchester, e posteriormente, são encaminhadas para o 5.º piso, podendo ainda ser encaminhadas pela consulta externa e centros de saúde. As utentes com afeções ginecológicas, são acompanhadas pela assistente operacional

do SU até ao serviço correspondente e as grávidas são acompanhadas pelas assistentes operacionais do SUOG, que estão instruídas para controlar e direcionar as grávidas no circuito de urgência obstétrica. Caso as utentes cheguem acompanhadas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] ou pelos Bombeiros são encaminhadas diretamente ao SUOG. Existe uma sala de espera no 5.º piso, onde as utentes devem aguardar a chamada pelo médico ou pelo EEESMO para serem observadas, dirigindo-se ao Atendimento Urgente/Admissão.

O SUOG dispõe de equipa multidisciplinar 24h por dia que assegura o atendimento urgente durante a gravidez, parto e puerpério e mulheres com afeções ginecológicas, a todas as utentes residentes ou em turismo na zona de abrangência do hospital, articulando-se quando necessário com a equipa de anestesiologia e cuidados intensivos neonatais (SNS, 2024d).

Atendimento Urgente/Admissão

Na Admissão atende-se a queixa da mulher grávida ou da mulher com afeção ginecológica direcionando-a conforme o diagnóstico. Nos casos em que a grávida se encontre em início de TP, esteja recomendada a indução do TP, ou outras situações clínicas que exijam vigilância é encaminhada para o Internamento de Grávidas. Nos casos em que a grávida tem cesariana programada aguarda na sala de observações pelo tempo cirúrgico, cuja intervenção cirúrgica será no BO do BP. Em caso de parto eminente ou caso a grávida esteja em fase ativa do TP, quer isto dizer, com contrações uterinas dolorosas e regulares e dilatação cervical de cinco ou mais centímetros (WHO, 2018a) é orientada para o BP. No que toca a casos de pacientes com patologia ginecológica, após observação médica, se utente instável hemodinamicamente, procede-se aos procedimentos a fim da estabilização, ainda no SUOG, e em caso de cirurgia imediata, é otimizada a preparação pré-operatória transferindo-se de seguida a utente para o bloco central ou para o Serviço de Ginecologia caso necessite internamento.

No que respeita ao espaço físico a Admissão é composta por: sala de espera, casa-de-banho, duas salas destinadas à urgência, uma sala de observação e zona de sujos. A sala de urgência 1, tem no seu ambiente, marquesa ginecológica, ecógrafo, dinamap, armário com material clínico útil e secretária com computador para os médicos efetuarem registo através do sistema informático *ALERT*[®]. Mesmo em frente, à sala 1 encontra-se a sala de urgência 2, com posição semelhante à anterior. Esta sala 2, tem ainda uma divisão que dá acesso à sala de cardiocografia (CTG), que tem dois cardiotocógrafos, uma maca, um cadeirão e um móvel com material de consumo clínico. A Sala de Observação [SO] tem: cama de partos, CTG,

cadeirão, armários de consumo clínico, um lavatório, estando preparada para ser usada como sala de parto em caso de parto precipitado ou lotação das salas de parto.

Quando se dirige ao SUOG, em caso de gravidez, é importante que a mulher se faça acompanhar pelo Boletim de Saúde da Grávida [BSG] ou outro boletim do local onde está a vigiar a gravidez, uma vez que, é neste instrumento que constam os dados e toda a informação clínica crucial inerente ao período gravídico (DGS, 2015) e todos os procedimentos realizados pela equipa multidisciplinar que faz este acompanhamento (DGS, 2023).

Quando uma grávida recorre ao SUOG, independentemente da idade gestacional, é efetuada uma avaliação do estado materno e fetal, através da avaliação de sinais vitais e estado geral, sendo posteriormente realizada uma ecografia e outros exames e/ou análises conforme o caso. A realização de CTG é uma prática de rotina realizado segundo as *guidelines* em vigor. Caso seja pertinente, pode ser realizado antes do tempo considerado pelas *guidelines*. O CTG, também conhecido como monitorização cardio-fetal, é um método não invasivo que monitoriza os batimentos cardíacos fetais e faz registo gráfico, em simultâneo da frequência cardíaca fetal (FCF), movimentos fetais e contrações uterinas (Oliveira & Sá, 2020). O sistema informático de registos de enfermagem utilizado neste posto de trabalho é o *ALERT*[®].

Internamento de Grávidas

O serviço de Internamento de Grávidas destina-se ao internamento durante a gravidez por patologia prévia ou decorrente da gravidez, bem como de grávidas em início de TP, indução TP ou com cesariana programada (SNS, 2024d).

A hospitalização na grávida é um evento adverso ao decurso normal e fisiológico da gravidez, pois o esperado é que corra tudo de forma natural e sem intercorrências, estando associada sentimentos negativos que causam vulnerabilidade e instabilidade emocional, na grávida e família, ainda assim na gravidez de risco elevado é um procedimento necessário para vigilância e acompanhamento pois está associada a morbimortalidade materna e perinatal (Falavina et al., 2018; Rodrigues 2020). Nestes casos o EEESMO assume um papel preponderante, pois é o elemento da equipa multidisciplinar mais próximo das utentes pelo que a disponibilidade e a presença deste profissional para orientar, esclarecer dúvidas e discutir os procedimentos são fatores que contribuem para a segurança, respeito e autonomia da grávida reforçando a sensação de tranquilidade e de ser cuidada (Rodrigues et al. 2020).

No que diz respeito à estrutura, o serviço de internamento de grávidas é composto por uma sala de enfermagem com casa-de-banho para colaboradores, casa-de-banho para utentes, com três boxes de duche, cinco enfermarias, com três camas perfazendo uma lotação máxima de 15 camas. As enfermarias têm no seu interior três camas, mesas de cabeceira para cada utente, uma mesa de apoio à enfermaria, um móvel com material, armários destinados às utentes e um lavatório. Cada unidade é dividida por cortinas, tendo em conta o respeito pela privacidade das utentes, dispondo também de rampas de oxigénio e vácuo. A sala de enfermagem contempla armário com material útil aos cuidados, computadores para a redação de registos clínicos computadorizados na plataforma informática *Sclinik*[®] e para acesso às prescrições medicamentosas e registo de administração de fármacos utiliza-se a plataforma informática *Ghaf*[®]. Estão também disponíveis cardiocógrafos, com acesso à Central *Omniview*[®]. O método de trabalho utilizado é o funcional, em que as tarefas são padronizadas pelos enfermeiros através da repetição sistemática de técnicas, nas quais o alvo de ação não é o utente, mas sim a tarefa (Ventura-Silva et al., 2021). O horário de visitas estipulado é entre as 13:00 horas e as 21:00 horas.

Quando a parturiente é encaminhada para o BP, através da Admissão ou do Internamento de Grávidas, inicia-se o preenchimento do partograma, uma ferramenta importante na fase ativa do TP pois permite o diagnóstico precoce das distócias características desse período, evitando intervenções desnecessárias, oferecendo, também, informação importante à equipa multidisciplinar que acompanha o TP sendo mais fácil a condução das intervenções que se seguem tais como evolução da dilatação, descida da apresentação fetal, posição, variedade, frequência cardíaca fetal, contratilidade uterina, características do líquido amniótico em caso de rotura, administração de soros e analgesia (Medeiros et al., 2020).

Bloco de Partos

O BP é o espaço destinado a parturientes em fase ativa do TP e a grávidas com risco acrescido que requerem uma vigilância mais atenta, adequando a prestação de cuidados à individualidade da paciente. O espaço físico é composto por quatro salas de parto individuais, em que cada uma tem no seu interior uma marquesa de parto, cardiocógrafos conectadas à Central *Omniview-SisPorto*[®], com capacidade para avaliar parâmetros vitais, cadeirão para acompanhante, armário com material de consumo clínico, mesa de apoio em inox, seringa infusora, bancada com aquecimento, banheira, rampa de oxigénio e vácuo e o material preciso para prestar os primeiros cuidados ao RN, uma balança para pesar RN apoiada num móvel mais

pequeno também com algum material de consumo clínico. Caso as parturientes pretendam, podem solicitar bola de Pilates. Ainda no espaço físico do BP contamos com sala de enfermagem, um BO, uma sala de reanimação e de cuidados imediatos ao RN que conta com uma janela que abre diretamente para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] em caso de urgência, duas salas de recobro, copa, gabinete da enfermeira chefe, casa-de-banho para colaboradores e sala de material de consumo clínico.

A sala de enfermagem tem material de consumo, dois computadores para realização de registos computadorizados na plataforma informática *Sclinic*[®], e um monitor ligado à Central *Omniview-SisPorto*[®]. A vigilância da monitorização das parturientes que se encontram em TP é observada na Central e os registos relativos ao CTG são realizados na plataforma informática associada, compreendendo que a plataforma usa os algoritmos de processamento de análise de dados seguindo as diretrizes e orientações da International Federations of Gynecology and Obstetrics [FIGO] (Bernardes, 2023).

Como referido anteriormente, o BP está inserido no SUOG, pelo que tem assegurado articulação com a equipa de anestesiologia 24h/24h, de modo a conseguir assegurar analgesia epidural à utente caso esta assim o considere. É ainda concedida a permanência de uma pessoa significativa elegida pela parturiente, no decurso do TP e puerpério imediato, indo ao encontro do padronizado na Lei n. °15/2014, de 21 de março de 2014. A presença do acompanhante é essencial durante todo o processo, podendo a grávida escolher o acompanhante que desejar, não sendo obrigatório que seja o conjugue, tal como recomenda a WHO (2018a), que sugere, que o acompanhante pode ser qualquer pessoa escolhida pela mulher para lhe prestar apoio contínuo durante o trabalho de parto e nascimento, podendo ser o companheiro, algum familiar, amigo ou uma doula, respeitando também aquelas que não pretendem acompanhante. Assim a presença de um acompanhante, que a grávida confie, proporciona à parturiente um maior sentimento de controlo e segurança, aumenta a satisfação e diminui a ansiedade e a perceção da dor (Alkhunaizi et al., 2024). Os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados à parturiente durante o TP, têm um papel preponderante, verificando-se que as mulheres que receberam apoio contínuo dos profissionais de saúde, tinham maior probabilidade de ter um TP mais curto, uma maior satisfação com os cuidados e um parto vaginal não instrumentado, reduzindo também a perceção da dor e por conseguinte a necessidade de medicação, a ansiedade e o medo do parto, obtendo melhores Índices de Apgar (Summerton et al., 2021).

Como referido anteriormente o BP tem uma área cirúrgica destinada à obstetrícia, mais propriamente emergência obstétrica, e certas cirurgias ginecológicas que requerem uma resposta mais rápida de acordo com a situação clínica. A sala operatória está equipada por uma mesa operatória, ventilador, carrinho de apoio à anestesia, carro de apoio ao enfermeiro circulante, mesas de inox de apoio à intervenção cirúrgica, candeeiro apropriado, computadores para realização de registos. Junto à sala operatória encontra-se uma divisão de sujos de apoio à mesma. A sala adjacente ao bloco operatório destina-se à reanimação do RN, e tem janela de acesso direto para a UCIN, e encontra-se equipada com duas mesas de reanimação do RN com fonte calor, rampa de oxigénio, aspiração por vácuo, balança, banheira e o material indispensável nos primeiros cuidados ao RN e para a reanimação, frigorífico onde é guardada a medicação de frio, assim como a estufa com lençóis aquecidos. De ressaltar que a mesa de reanimação neonatal fica sempre preparada e funcionante para, em caso emergência, a atuação ser o mais rápida possível. É também importante manter o RN aquecido, pois a temperatura corporal baixa cerca de 2° a 3°C após o parto, dando-se essa perda de calor por vários mecanismos, por esse motivo é importante cumprir os procedimentos preventivos de perda de calor recomendados pela WHO (Feysa et al., 2024), reforçando esse aquecimento se o parto for por cesariana, uma vez que as salas operatórias são mais frias.

Se as parturientes forem sujeitas a cesarianas por motivo clínico, o EEESMO ou o enfermeiro de cuidados gerais procede à preparação pré-operatória da grávida, recebe o RN e presta os cuidados imediatos ao RN após o nascimento e os cuidados de puerpério imediato e pós-cirúrgico, pondo em prática os conhecimentos nas diferentes áreas de atuação que envolve o procedimento, ou seja, conhecimentos cirúrgicos, anestésicos, obstétricos e neonatais, interligando todos os campos de atuação.

Independentemente da via de parto todas as mulheres cumprem duas horas de recobro pós-parto, no BP, período considerado puerpério imediato, onde é observada a perda hemática vaginal, a involução uterina e a formação do Globo de segurança de Pinard e avaliados os parâmetros vitais. Na ocorrência de parto vaginal, é ainda iniciada ingesta e removido o cateter epidural caso tenha solicitado este método para alívio da dor. O RN também é tido sobre vigilância de forma avaliar a adaptação à vida extrauterina, com atenção a eventuais sinais de dificuldade respiratória, como sugere a orientação n.º 002/2023 do SNS, de 05/2023.

A equipa multidisciplinar do BP é composta por enfermeiros EEESMO, enfermeiros de cuidados gerais, médicos obstetras, pediatras, anestesistas e assistentes operacionais. Quando necessário também é feita a articulação com outras especialidades médicas.

Recursos humanos e distribuição de postos de trabalho

A equipa é composta por 48 enfermeiros, contando com uma enfermeira gestora, 28 EEESMOS, 18 enfermeiros generalistas e 1 enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Quanto à distribuição dos enfermeiros pelos postos de trabalho, por norma estão escalados oito a nove enfermeiros em cada turno, distribuídos por três períodos: manhã (8h-16h), tarde (15h30-00h) e noite (23h30-8h30) e por três postos. Na admissão estão escalados dois enfermeiros EEESMO nos turnos da manhã e da tarde. Por falta de recursos humanos, por vezes fica escalado um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais ou apenas um EEESMO. No turno da noite fica escalado um EEESMO. No Internamento de grávidas estão distribuídos dois EEESMO em cada turno. No BP, é suposto estarem escalados dois EEESMO por turno. No Bloco Operatório, são cumpridas as dotações seguras recomendadas para o caso, posicionando-se um enfermeiro em cada posto: circulante, anestesista e instrumentista (OE, 2019b).

No que diz respeito a dotações seguras a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO] refere, através do Parecer N.º 43/2019 que, na indução do trabalho de parto o rácio considerado é 1:3, no internamento de medicina materno fetal na gravidez de alto risco o rácio é 1:3 e na gravidez de médio risco é considerado o rácio de 1:6. Já no BP o rácio é de 1:2 no 1.º estadio e 1:1 no 2.º estadio (OE, 2019b). O mesmo parecer sublinha que é da exclusividade dos EEESMO o atendimento e assistência à mulher em tudo o que se relacione com o ciclo reprodutivo sendo da sua total responsabilidade e competência a prestação de cuidados.

A equipa que presta cuidados neste serviço tem a seu cargo o Internamento de Grávidas, a Admissão, o BP, o BO, e ainda a vigilância dos recobros de puerpério imediato quer dos partos vaginais quer das cesarianas. Por este motivo esta unidade carece de recursos humanos, principalmente recursos humanos que prestem cuidados especializados e diferenciados nesta área. De acordo com o supracitado, nem sempre são cumpridos os rácios que ditam as dotações seguras, o que pode levar ao aumento da carga horária e laboral com implicações negativas na satisfação profissional dos enfermeiros contribuindo para altas taxas de rotatividade, não

esquecendo a importância de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e a segurança dos utentes (Poeira et al., 2018).

1.1.2. Consulta Externa de Obstetrícia – Hospital F

A Consulta Externa de Obstetrícia é composta pelas seguintes consultas: Protocolo I (rastreamento combinado do 1.º trimestre/DNA fetal), diagnóstico pré-natal [DPN], medicina materno fetal [MMF] e referência obstétrica, e é destinada a todas as mulheres grávidas da área de abrangência da ULS de acordo com o caso, funcionando nos dias úteis. Localiza-se no 2.º piso do edifício hospitalar da consulta externa. Cada especialidade tem uma cor associada para mais fácil acesso e encaminhamento do utente, sendo que a cor destinada ao Departamento de Saúde da Mulher é a cor roxa e para além da consulta de obstetrícia tem também consultas de ginecologia, uro ginecologia e consulta de interrupção voluntária da gravidez [IVG].

No que concerne à estrutura, a Consulta de Obstetrícia é constituída por dois gabinetes de enfermagem, um destinado à consulta de MMF e referência obstétrica e outro destinado às consultas de DPN e Protocolo I. O gabinete destinado às consultas de MMF e referência obstétrica está equipado com uma secretária, computador para registos de enfermagem no programa informático *Sclinic*[®], uma cadeira para o profissional de saúde e mais duas cadeiras uma destinada à grávida e outra ao acompanhante, lavatório, móvel de apoio com folhetos, balança manual, e um dinamap que alterna entre este gabinete e o gabinete destinado à outra consulta, o que revela a falta de material para os profissionais trabalharem com qualidade. O gabinete das consultas de DPN e Protocolo I é composto por uma secretária, computador para registos de enfermagem no programa informático *Sclinic*[®], uma cadeira para o profissional de saúde e mais duas cadeiras uma destinada à grávida outra ao acompanhante, lavatório, móvel de apoio com material clínico, mesa de apoio em amovível, balança digital para avaliação do peso e telefone/telemóvel a fim de manter contacto com as utentes. Conta ainda com um espaço destinado à realização de CTG, equipada com dois cardiotocógrafos, dois cadeirões, uma secretária com computador para registos de enfermagem no programa informático *Sclinic*[®], cinco gabinetes médicos equipados com ecógrafos, marquesa, um deles também tem uma marquesa ginecológica, uma secretária com computador para registos médicos, uma copa, uma casa de banho comum aos utentes e aos profissionais de saúde, uma receção com administrativa e uma sala de espera com cadeiras e monitor onde aparece o gabinete a que grávida deve dirigir-se e o número associado à utente.

A equipa multidisciplinar da consulta de MMF/Referenciação Obstétrica é constituída por médicos obstetras, duas enfermeiras EESMO, enfermeiros de cuidados gerais (aquando de férias ou carência de EEESMO), assistentes operacionais e administrativa. Os horários laborais da consulta de MMF são das 08h00 às 13h00, de segunda à sexta-feira e das 13h00 às 18h00 são realizadas as consultas de referenciação obstétrica de segunda a quinta-feira. Para as grávidas terem acesso à consulta de MMF são referenciadas através do Centro de Saúde pelo médico de Medicina Geral e Familiar, médicos privados, Internamento de Grávidas, SUOG e outras consultas, em que posteriormente é feita a triagem dos pedidos de consulta e agendada a consulta. Estas são contactadas através de carta, mensagem de SMS ou telefonicamente. As indicações para encaminhamento para consulta de MMF são as seguintes: grávidas com diabetes gestacional [DG], diabetes *Mellitus*, consumidoras de substâncias aditivas, portadoras do Síndrome da Imunodeficiência Humana [HIV], patologia do foro hepático, ginecológico, psiquiátrico, hematológico, gastrointestinal, neurológico, endócrino (excluído todo tipo de diabetes), respiratório, urinário, cardiovascular, doença hipertensiva, trombofilias, risco de prematuridade por patologia placentar, gravidez múltipla, gravidez após técnicas de procriação medicamente assistida [PMA] estando agrupadas pelos diferentes dias da semana, ou seja, cada dia da semana está destinado a um grupo de patologias. As consultas de referenciação obstétrica destinam-se a grávidas de baixo risco que são encaminhadas pelos Centros de Saúde a partir das 38 semanas de gestação, onde é feita uma entrevista para colheita de dados para avaliação inicial, avaliação de parâmetros vitais e parâmetros antropométricos. Os registos, de ambas as consultas disponibilizadas, são efetuados no processo clínico informático, no BSG e os ensinamentos efetuados vão ao encontro da patologia e idade gestacional.

A consulta DPN é realizada das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira, existindo apenas uma única EEESMO a dar resposta às consultas de Protocolo I e consultas de DPN. Para otimizar a gestão de recursos humanos disponíveis, uma enfermeira de cuidados gerais auxilia estas consultas, e ainda colabora na consulta de IVG.

As grávidas seguidas em consulta de DPN são aquelas que têm indicação devido: a idade materna, malformações fetais, infeções maternas/fetais, consumo de fármacos potencialmente teratogénicos, isoimunização, patologia genética hereditária, restrição do crescimento fetal intrauterino e alterações do líquido amniótico.

As consultas de Protocolo I são destinadas a todas as utentes grávidas, que têm o direito de realizar o rastreio combinado do 1.º trimestre, detetando-se o mais cedo possível a existência

de anomalias cromossómicas. As grávidas que vão a esta consulta são sujeitas primeiramente a uma entrevista na consulta de enfermagem para realização da avaliação inicial, registando-se dados pertinentes como: historial médico da utente, avaliação de fatores de risco e necessidade de encaminhamento da grávida para consultas de MMF ou DPN, consoante resultados, e de seguida é explicado o que compreende o rastreio combinado do 1.º trimestre e se grávidas com idade igual ou superior a 35 anos, são informadas sobre a oportunidade de realizar a colheita para rastreio de DNA fetal (como primeira opção) e/ou realização de técnicas invasivas de confirmação de diagnóstico, como a amniocentese (após as 15-16 semanas) e colheita da biópsia das vilosidades coriônicas (entre as 11 e as 13 semanas), se rastreio do primeiro trimestre com resultado positivo. O rastreio combinado do 1.º trimestre permite identificar fetos com maior risco de serem portadores de anomalias cromossómicas mais frequentes (Trissomia 21, 13 e 18), e utiliza marcadores bioquímicos do sangue materno e marcadores ecográficos, sendo a colheita de sangue realizada antes da ecografia e a ecografia realizada entre as 11 semanas e as 13 semanas e 6 dias, de forma a conjugar os resultados dos biomarcadores maternos com a ecografia. Os resultados podem ser risco reduzido (baixa probabilidade do feto ser afetado) ou risco aumentado (significa que o feto tem um risco aumentado superior à média populacional de ter alterações cromossómicas, mas não significa que seja afetado), sendo a sensibilidade deste teste de 95% (SNS, 2024e). Quando o risco é intermédio o teste genético de pesquisa de DNA fetal, avalia o risco das principais trissomias através da análise de DNA fetal livre na circulação da grávida, sendo o teste com maior sensibilidade e especificidade no rastreio das aneuploidias mais comuns, tendo como objetivo a redução do número de técnicas invasivas (DGS, 2024).

1.1.3. Serviço de Neonatologia – Hospital P

A aprendizagem nesta área, condensou-se num breve “estágio de observação”, inserido no contexto de puerpério, com a duração de uma semana, dando a conhecer a perspetiva e a dinâmica do serviço e a prestação de cuidados especializados de um hospital de apoio perinatal. O serviço de Neonatologia é um serviço à porta fechada e requer um código de acesso que apenas a equipa multidisciplinar da área tem acesso e um controlo rigoroso na entrada de pessoas exteriores ao serviço. A organização física do espaço compreende espaços administrativos, dispendo de uma secretária administrativa encarregue da gestão e organização, casa de banho destinada à equipa, bem como vestiário feminino e vestiário masculino, um espaço destinado aos sujeitos, gabinete médico, copa, copa de leites para preparação de leites quando necessário

alimentar bebês com fórmula infantil, gabinete da enfermeira chefe, sala de enfermagem que acomoda seis berços e quatro incubadoras, um local para a higiene do RN, móveis com material de consumo clínico e duas secretárias com dois computadores para registos eletrónicos no sistema informático *Sclinik*[®]. O serviço concede a convivência em alojamento conjunto entre bebé e progenitor à escolha, sempre que houver disponibilidade para tal, disponibilizando um quarto que acomoda duas pessoas em simultâneo.

A equipa multidisciplinar que integra a Neonatologia é composta por médicos pediatras, sendo que alguns têm a subespecialidade em neonatologia, assistentes operacionais, uma administrativa e pela equipa de enfermagem, que é constituída por 24 enfermeiros no total, sendo 10 Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica [EESIP], contado com a enfermeira chefe e 14 enfermeiros de cuidados gerais. Os turnos são distribuídos por três períodos: manhã (8h-16h), tarde (15h30-00h) e noite (23h30-8h30), em que na manhã estão escalados dois enfermeiros EESIP, à tarde dois enfermeiros, um EESIP e um de cuidados gerais quando não possível escalar dois EESIP, e há noite um enfermeiro que tanto pode ser um EESIP como um enfermeiro de cuidados gerais. Estes rácios não cumprem as dotações seguras preconizadas pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [MCEESIP], que afirma, que devem existir dois EESIP por cada três enfermeiros de cuidados gerais (OE, 2018).

Anteriormente a dor no RN era subjugada devido à crença, que este, não sentia dor, contudo esta temática, tem sido objeto de investigação nas últimas décadas, uma vez que o sistema nociceptor possui a capacidade de transmitir impulsos nervosos através do córtex cerebral a partir da 16.^a semana de gestação estando completamente formado após as 26 semanas, observando-se que a dor é mais comum e intensa nos RN que são admitidos nas unidades de neonatologia, devido aos procedimentos dolorosos, repetidos rotineiramente a que são submetidos (Silva et al., 2021). Assim, o conceito de cuidados de desenvolvimento reconhece as vulnerabilidades físicas, psicológicas e emocionais dos bebês e das suas famílias centrando-se na minimização de potenciais complicações associadas ao internamento em unidades de cuidados neonatais (Chandebois et al., 2021). Os profissionais de saúde para além dos cuidados que prestam ao RN não se podem esquecer da família, pois a hospitalização de um filho é um evento inesperado, aterrorizante e stressante para uma família, implicando, este evento, uma renúncia das expectativas anteriores ao parto obrigando a adaptarem-se à situação em que se encontra o seu filho e eles mesmos, encontrando muitas vezes suporte na equipa de

enfermagem, pelo que, o apoio prestado pelos enfermeiros é essencial na assistência neonatal (Chura & Caballero, 2023).

1.1.4. Internamento de Puerpério – Hospital P

O espaço destinado às puérperas e RN no pós-parto é designado por Internamento de Puerpério/Serviço de Obstetrícia, e localiza-se no piso 2, do Hospital P, proporciona a prestação de cuidados ao RN, a puérperas vindas do BP, mulheres reinternadas durante o puerpério e grávidas internadas. Fisicamente, conta com 21 camas, repartidas por sete enfermarias, cada uma contendo três camas. Cada uma conta com uma casa de banho partilhada, e está equipada com armário individual para armazenamento de roupa e objetos pessoais das utentes, mesa de cabeceira e campainha ao lado de cada cama, mesa de refeições com três cadeiras, fraldário e banheira. O serviço é, ainda, composto por uma sala de tratamento e arrumação de material clínico, um compartimento de sujos, casa de banho para a equipa multidisciplinar, sala de trabalho, espaço de trabalho em forma de *open space* com computadores para registos no sistema informático *Sclinic*[®], gabinete pertencente à chefia, uma área de refeições e um área destinada ao armazenamento de equipamentos médicos, monitores para avaliação de sinais vitais, bombas de extração de leite, cadeiras de rodas, balança, carro de apoio com material para realização de pensos operatórios, berços e suportes de soro. Já fora do serviço mas também localizado no piso 2 mesmo ao lado do Internamento de Puerpério encontra-se o cantinho da amamentação que divide espaço com o local onde são realizados ensinamentos no dia da alta hospitalar, nomeadamente a Alta Segura, um projeto da Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] que reitera o transporte em segurança do bebé no automóvel, desde o primeiro dia de vida (APSI, 2022) em sistemas de retenção para crianças voltados para trás sempre que possível até aos três ou quatro anos. Associado ao Serviço de Obstetrícia, está um gabinete administrativo, que funciona de segunda a sexta-feira, que trata de situações administrativas e também regista os RN.

A transferência das puérperas para o internamento é assegurada pela equipa do Serviço de Obstetrícia, que é contactada pela equipa do BP, para ir buscar a utente e o RN, caso estejam estáveis para serem transferidos. As puérperas e os RN devem permanecer as duas primeiras horas pós-parto, que compreende o puerpério imediato, sob vigilância, que deve ser assegurada por um EEESMO, de acordo com a Norma n.º 002/2023, Cuidados de Saúde Durante o TP, atualizada em 26/03/2024 pela Direção Geral de Saúde.

No Internamento de Puerpério os RN permanecem em alojamento conjunto com as mães durante todo o internamento, quer isto dizer que, após o nascimento o RN permanece ao lado da mãe no mesmo ambiente, até à alta hospitalar, sendo nesse ambiente prestados todos os cuidados necessários à díade (Ramos et al., 2021).

O puerpério é considerado o período do ciclo gravídico-puerperal que corresponde à regressão do estado gravídico e a passagem à maternidade, período caracterizado por diversas mudanças a nível corporal e de adaptação a nível emocional, que pode resultar em desafios para a díade, pois, apesar de ser um período de vivências saudáveis, podem surgir problemas a nível físico, relacional e social (Castiglioni et al., 2020). Assim o papel do EEESMO é crucial de forma a garantir a saúde e o bem-estar tanto da mulher como do RN, oferecendo suporte na amamentação, monitorização da saúde física e mental, realizando, ao longo do internamento, ensinamentos de educação para a saúde ligados ao puérpera e ao RN. Compete deste modo, ao enfermeiro auxiliar a puérpera durante a transição inicial para a maternidade bem como ajudar na sua recuperação além de identificar quaisquer desvios ao processo normal, que possam ocorrer (Azevedo et al., 2018).

A equipa do Internamento de Puerpério é constituída por uma equipa de enfermagem que contempla, duas EEESMO e vinte enfermeiros de cuidados gerais. As duas EEESMO desempenham funções de chefia no serviço. A sub-chefe também se encontra na prestação de cuidados e é responsável pela supervisão clínica dos alunos do MESMO, mas na ausência da chefe assume funções de chefia tornando difícil a elaboração do horário de acordo com os requisitos exigidos. A distribuição de puérperas e bebés pelos enfermeiros de serviço é feita de forma igualitária com atenção ao cálculo do número de horas, de prestação de cuidados que a díade requer. Durante o turno da manhã (8h-16h), estão escalados quatro enfermeiros na prestação de cuidados e um no cantinho da amamentação, no turno da tarde (15h30-00h) e no turno da noite (23h30-8h30) apenas estão escalados dois enfermeiros. Caso se encontrem internadas grávidas no Internamento de Puerpério um elemento da equipa do BP dá apoio ao internamento prestando cuidados às grávidas internadas. De acordo com o parecer da MCEESMO os rácios não cumprem com as dotações seguras uma vez que no puerpério patológico o rácio deve ser 1:3 e no puerpério normal o rácio corresponde a 1:6, salvando que os serviços de internamento de puerpério devem ser assegurados somente por EEESMO, o que não acontece, devendo ser feito um mapeamento das áreas mais críticas e problemáticas (Nobox, 2024), a fim do cumprimento das exigências específicas de cada área. O enfermeiro

escalado no cantinho da amamentação presta apoio e faz seguimento de mulheres com desvios na amamentação e por vezes também deteta desvios de saúde associados ao puerpério.

1.1.5. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Hospital P

O SUOG localiza-se no 2.º piso do Hospital P e integra um conjunto de âmbitos obstétricos, entre os quais: urgência de obstetrícia e ginecologia, BP, BO e internamento de grávidas, que exercem a prestação de cuidados a grávidas, utentes com patologia do foro ginecológico, provenientes do SU, centro de saúde e consulta externa. De notar que o Hospital não é reconhecido como um HAPD, pelo que, na imposição de situações com possíveis complicações para o feto as grávidas são direcionadas para o Hospital F ou outra unidade de referência.

No que se refere à disposição do espaço o SUOG integra: a ala preliminar destinada à urgência, que engloba receção com sala de espera, em que de segunda a sexta-feira durante o dia, está presente uma administrativa que orienta o acesso das utentes, sendo a admissão de utentes, fora do período diurno, realizada através do SU. Na sua estrutura física conta ainda com três gabinetes de observação, dois com marquesa ginecológica e ecógrafo e um com marquesa e cardiotocógrafo; um espaço destinado à realização da cardiotocografia com dois cardiotocógrafos e duas marquesas; compartimento de sujios, rouparia, casa-de-banho para a equipa e outra para os utentes/acompanhantes, um balneário reservado a grávidas em TP, que dispõe de duches e também balneários femininos e masculinos para os profissionais de saúde. De ressaltar que as quatro salas dispõem de móveis com material de consumo clínico e outro material de apoio e computadores para registos de enfermagem no sistema informático *ALERT*[®]. Na admissão, por norma, estão escalados dois enfermeiros EESMO, ou na impossibilidade de estarem dois enfermeiros EESMO é escalado um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais, que de acordo com a MCEESMO não vai ao encontro das dotações seguras (OE, 2019b).

O BP está disposto por cinco salas de partos, completamente equipadas com: cardiotocógrafo ligado à Central *Omniview*[®], sendo que dois cardiotocógrafos possuem sistema de telemetria, que permite uma maior liberdade de movimentos, uma marquesa de parto totalmente articulada, vitrina com material de consumo clínico, mesa de apoio móvel organizada com o instrumental ciúrgico e as trouxas de parto, bombas e seringas infusoras, bancada para prestação de cuidados imediatos ao RN também que integra com fonte de calor,

reanimador manual e rampas de aspiração e oxigénio, banheira, balança e medicação para o RN.

Esta unidade prima pelo uso de vários métodos não farmacológicos de alívio da dor, pelo que estas salas contemplam ainda bola de Pilates, conjunto de massagem e relaxamento, ajuste da luminosidade e possibilidade e colocação de música consoante preferência da utente. Caso a parturiente assim deseje pode solicitar também o banco de parto e a possibilidade de duche, sendo que este último método, não é tão utilizado por o balneário com duche se encontrar distante das salas de parto. Sempre que o bem-estar materno-fetal o permitir é realizada a cardiocotografia intermitente pois é incentivada a mobilização da grávida e os posicionamentos verticais.

Pertencem também a este espaço duas salas de vigilância, gabinete de enfermagem, BO, sala de reanimação do RN, gabinete da enfermeira gestora, sala de preparação de terapêutica, zona de refeições, armazém com equipamento e matérias de reposição, casas-de-banho para grávidas/acompanhante e mais duas para os profissionais. As duas salas de vigilância destinam-se a puérperas e RN durante o puerpério imediato e onde requer uma vigilância atenta, reconhecendo este período como propício a ocorrências e complicações pós-parto e pós-cirúrgicas. Uma sala integra o recobro de partos vaginais e outra a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos [UCPA]. Ambas têm duas camas, material clínico, monitores para avaliação de sinais vitais, e computadores para redação de registos clínicos no sistema informático *Sclinic*[®]. A UCPA ainda contempla o carrinho com material para colocação de cateter epidural nas grávidas que solicitam esta técnica no controlo da dor. Neste posto fica escalado, normalmente, um EEESMO ou um enfermeiro de cuidados gerais que também presta os primeiros cuidados ao RN.

No bloco operatório são realizadas cirurgias programadas, urgentes e emergentes, tanto ginecológicas como obstétricas, nos dias úteis das 8h às 20h, sendo a equipa do bloco de partos que assegura o bloco operatório, recebendo formação no bloco central. Caso a utente tenha de ser submetida a cesariana, fora do horário descrito anteriormente, a mesma é encaminhada para o bloco operatório central. Na sala operatória cuidados são garantidos por dois enfermeiros de cuidados gerais que asseguram os postos de anestesia e circulante. Devido às dimensões desta sala é permitida a presença do acompanhante, salvo se a equipa médica não autorizar. A sala de reanimação do RN, onde são prestados os primeiros cuidados após a cesariana, tem ligação direta ao bloco operatório e está equipada com tudo o que é necessário em caso de urgência.

A sala de enfermagem, contempla um monitor ligado à Central *Omniview*[®] para análise e acompanhamento das cardiocografias, das salas de parto e da admissão, com base nas diretrizes da FIGO (Bernardes, 2023), dois computadores para registos de enfermagem na plataforma informática *Sclinik*[®] e *Maternum*[®] (by Speculum) também ligado ao *Omniview*[®]. Este último sistema informático é considerado o partograma digital onde são escritas as notas relativas à evolução do trabalho de parto, administração de terapêutica e outras intervenções.

A equipa multidisciplinar deste serviço, no seu conjunto, tem médicos de várias especialidades, nomeadamente: obstetras/ginecologistas, anesthesiologistas, pediatras com especialidade em neonatologia, médicos de outras especialidades, em caso de necessidade, EEESMO, enfermeiros de cuidados gerais assistentes operacionais e técnicos administrativos. Quanto à equipa de enfermagem, é constituída por vinte e seis EEESMO, sendo que uma desempenha funções de chefia e dez enfermeiros de cuidados gerais. Quanto à distribuição de enfermeiros por turno, o serviço é garantido por seis elementos nos turnos da manhã (8h-16h) e da tarde (15h30-00h): um elemento na admissão, dois no BP, um na UCPA e dois no bloco operatório; no turno da noite (23h30-8h30) estão escalados três enfermeiros, um em cada posto dos mencionados anteriormente, exceto bloco operatório. Os rácios referidos anteriormente adotam o recomendado pelas dotações seguras, uma vez que a MCEESMO preconiza que no 1.º estadio do TP o rácio ideal é 1:2, no 2.º estadio 1:1 e aquando de induções o indicado é 1:3, em que todos os postos anteriormente referidos devem ser assegurados única e exclusivamente por EEESMO (OE, 2019b).

Após a análise dos diferentes campos e unidades hospitalares, pode identificar-se algumas lacunas, principalmente, no que aos rácios humanos diz respeito, em que por vezes eram encerrados serviços de urgência obstétricas seguindo indicações do Ministério da Saúde relativa ao fecho de maternidades. Para além disso o processo de transição de antigos centros hospitalares universitários para modelos de ULS ainda não se encontra bem delineado, encontrando-se os hospitais em processo de adaptação, pois um modelo de cuidados desta tipologia é concetualmente entendível mas a dimensão e complexidade da transformação, implica uma alteração da visão sobre os cuidados, lideranças, a criação de projetos de intervenção em áreas críticas, inovação clínica, programas de desenvolvimento profissional, integração de doentes e cuidadores cuidados de saúde e também simplificação ferramentas de comunicação entre os profissionais e os diferentes tipos de cuidados (Nobox, 2024).

1.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A metodologia científica consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis e a suas utilizações, correspondendo a um conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento e define-se como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (Vilelas, 2022).

O ganho de compreensão científica, no decorrer do ENPRF, abrange o processo de aprendizagem em diversos contextos clínicos, e é considerada essencial na prestação de cuidados especializados fundamentados assentes na evidência científica. A metodologia adotada inclui a supervisão clínica e a orientação pedagógica.

O plano de estudo do curso e a ficha da UC vai ao encontro do Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019), da OE e das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019).

Para além dos objetivos descritos anteriormente, a aluna propôs-se a adquirir e desenvolver competências sobre a utilização da hidroterapia como método não farmacológico de alívio da dor durante a fase latente do TP, fortalecendo alicerces suportados na vertente teórica e prática e na prática fundamentada através da evidência científica.

O ENPRF foi realizado sob a supervisão clínica de vários EEESMO e guiada pedagogicamente pela docente da UÉESJSD. A supervisão clínica tem sido promotora do desenvolvimento do enfermeiro em formação sendo entendida como um método em constante evolução, disciplinado, mediado pelo supervisor clínico e supervisionado com a intenção de uma estrutura de aprendizagem, que apoia a construção do conhecimento e desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas com vista à liberdade de decisão e autonomia assente na segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2020).

Durante o estágio foram implementadas diversas estratégias para facilitar o processo de aprendizagem, incluindo: a análise e interpretação de cuidados prestados, concretização de atividades clínicas, consulta e recolha bibliográfica pertinente para cimentar a revisão da temática e a aplicação de conhecimentos e competências. Todo o planeamento metódico culminou no aprimoramento da prática e da autonomia sob supervisão, estruturando a identidade pessoal e profissional. O processo de aprendizagem do enfermeiro assenta na formação ao longo da vida, propondo ao enfermeiro aprofundar os seus conhecimentos durante

a sua carreira profissional, participando num progresso a nível do crescimento pessoal, social e profissional (Carvalho et al., 2019). No contexto da supervisão clínica foram também realizadas reuniões formativas e reuniões de avaliação final, estando implicadas nas reuniões o supervisor clínico, o orientador pedagógico e o estudante, a fim de refletir sobre o processo de aquisição de competências e processo de aprendizagem. A ferramenta utilizada na avaliação foi facultada pela instituição de ensino superior, estando descritos todos os pontos sujeitos a classificação, dando uma perspetiva do cumprimento de objetivos e competências em cada contexto clínico.

No decurso da metodologia de aprendizagem foi realizada consulta bibliográfica, reconhecimento das normas e protocolos institucionais de forma a assimilar mais rapidamente a dinâmica de cada local de estágio onde foi desenvolvido o ensino clínico. Foram também empregues diversas técnicas de aprendizagem e compreensão do processo de competências, em particular no contexto de Internamento de Grávidas, foi realizada uma reflexão com base no modelo de Gibbs a propósito das doenças hipertensivas da gravidez com implicações graves para a mãe e para o feto (Apêndice B); e no Internamento de Puerpério, a aluna realizou um relato de caso sobre a “Laceração de IV grau” (Apêndice C); e ainda uma revisão bibliográfica sobre a temática em estudo “Utilização da hidroterapia como método não farmacológico de alívio da dor durante a fase latente do trabalho de parto”, com o intuito de pesquisar e investigar sobre a mais recente e atual evidência científica sobre o uso da hidroterapia durante a fase latente do TP e estudar sobre o tema abordado, que está proposta a publicação. A pesquisa foi efetuada em distintas bases de dados, nomeadamente EBSCOhost, PubMed e Scielo, utilizando para gestor de revisão de artigos o Zotero. A aluna assistiu ainda ao 5º Simpósio Nacional da Grávida, organizado pelo Grupo HPA saúde em parceria com a Bebé Vida e participou no seminário “Dia do EEESMO. Nas nossas mãos: Contributos para ambientes sustentáveis”, promovido pela ULS – Hospital P, onde realizou estágio.

A fim de promover o processo de aprendizagem, a estudante identificou um modelo teórico que servisse de referência à prática clínica a fim conduzir a atuação ao longo do ENPRF, selecionando o Modelo Teórico de Katharine Kolcaba que desenvolveu a Teoria do Conforto. O conforto é o conceito central que sustenta esta teoria e surge como algo inerente e essencial ao cuidado, sendo considerado uma necessidade básica apresentando-se como parte integrante dos cuidados de enfermagem (Martins et al., 2022). Kolcaba define o conforto como sendo uma experiência imediata do ser, fortalecida pela satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, atendendo a quatro contextos: físicos, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Martins et al., 2022). Com base nesta teoria entende-se que: o alívio é a satisfação

de uma necessidade específica do paciente, atenuando um desconforto; a tranquilidade é o estado de calma ou satisfação aliado a sensações de contentamento e bem-estar; transcendência é o nível mais elevado de conforto que supera os problemas ou dor sentidas pela pessoa e a motiva a adotar hábitos de vida saudáveis (Silva & Nascimento, 2023). Relativamente aos contextos, por meio de teorias holísticas, define como contexto: físico, as sensações corporais; psicoespiritual, a consciência interna de si mesmo, autoestima, sexualidade e o sentido da espiritualidade; ambiental, elementos artificiais do meio; sociocultural, as relações interpessoais, familiares e sociais (Martins et al., 2022). A teoria do Conforto de Kolcaba permite afirmar que as intervenções de enfermagem promotoras de conforto serão consideradas uma boa prática nos cuidados de enfermagem tendo a pessoa como o centro do cuidado identificando quais os fatores que desencadeiam o desconforto, que dimensões estão afetadas e as necessidades do paciente, a fim de implementar intervenções e estratégias que permitam promover o conforto (Martins et al., 2022). O modelo de Kolcaba prestou de base teórica para a práxis durante o ENPRF dando possibilitando o reconhecimento das necessidades de cada mulher/casal/família atuando na promoção da saúde e bem-estar através da prestação de cuidados e ensinamentos individualizados focando os cuidados nas competências comuns e específicas do EEESMO.

A população que mereceu o foco de atenção do ENP, compreende todas as mulheres/casais/famílias inseridas na comunidade da região sul, que a aluna teve contato auxiliando nos cuidados de enfermagem especializados nos seguintes contextos clínicos: Internamento de Grávidas, Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia/Admissão, Bloco de Partos, Consulta Externa e Internamento de Puerpério/Obstetrícia. Na região onde foram realizados os estágios a população estrangeira com estatuto legal de residente é de 125.454 habitantes o que corresponde a 25,9% da região (INE, 2024b). Para além de ser uma região bastante turística, esta acolhe uma inúmera variedade de culturas e línguas estrangeiras, pelo que, a necessidade de se considerarem especificidades étnicas e culturais, para além da barreira da língua nos cuidados com as pessoas migrantes, é hoje uma realidade para os profissionais nos contextos de cuidados de saúde (Reis et al., 2020).

2. CONTRIBUTO PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Este capítulo visa a contextualização da temática escolhida para abordagem/aplicação no contexto clínico do Estágio de Natureza Profissional e o seu Contributo para a Assistência de SMO: hidroterapia como método não farmacológico no alívio da dor na fase latente do TP, sendo, portanto, construída uma revisão da literatura sobre o assunto e em seguida apresentada a experiência clínica adquirida no decurso do ENPRF.

A revisão da literatura objetivou compreender a influência do uso da hidroterapia/água quente localizada no alívio da dor e na progressão na fase latente do TP. Esta permitiu o progresso na aquisição de competências de investigação, permitem o exercício do EEESMO na prática de enfermagem, fundamentando-as com sustento em evidência científica e aprimoramento de cuidados.

2.1. REVISÃO DA LITERATURA

A experiência de parto é uma questão subjetiva e multidimensional e cada mulher experiêcia essa fase de maneira diferente (Czech et al., 2018). Embora o parto seja considerado uma experiência natural, feliz, significativa e universal, as mulheres muitas vezes enfrentam fortes dores, desconforto e um estado sensorial que as coloca sob pressão (Taskin & Ergin, 2022), apresentando sentimentos positivos e negativos, sendo que os sentimentos positivos incluem o entusiasmo, esperança, autorrealização e celebração e pelo contrário os sentimentos negativos prendem-se com a ansiedade, stress, insegurança e dor (Elgzar et al., 2024).

A dor do parto inclui, frequentemente, uma série de preocupações para a mulher e para a sua família à medida que se aproxima o parto e o nascimento (Mwakawanga et al., 2022). Fatores fisiológicos, psicológicos e culturais desempenham um papel importante na resposta da mulher ao parto, e à intensidade da dor sentida, que varia muito de mulher para mulher (Vijipriya, 2019). A nível fisiológico a dor provocada pelo TP está relacionada com a intensidade e frequência crescente das contrações, que resulta na dilatação progressiva do colo do útero e descida fetal, bem como o estiramento das fibras uterinas, relaxamento do canal de

parto, compressão da bexiga e pressão sobre o plexo lombo-sagrado (Mascarenhas et al., 2019). O TP tem várias fases e são experimentados vários tipos de dor, sendo que numa primeira fase a dor é visceral e numa segunda fase essa dor é somática (Farnham, 2020). A dor visceral está associada ao primeiro estágio do TP, e resulta das contrações uterinas e da dilatação do colo do útero, pelo que, durante a fase latente, está, habitualmente, confinada aos dermatómos T11 e T12, sendo a dor, inicialmente, sentida na região abdominal inferior, mas, depois, à medida que o TP avança, estende-se à região lombo-sagrada, glúteos e coxas. A percepção da dor perineal no final do primeiro estágio assinala o início da descida do feto e do segundo estágio do TP (Graça, 2017). A nível psicológico a dor sentida no parto é influenciada pelas emoções, expectativas e experiências anteriores da mulher, e ainda o medo e a ansiedade que podem aumentar a percepção da dor, aumentando a tensão e a resistência dos tecidos. Culturalmente temos vários tipos de mulher, e se para algumas mulheres a dor do TP é encarada como sofrimento e memória negativa, para outras é vista como algo que as empoderou tornando-as poderosas e triunfantes (OE, 2015).

Uma significativa parte das mulheres, para além do medo do parto muitas vezes também tem medo da analgesia epidural, e na grande maioria dos casos este é o único método de alívio da dor que conhecem, ou lhes é apresentado, ou quase que imposto, muitas vezes porque o conhecimento e a compreensão insuficientes dos profissionais de saúde, a falta de formação e os recursos limitados dificultam a inclusão dos MNF de alívio da dor, bem como a tendência predominante da priorização dos MF contribuem para esta dificuldade (Nori et al., 2023) motivo pelo qual as mulheres grávidas carecem de informação sobre os MNF disponíveis durante o TP e parto, e juntando a isso a falta de conhecimento, influencia a sua decisão de fazer escolhas informadas (Matabane et al., 2023). Na prática mais atual o foco é a humanização dos cuidados e a garantia de que as mulheres estejam envolvidas na tomada de decisão (Perez et al., 2018), pelo que a oferta de MNF no alívio da dor opõem-se à abordagem biomédica do parto, alinhando-se com a filosofia duradoura da obstetria de confiar na mulher e no seu corpo (Ingram et al., 2022). Há autores que defendem a existência de dois paradigmas no controlo e alívio da dor, são eles: “alívio da dor” e “trabalhar com a dor” onde no primeiro o principal objetivo é obter um controlo completo sobre a dor durante o TP através dos MF e o segundo conceito baseia-se na ideia de que a dor é normal e necessária na progressão do TP (Elgzar et al., 2024).

Os MF de alívio da dor têm efeitos secundários tanto sobre a grávida como sobre o feto, como por exemplo, a analgesia epidural, que é considerada a forma mais eficaz de alívio da dor, por consequência pode diminuir a sensação de controlo da mulher, atrasar a segunda fase do TP e aumentar a probabilidade de novas intervenções tais como partos instrumentados e cesariana (Thomson et al., 2019), em contrapartida os MNF de alívio da dor são não invasivos, são baratos e simples, tendo vantagens como não interferir com a evolução fisiológica do TP, minimizar a necessidade de ocitocina e anestesia e fortalecer o vínculo entre parturientes e prestadores de cuidados, reduzindo a necessidade de partos instrumentados (Wassihun et al., 2022) ajudando as mulheres a relaxar e a sentirem-se no controlo, o que permitirá trabalhar ativamente com as suas respostas fisiológicas (Rantala et al., 2022).

De entre os vários MNF disponíveis podemos contar com a hidroterapia/banho quente, um método terapêutico de origens antigas, que tem inúmeros benefícios e pode ser utilizado sobre a forma de banho de chuveiro quente, imersão em água, banhos quentes, frios ou mornos em banheiras e imersão em água morna em jacuzzi (Ergin et al., 2024). A hidroterapia é usada principalmente durante primeira fase do TP, quando as contrações são mais intensas e ocorre a dilatação cervical (Mellado-García et al., 2024), ajudando a reduzir o medo, a ansiedade e percepção da dor e por conseguinte otimizar a fisiologia do parto através da libertação de endorfinas endógenas e ocitocina (Burns et al., 2022) baixando os níveis de cortisol e β -endorfinas, aumentando também a secreção de noradrenalina (Mascarenhas et al., 2019). Isto acontece porque o banho quente motiva a vasodilatação periférica e a redistribuição de fluxo sanguíneo promovendo o relaxamento muscular (Maffei et al., 2021). Ao reduzir os níveis de vasopressão, a hidroterapia aumenta a perfusão uterina e facilita as interações neuro-hormonais, aumentando os níveis de satisfação no parto e conforto no pós-parto (Ergin et al., 2024).

2.1.1. Metodologia

As revisões da literatura identificam, num conjunto de estudos publicados sobre determinado tema, aqueles com superior qualidade metodológica, cujos resultados podem ser utilizados na prática (Vilelas, 2022)

A atual revisão narrativa da literatura teve como fim responder à questão de investigação “Qual a influência do uso da hidroterapia/água quente localizada no alívio da dor e na progressão na fase latente do trabalho de parto?”. A questão norteadora da pesquisa é formada

através do anagrama PICOD: participantes (P), intervenção (I), comparação (C), resultados (O) e desenho do estudo (D) (Vilelas, 2022).

Na Tabela 2 está representada a metodologia escolhida, com a intenção de formular a questão de investigação.

Tabela 2.
Processo de análise de dados segundo o método PICOD

P	Participantes	Grávidas em fase latente do TP
I	Intervenção	Uso da hidroterapia/água quente localizada na fase latente do TP
C	Comparação	Uso da hidroterapia/água quente localizada para alívio da dor e progressão na fase latente do TP ou ausência do uso do método não farmacológico
O	Resultados	Benefício do uso hidroterapia/água quente localizada na fase latente do TP
D	Desenho do estudo	Estudos quantitativos/qualitativos

Fonte: Elaboração própria

A pesquisa foi assente nas seguintes bases de dados: CINAHL, MEDLINE, PubMed e Scielo, aplicando-se os descritores “*Hydrotherapy*”, “*labor pain*”, “*nurse midwives*”, “*Labor*”, “*Anxiety*”; e os operadores booleanos "AND " e "OR ", conseguindo-se um total de artigos encontrados em cada base de dados.

Os critérios de inclusão enumeraram: estudos do tipo qualitativo e quantitativo, artigos enquadrados no espaço de 5-6 anos (2018-2024) uma vez que o trabalho começou a ser desenhado em 2023; artigos redigidos em inglês/português; artigos que esclareçam a associação entre o uso da hidroterapia/água quente localizada e o alívio da dor no TP; artigos que esclareçam a intervenção do uso da hidroterapia/água quente localizada durante TP; artigos que explorem o uso da hidroterapia/água quente localizada na progressão do TP; artigos que verificam as diferentes técnicas de alívio da dor com o uso da hidroterapia/água quente localizada durante o TP. E como critérios de exclusão foram selecionadas: revisões da literatura; artigos com pouco interesse científico; duplicados; artigos redigidos noutros idiomas que não seja o português nem o inglês.

Para a consolidação do estudo da temática selecionada, foram consideradas 167 publicações achadas nas bases de dados supracitadas.

Os limitadores de pesquisa aplicados, foram os seguintes: artigos com 6 ou menos anos, que apresentassem o texto na íntegra e estivessem redigidos nos idiomas incluídos. Posteriormente, foi considerada uma leitura dos títulos, excluindo artigos que não se enquadrassem com o tema ou apresentassem pouco interesse para a temática em estudo. De seguida procedeu-se à leitura dos resumos, empregando-se os critérios de inclusão/ exclusão.

Por fim, foi preparada uma leitura atenta do texto integral [TI], acabando por serem selecionados um total de 6 artigos para análise que foram ao encontro do objetivo deste estudo.

A fim de agilizar a organização deste processo de identificação e seleção de artigos para a revisão da literatura, optou-se por apresentar um fluxograma, baseado no *Preferred Reporting Items for Systemic Review and Meta-Analyses* [PRISMA] (PAGE, 2021).

Na classificação dos artigos foi tido em atenção os níveis de evidência de cada artigo segundo a classificação de Joanna Briggs Institute. Estes têm como objetivo guiar a pesquisa nas diferentes obras de evidência existentes abordando os critérios de elegibilidade, confiança e alto nível científico, possibilitando a categorização da evidência científica existente, diferenciando cada nível de forma a que os estudos sejam aprimorados no rigor e método científico necessário para obter resultados fidedignos sobre as diversas matérias estudadas, sendo assim possível o avanço da ciência e, concretamente, da medicina e da enfermagem (Apóstolo, 2017).

2.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Após a consulta e avaliação da literatura científica identificada, com referência à temática Hidroterapia Como Método Não Farmacológico de Alívio da Dor Durante a Fase Latente do TP, foi conseguido aplicar os princípios adquiridos na prática clínica, bem como responder à questão de investigação proposta. Durante o estágio em BP considerou-se oportuno perceber os resultados da aplicação deste método não farmacológico de alívio da dor. A população-alvo foi composta por todas as mulheres em fase latente do TP internadas no BP. Os critérios de inclusão definidos foram os subsequentes: parturientes em fase latente; já os critérios de exclusão

incluiram: grávidas com feto em apresentação pélvica e grávidas com cesariana programada. A recolha de dados contemplou como recursos o partograma, o BSG, processo informático no *SClinic*[®], observação e conversa informal durante a prestação de cuidados. O estudo estatístico descritivo dos dados recolhidos, foi realizado por meio do sistema informático *Microsoft Excel*[®], sendo os gráficos de elaboração própria. Foram também seguidos os princípios do Código Deontológico na proteção de dados pessoais e informação recolhida.

Caracterização da amostra

No decurso dos ensinamentos clínicos realizados em BP foram prestados cuidados a 115 grávidas em TP (n=115), em que 44% (n=50) a mestranda assistiu no parto e 26% participou ativamente (n=30) (cesarianas e partos vaginais instrumentados com ventosa/fórceps) (Tabela 3).

Tabela 3.

Assistência Parturientes no Bloco de Partos e Internamento de Grávidas

Partos	Parturientes
Partos Realizados	50
Participação Ativa Noutros Partos	30
Vigilância do TP	115

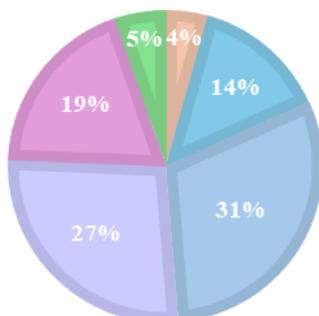
Fonte: Elaboração Própria

As 115 parturientes, às quais foram prestados cuidados, apresentavam uma média de idades sensivelmente estabelecidas entre os 16 e 44 anos. Apoiada na Figura 3, pode identificar-se que as faixas etárias mais representadas compreendem idades entre 26 e os 30 anos (31%; n=35) e dos 31 aos 35 anos de idade (27%; n=31). Dos 36 aos 40 anos também se verifica uma elevada percentagem de parturientes (n=22) as quais correspondem a 19% da amostra, bem como em idades compreendidas entre os 21 e 25 anos que correspondem a 14% da população alvo (n=16). As faixas etárias que representam os extremos das idades representam as percentagens mais baixas da amostra, correspondendo os mais jovens a 4% da população (n=5) e a idade mais avançada representa 5% (n=6).

Figura 3.

Grupos etários das Parturientes

■ 16-20 Anos ■ 21-25 Anos ■ 26-30 Anos ■ 31-35 Anos ■ 36-40 Anos ■ 41-44 Anos

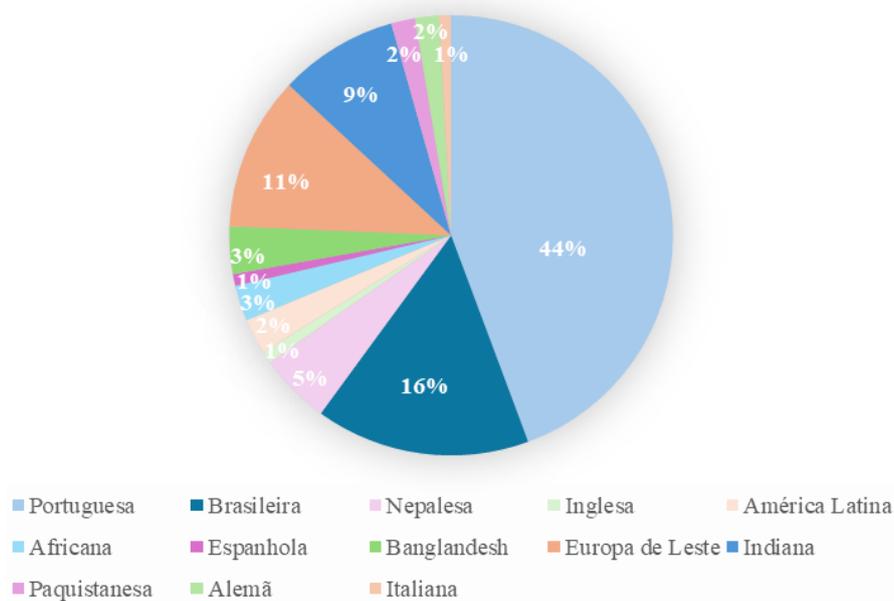


Fonte: Elaboração Própria

De acordo com as últimas estatísticas demográficas do INE, entre 2017 e 2022 verificou-se um aumento da idade média das mulheres ao nascimento dos filhos em que a idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho subiu de 29,6 para 30,3 anos, e a idade média das mulheres ao nascimento de um filho (independentemente da ordem de nascimento) de 31,2 para 31,7 anos (INE, 2023). A média de idade com que as mulheres experimentam a maternidade tem vindo a aumentar de forma constante nas últimas décadas, sobretudo nos países desenvolvidos, influenciada pela idade em que os jovens se conseguem tornar independentes, pelo desemprego jovem, os ciclos de escolaridade mais longos, a penalização que a mulher sofre na carreira profissional quando tem filhos, a falta de medidas para a conciliação familiar, a falta de incentivo à maternidade, mudanças na sociedade, estilo de vida, prioridades profissionais e a melhoria no acesso aos métodos de reprodução medicamente assistida (Casteleiro et al., 2019). Embora a definição de idade materna avançada não seja consensual, a maioria dos autores considera idade igual ou superior a 35 anos (Gauza et al., 2021). A maternidade tardia pode trazer complicações para a mulher e para o feto ao longo da gestação, tais como, aborto, anomalias cromossómicas, morte fetal, restrição de crescimento fetal, parto pré-termo, doenças hipertensivas da gravidez como, pré-eclampsia, e diabetes gestacional (Frick, 2021). Assim o EEESMO tem um papel importante na vigilância da gravidez, prestando cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal, atuando na promoção e educação para a saúde e identificando precocemente desvios à gravidez normal (Aldrighi et al., 2021).

Figura 4.

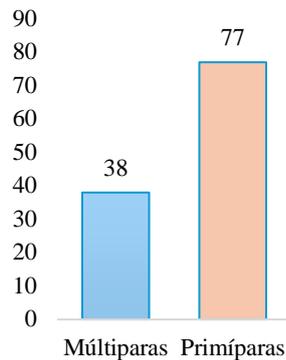
Nacionalidade das parturientes



Fonte: Elaboração Própria

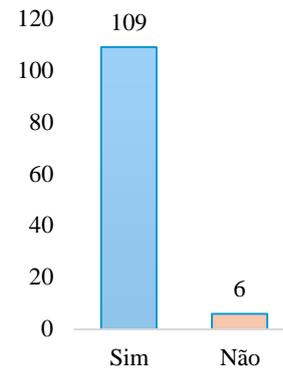
Tal como tem sido abordado ao longo do relatório a multiculturalidade vivida nos cuidados de saúde é muito vasta pelo que a Figura 4 representa as parturientes das várias nacionalidades que a mestrandia prestou cuidados, verificando-se que a população estrangeira foi superior à população portuguesa, totalizando a população portuguesa 44% das parturientes e a população estrangeira 56%. Em 2023 a população estrangeira com estatuto legal de residente em Portugal era de 1.044.238 habitantes, em que 490.437 eram mulheres (INEb, 2024). Ainda segundo o INE, 22% dos bebés nascidos em Portugal foram de mães estrangeiras, representando um quinto dos nascimentos. Os serviços de saúde materna e obstetrícia têm encontrado dificuldade em dar uma resposta eficaz às necessidades específicas de saúde das mulheres migrantes, pelo que o EEESMO deve orientar o pensamento crítico e a tomada de decisão na prestação de cuidados, respondendo às necessidades culturais da mulher/família fazendo com que estes consigam fazer uma transição saudável da gravidez para o nascimento (Coutinho et al., 2022; Doetsh et al., 2021).

Figura 5. Paridade



Fonte: Elaboração Própria

Figura 6. Vigilância da Gravidez

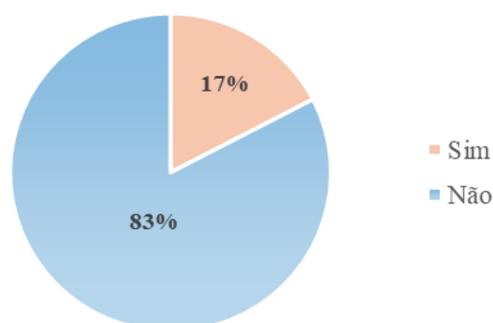


Fonte: Elaboração Própria

No que respeita à paridade (Figura 5) verifica-se que 38 (33%) eram múltiparas e 77 eram primíparas (67%). No que concerne à vigilância da gravidez (Figura 6) é possível constatar que a maioria das mulheres vigiou a gravidez, correspondendo as gravidezes vigiadas a 94,8% (n=109) e não vigiadas a 5,2% (n=6). A vigilância pré-natal é essencial para otimizar os resultados em saúde das mulheres e bebés, facilitando o rastreio precoce de anomalias fetais e atuando na promoção da saúde da grávida, através de intervenções de educação para a saúde, psicossociais e preparação dos pais para o parto e parentalidade (Krukowski et al., 2022; Mohammadi et al., 2023). Atualmente, em Portugal, tem-se assistido a um avanço na qualidade da vigilância pré-natal e neonatal, podendo a prestação de cuidados materno-infantis considerar-se um processo assistencial contínuo sendo o EEESMO fundamental na literacia em saúde da grávida, capacitando a grávida/família (DGS, 2015).

Figura 7.

Grávidas que frequentaram o curso de preparação para o parto

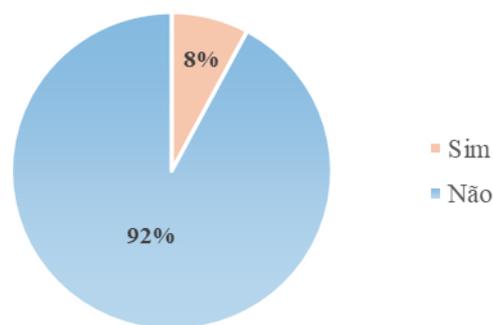


Fonte: Elaboração Própria

Tal como mostra a Figura 7, a maioria das grávidas, 83% (n=95), não acompanhou nenhum Curso de Preparação para o Parto [CPP]. Apenas 17% da amostra (n=20) recorreu ao CPP. Frequentar CPP prepara a mulher física e psicologicamente para o parto, o que permite vivenciar esta experiência de forma mais ativa e desenvolver confiança e segurança no novo papel parental que vai desempenhar (Frias & Franco, 2008). O EEESMO destaca-se como promotor deste tipo de intervenção preparando a mulher/casal/família para a gravidez, TP, parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido, verificando-se que nos países em que envolvem o EEESMO nos cuidados ao longo do ciclo gravídico-puerperal existem menores taxas de intervenções e complicações e maiores taxas de parto natural e satisfação das mulheres (Santiago et al., 2023).

Figura 8.

Elaboração plano de parto

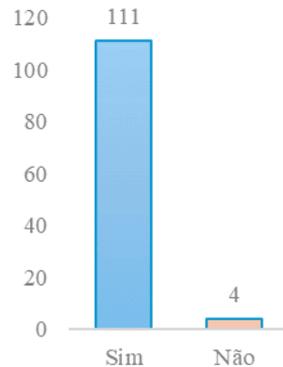


Fonte: Elaboração Própria

Quanto à elaboração do Plano de Parto [PP] (Figura 8), verifica-se que apenas 9 parturientes (8%) elaborou um PP, enquanto 92% das mulheres (n=109), não o fez. O PP é um documento, válido, elaborado pela mulher/casal que reflete as suas preferências e expectativas, e uma ferramenta eficaz que apoia o TP natural e fisiológico e também reforça a participação ativa e a tomada decisão, promovendo a consciencialização da relação entre as decisões e escolhas e o decurso do TP, construindo decisões responsáveis e informadas (Mohebbi-Dehanvi et al., 2023; Silva & Lopes, 2020). O apoio do EEESMO é fundamental durante este processo de modo a aprofundar a literacia em saúde do casal, de forma a fazerem escolhas seguras depois de devidamente informados, obtendo-se assim melhores resultados obstétricos e neonatais (Silva & Lopes, 2020). A WHO apoia a elaboração do PP afirmando que constitui uma ferramenta para uma experiência de parto positiva para além de contribuir para o empoderamento do casal (WHO, 2018a; Silva & Lopes, 2020).

Figura 9.

Presença de pessoa significativa

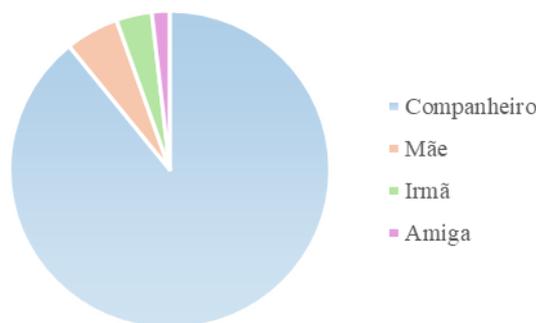


Fonte: Elaboração Própria

Tal como se pode observar na Figura 9, 97% das parturientes (n=111), tiveram a companhia de uma pessoa significativa, escolhida pela mesma, no decurso do TP, e as restantes 3% (n=4), não tiveram acompanhante, umas por opção, outras por o companheiro não conseguir estar presente e não quererem outra pessoa a acompanhá-las. Na maioria dos casos as grávidas valorizam a presença de uma pessoa significativa, independentemente se for o companheiro, um familiar ou um amigo, o importante é que a pessoa escolhida seja da sua confiança e ofereça suporte físico e psicológico contínuo, tal como recomenda a WHO (2018a) para uma experiência de parto positiva (Altshuler et al., 2021; Lopes e Silva, 2021; WHO, 2018a).

Figura 10.

Pessoa significativa presente no parto



Fonte: Elaboração Própria

Como representado na Figura 10, a pessoa significativa mais escolhida pela parturiente para estar presente no momento do parto foi o companheiro. Independentemente da escolha da pessoa significativa, quando o companheiro desempenha esse papel, é importante assegurar um

cuidado centrado na tríade sendo, o mesmo, considerado um componente integral dos cuidados, encarando-o como participante ativo no TP de forma empoderada (Lopes & Silva, 2021; Mazzetto et al., 2022).

Tabela 4.

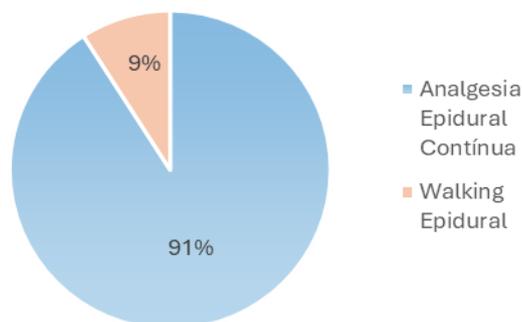
Tipo de analgesia utilizada durante o TP

		Contagem	% de N da tabela
Analgésia Endovenosa durante o TP	Sim	115	100%
	Não	0	0%
Analgésia Epidural	Sim	88	76,5%
	Não	27	23,4%
Protóxido de Azoto	Sim	2	1,7%
	Não	113	98,2%
Hidroterapia (duche)	Sim	25	21,7%
	Não	90	78,2%

Fonte: Elaboração Própria

Figura 11.

Perfusão Contínua vs *Walking Epidural*



Fonte: Elaboração Própria

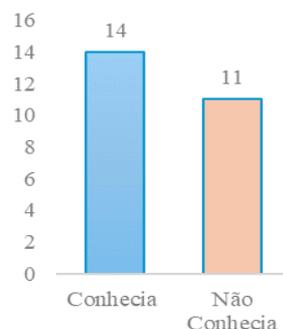
A Tabela 4 mostra alguns métodos disponíveis para alívio da dor durante o TP. De acordo com os resultados observados na tabela pode afirmar-se que todas as parturientes recorreram a analgesia endovenosa, principalmente na fase latente do trabalho de parto, não podendo ser administrada na fase ativa devido aos seus efeitos secundários sobre o feto (Lam et al., 2020). Quanto à analgesia epidural 76,5% das parturientes (n=88), recorreu a esta técnica para alívio da dor. De notar que existem vários métodos de utilizar a analgesia epidural durante o TP, pelo que nas unidades onde foi realizado estágio havia a possibilidade de fazer epidural em perfusão

contínua ou solicitar a *walking epidural*, que foi utilizada por 9% das parturientes (n=80) que recorrem à epidural para alívio na dor e as restantes 80 parturientes (91%) optaram por o método de perfusão contínua, tal como mostra a Figura 11. Motivada pela administração de doses baixas de anestésicos locais e opiáceos, a *walking epidural* concede à mulher maior mobilidade, possibilidade de adotar posições verticais e deambular, o que leva a contrações uterinas mais eficazes, uma progressão mais rápida do TP, perceção de quando tem necessidade de realizar esforços expulsivos e preservação da função motora (Tamilnadu, 2015). Apenas 2 mulheres (1,7%) a quem foram prestados cuidados no Hospital P recorreram ao protóxido de azoto, um método farmacológico inalatório que proporciona à parturiente uma maior sensação de controlo durante o TP mostrando-se seguro e eficaz no alívio da dor, mas que atualmente caiu em desuso devido ao impacto ambiental (Smith et al., 2021).

A hidroterapia é considerado um MNF de alívio da dor, sendo uma técnica não invasiva, segura tanto para a mãe como para o feto, não tem efeitos secundários, não tem custos associados, promove um TP mais natural, tem efeitos positivos na progressão do TP e reduz o stress e a ansiedade (Heim & Makuch, 2021; Klein & Gouveia, 2022; Reis et al., 2023). O uso da hidroterapia em particular otimiza a fisiologia do parto, induz o relaxamento e, por conseguinte, liberta endorfinas e oxitocina endógenas e ainda reduz as hormonas causadoras de stress e perceção da dor (Mellado-García et al., 2024). Nos Hospitais F e P foi possível aplicar este MNF, mas a adesão das parturientes foi apenas de 21,7% (n=25) como mostra a Tabela 4. Apesar dos MNF apresentarem benefícios, ainda existem muitas barreiras na sua implementação, cabendo ao EEESMO gerir com a mulher tanto as medidas farmacológicas como não farmacológicas ou a associação de ambas e informar a mulher sobre as vantagens, desvantagens e procedimentos para cada opção (Klein & Gouveia, 2022; OE, 2015).

Figura 12.

Conhecimento sobre o MNF Hidroterapia

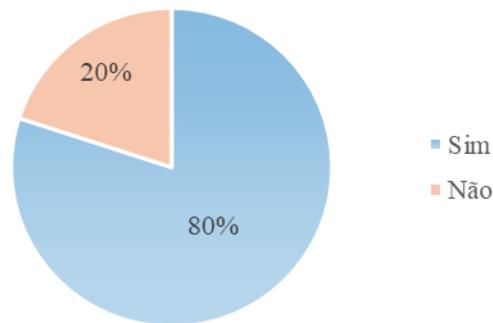


Fonte: Elaboração Própria

Das grávidas em TP que utilizaram a hidroterapia 14 conheciam o MNF enquanto as restantes 11, tiveram conhecimento no internamento, não conhecendo previamente o método nem como o utilizar. Apesar da literatura e a WHO apoiar a utilização de MNF, grande parte da sociedade de mulheres grávidas desconhecem este tipo de métodos, pelo que é necessário, como referido anteriormente, aprofundar a literacia em saúde do casal de forma a definir as suas preferências relativamente ao TP, começando a orientar o casal quanto à possibilidade de utilizarem MNF desde a preparação pré-natal (Lopes & Silva, 2021; Reis et al., 2023). É da competência do EEESMO informar sobre todas as estratégias disponíveis que possam proporcionar segurança e alívio da dor, mas nem sempre é fácil, uma vez que o paradigma dominante ainda se prende com modelo biomédico, formando uma barreira ao uso dos MNF, embora os EEESMO façam esforços a fim de mudar o paradigma apostando na humanização do parto e no parto fisiológico (Ingram et al., 2022; Reis et al., 2023).

Figura 13.

Alívio da Dor Com a Utilização da Hidroterapia



Fonte: Elaboração Própria

Na Figura 13 pode observar-se que das 25 parturientes que experimentaram a hidroterapia como MNF, 80% (n=20), sentiram alívio da dor, enquanto as restantes 20% (n=5), não sentiram alívio, algumas delas por não utilizarem a hidroterapia corretamente. Neste sentido é importante que a parturiente saiba distinguir o duche terapêutico, do duche higiénico, uma vez que para obter o efeito desejado o duche terapêutico requer mais tempo que o duche higiénico (Tereso et al., 2023). O EEESMO assume um papel importante durante o TP ao proporcionar conforto e segurança à parturiente, e o duche terapêutico é considerado uma medida de conforto, além disso deve educar as grávidas, tornando-se vitais na informação que transmitem, para o correto uso dos MNF, como a hidroterapia, compreendendo que muitas vezes as equipas carecem de

elementos o que dificulta a implementação de técnicas como esta (Ingram et al., 2022; Matabane, 2023; Stark et al., 2011).

Tabela 5.

Alívio da Dor na Fase Latente VS Fase Ativa

		Fase Latente	Fase Ativa
Utilização da hidroterapia (duche) no alívio da dor	Sim	22	5
	Não	3	20

Fonte: Elaboração Própria

A Tabela 5 mostra as mulheres que utilizaram a hidroterapia com alívio da dor na fase latente e na fase ativa, no primeiro estadio do TP, observando-se que na fase latente as mulheres que utilizaram o método sentiram mais alívio que na fase ativa, sendo apenas 5 as mulheres que sentiram alívio na fase ativa. A evidência afirma que antes da fase ativa não houve alterações significativas da dor e que foi comprovada a eficácia do método na fase ativa no estudo de (Taskin & Ergin, 2022) contrariando os resultados obtidos nos cuidados prestados às parturientes pela mestranda. De ressaltar que a dor é considerada uma experiência única e individual, e pode variar muito entre cada mulher podendo ser ainda afetada por vários fatores (Nori et al., 2023; Thomson et al., 2019).

Tabela 6.

Duração do TP de acordo a paridade

Paridade	Duração do TP de acordo a paridade			
	Média	Máximo	Mínimo	Número de partos
1º filho	11,20	22,45	1,28	31
2º filho	9,97	18,80	0,85	12
3º filho	6,44	12,30	0,15	8
4º filho	0,46	0,87	0,05	2

Fonte: Elaboração Própria

A Tabela 6 mostra, de acordo com a minha observação, e apesar de um número pequeno de partos, que a duração do TP parece ser influenciada pela paridade, verificando-se que a duração do TP é menor quanto maior for a paridade. A dilatação cervical pode não ser linear e ser influenciada por vários fatores como, por exemplo, o peso do RN, o perímetro cefálico, idade materna e índice de massa corporal materno, posição occipito-posterior, utilização de analgesia

epidural, fase ativa prolongada, mas estima-se que dilatação das nulíparas seja entre 0,29-1,57 cm/h e nas múltiparas seja entre 0,32-4,47 cm/h (Girault et al., 2021; Kreienbühl et al., 2024; Pham et al., 2022).

Tabela 7.

Duração do TP de acordo com a utilização da hidroterapia (duche) no alívio da dor

	Utilização da hidroterapia (duche) no alívio da dor					
	Sim			Não		
	Média	Máximo	Mínimo	Média	Máximo	Mínimo
Duração do TP	8,84	22,42	0,15	10,2	22,45	00,5

Fonte: Elaboração Própria

Como podemos verificar na Tabela 7, e de acordo com a minha observação, a duração do TP também parece ser influenciada pela utilização ou não da hidroterapia (duche) como método não farmacológico de alívio da dor. As utentes que recorreram à hidroterapia (duche) gozaram de uma duração média de 8,84, ou seja, 8 horas e 50 minutos, duração mínima de 9 minutos e máxima de 22 horas e 25 minutos. Nas parturientes que não recorreram à hidroterapia (duche) gozaram de uma duração média de TP de 10 horas e 12 minutos, uma duração mínima de 3 minutos e máxima de 22 horas e 27 minutos. A mais recente evidência científica refere a utilização deste MNF favorece a progressão do TP e o parto fisiológico, reduzindo a duração do TP (Maddady et al, 2018; Sharifipour et al, 2022). De ressaltar que a paridade influencia os números anteriormente descritos, admitindo mulheres em sala de partos vindas diretamente do SUOG em dilatação completa parindo em alguns minutos, acontecendo essencialmente com múltiparas, sendo que parte das parturientes, em que aconteceu o descrito anteriormente referem ter utilizado a hidroterapia (duche) no domicílio.

Tabela 8.

Lesão perineal de acordo com a utilização de hidroterapia

		Períneo	Laceração	Laceração	Laceração	Episiotomia	S/D	N/A
		íntegro	de grau I	de grau II	de grau III			
Utilização da hidroterapia (duche) no alívio da dor	Sim	6	6	3	0	6	3	1
	Não	5	11	26	0	16	20	12

Fonte: Elaboração Própria

A hidroterapia (duche), para além de proporcionar alívio da dor e conforto das parturientes também promove a integridade dos tecidos perineais, induz relaxamento além de reduzir a necessidade de parto instrumentado e cesarianas, ao contrário do uso de MF que estão associados ao aumento de episiotomias (Mellado-García et al., 2023; Rantala et al., 2022; Wassihun et al., 2022). Deste modo, considerou-se apropriado explorar o tipo de lesão perineal com base na utilização da hidroterapia (duche) e com o não uso da mesma (Tabela 8). Após analisar a amostra, considerou-se sem dados (S/D), as mulheres as quais foi vigiado o TP, mas não se assistiu ao parto (n=23) e não aplicável (N/A) a mulheres as quais foram sujeitas a cesariana (n=13). Verifica-se, portanto, que as mulheres que recorreram à hidroterapia (duche) para alívio da dor tiveram melhores resultados, conseguindo conservar a integridade dos tecidos na totalidade (n=6) ou gerando lacerações de grau I (n=6), mas foram de igual modo submetidas a episiotomia (n=6), na grande maioria devido a partos instrumentados. As mulheres que não recorreram à hidroterapia apresentam, em proporção, maior taxa de lacerações de grau II (n=26) bem como de cesarianas (n=12).

Tabela 9.
Índice de Apgar

Score	Frequência	Percentagem
10/10/10	44	55,7%
9/10/10	28	35,4%
8/10/10	2	2,5%
8/9/10	2	2,5%
5/8/9	1	1,3%
3/7/10	1	1,3%
3/6/8	1	1,3%
Total	79	100%

Fonte: Elaboração Própria

O Índice de Apgar consiste numa avaliação padronizada da adaptação do RN ao meio extrauterino logo após o parto, sendo composto por cinco itens: cor, frequência cardíaca, reflexos, tónus muscular e respiração, recebendo cada um destes itens uma pontuação de 0,1 ou 2, cuja avaliação é realizada ao 1.º e 5.º minutos e em intervalos de 5 em 5 minutos até aos 20.º minutos para RN com pontuação inferior a 7 (American Academy Of Pediatrics Committee On Fetus And Newborn et al., 2015; Apgar, 2015). O Índice de Apgar pode ser influenciado por fatores placentares, intrauterinos, fetais e neonatais, como por exemplo: extremos de idade materna, gravidez mal vigiada, paridade, tabagismo, doenças hipertensivas da gravidez,

diabetes gestacional, via de parto, características do líquido amniótico, idade gestacional e baixo peso ao nascer (Dondé et al., 2020). De acordo com a Norma 002/2023, de 10 de maio de 2023, da DGS, os cuidados imediatos ao RN são prestados pelo enfermeiro responsável pelo mesmo salvo em situações que requerem a presença do neonatologista/pediatra, pelo que cabe ao EEESMO avaliar o Índice de Apgar na ausência do neonatologista/pediatra (DGS, 2023). Na Tabela 9 encontram-se os Índice de Apgar da amostra em que a mestranda esteve presente no parto, quer sejam partos eutócicos ou distócicos, observando-se situações em que o Índice de Apgar apresentou scores abaixo de 7 (3,9%) e que a maioria (55,7%) apresentou scores de 10 ao 1.º, 5.º e 10.º minutos de vida do RN. De acordo com os dados recolhidos pela mestranda, o Índice de Apgar com scores inferiores a 7 são de partos distócicos por ventosa e cesarianas, e ainda pela administração de opioides intraparto.

Tabela 10.

Índice de Apgar de acordo com a utilização de hidroterapia

		Utilização da hidroterapia (duche) no alívio da dor	
		Sim	Não
Índice de Apgar	10/10/10	10	34
	9/10/10	14	14
	8/10/10	0	2
	8/9/10	1	1
	5/8/9	0	1
	3/7/10	0	1
	3/6/8	0	1

Fonte: Elaboração Própria

Na Tabela 10 pode analisar-se os scores do Índice de Apgar em concordância com o uso da hidroterapia (duche), o que de acordo com os dados apresentados verificou-se que os RN cujas mães recorreram à hidroterapia, durante o TP, obtiveram maiores scores na avaliação do IA, em proporção, quando comparadas com as mulheres que utilizaram MF. Este método de alívio da dor promove o TP espontâneo e tem resultados positivos da adaptação cardiorrespiratória do RN ao meio extrauterino, beneficiando tanto a mãe como o RN deste MNF, não afetando negativamente a saúde do RN, contrariamente ao que acontece com a utilização de certos MF (Dias et al., 2023; Matabane et al, 2023; Mellado-García 2024).

Podemos considerar, apoiado na observação dos dados recolhidos que o uso da hidroterapia sob a forma de duche quente, pareceu ter efeito no alívio da dor durante a primeira fase TP, bem como na sua progressão. Está ainda diretamente associada a melhores resultados em termos de lesão perineal e scores de Índice de Apgar. Ainda assim é visível que as mulheres recorrem muito aos MF de alívio da dor, como a epidural e a medição endovenosa. No que toca à epidural são muito poucas aquelas que conhecem e/ou usam a *walking* epidural, que apesar de tudo é um MF que tem bons resultados e pode ser aplicada em concordância com MNF de alívio da dor. Não foi analisado por falta de dados, mas nos campos de estágio foi evidente o incentivo dos profissionais de saúde quanto ao uso de analgesia epidural, apesar de ser oferecida a bola de Pilates, outro MNF disponível e de fácil acesso e algumas vezes incentivado o uso hidroterapia da forma de duche. Muitas vezes os profissionais de saúde não conseguiam ensinar corretamente a utilização do método, quer por falta de tempo devido a défices nas equipas além de serviços sobrelotados quer por não saberem ensinar corretamente o método, sendo necessário apostar na formação dos profissionais de saúde neste campo. A evidência científica tem aprofundado estudos com base na temática dos MNF, e também da hidroterapia em específico, afirmando que as mulheres devem receber informações sobre os riscos e benefícios de todos os métodos de alívio da dor disponíveis durante o TP, devendo a vigilância pré-natal incluir ensinamentos sobre MNF e MF, e aquelas que optem por recorrer aos MNF durante o TP tenham o apoio necessário por parte do EEESMO a fim de utilizar corretamente a técnica para que esta tenha o efeito desejado, levando a melhores taxas de satisfação com parto (Chang et al., 2021; Thomson et al., 2019; Vijipriya, 2019). A WHO (2018a) também recomenda a utilização dos MNF de alívio da dor durante o TP para uma experiência de parto positiva (WHO, 2018a). Esta temática deve ser aprofundada a fim de se implementar nos serviços, a utilização da hidroterapia sob a forma de duche como MNF visto ser um método de uso fácil, desde que ensinado, acessível e não implica custos adicionais para as instituições, contribuindo para a melhoria da prática clínica dos EEESMO com base na evidência científica e na assistência ao parto humanizado.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com OE, os cuidados de Enfermagem assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, definindo o enfermeiro especialista como aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade (OE, 2019b). Um enfermeiro especialista em qualquer das áreas de formação reconhecidas pela OE é uma mais-valia pois utiliza conhecimentos científicos e também pode ser formador, investigador e líder, prestando cuidados seguros e de alta qualidade (Hashemi et al., 2023). As competências inerentes ao EEESMO são formadas pela combinação entre as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas de cada especialidade, que no seu conjunto promovem cuidados especializados, continuados e de qualidade (OE, 2019c).

Este capítulo descreve as atividades desenvolvidas ao longo dos campos de estágio e apresenta uma análise reflexiva, com objetivo de evidenciar o processo de desenvolvimento e mobilização de competências comuns dos enfermeiros especialistas bem como de competências específicas do EEESMO, tendo presente o Modelo de Katharine Kolcaba assente na Teoria do Conforto.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

O Regulamento n.º140/2019, exige ao Enfermeiro Especialista, a aquisição de um conjunto de competências comuns, inerentes a todas as especialidades, consideradas pela OE, afirmando que atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, dividindo-se essas competências em quatro domínios, entre as quais: A) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, B) Melhoria Contínua da Qualidade, C) Gestão dos Cuidados e D) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

A) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

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

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

Atividades: Na qualidade de estudante do MESMO, foi imprescindível a integração nos diferentes serviços, nos quais foram sendo realizados os diferentes campos de estágio, onde para além da integração a mestranda teve também de se integrar na equipa multidisciplinar mostrando o seu trabalho e forma a conseguir ganhar a confiança dos profissionais de saúde do meio onde estava inserida. Para isso foi necessário conhecer e perceber a dinâmica do serviço, mostrando interesse nos protocolos de enfermagem, para poder aplicar o conhecimento associado à prática tendo por base as normas de cada estágio. O ambiente que rege a disciplina de Enfermagem favorável é caracterizado por recursos humanos e materiais adequados, qualidade no atendimento e prestação de cuidados bem como a manutenção de boas relações entre a equipa multidisciplinar e os serviços de saúde (Sousa & Lucas, 2022). Um outro aspeto importante e que também foi tido em consideração, foram os cuidados centrados no paciente, em que para isso foi fundamental respeitar as experiências, necessidades e preferências únicas de cada utente (Roselund et al., 2022). O sigilo profissional foi sempre assegurado mantendo o anonimato da paciente sempre que o seu caso foi usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados, tal como sugere a Deontologia Profissional de Enfermagem da OE.

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

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

Atividades: Cada vez mais a multiculturalidade é um tema presente nos dias que correm, e nos cuidados de saúde não é diferente, tendo sido prestados cuidados de saúde a pacientes de várias

culturas, nacionalidades e etnias, pelo que, a mestranda procurou respeitar e adaptar os cuidados prestados de acordo com as crenças e valores culturais da mulher/família, demonstrando respeito pelos direitos humanos, garantindo a segurança, dignidade e privacidade de cada utente/família em particular. Deste modo foram prestados cuidados individualizados, tendo em consideração as necessidades pessoais do indivíduo, condição clínica, estilo de vida e as decisões sobre os cuidados, envolvendo o paciente no processo de cuidados, definindo a prestação de cuidados em colaboração com o doente e a sua família, com base nos seus valores pessoais, crenças e origens culturais (Bilenler & Ates, 2024). Tendo em conta o fluxo migratório global, a migração está a tornar os países cada vez mais diversificados do ponto de vista linguístico e saltam à vista as barreiras linguísticas sentidas entre os prestadores de cuidados e os doentes, afetando assim, o acesso aos cuidados de saúde, satisfação e segurança do utente (Gerchow et al., 2021). Na prática clínica foram várias as ocasiões que a estudante prestou cuidados a mulheres provenientes de países do médio oriente, países do leste da Europa, entre outros, evidenciando-se a questão da barreira linguística, que impedia a comunicação eficaz entre o prestador de cuidados e a grávida, tendo de recorrer ao acompanhante que frequentemente falava inglês, e nalguns casos o português, para estabelecer a comunicação com a paciente. Na ausência do acompanhante, por vezes recorria aos tradutores disponíveis dos telemóveis, mantendo deste modo a comunicação.

B) Melhoria Contínua da Qualidade

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

Descritivo: O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

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

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

Atividades: A formação dos enfermeiros é um pilar importante para a melhoria contínua e qualidade dos cuidados prestados, tendo impacto direto na segurança e no bem-estar dos pacientes. A OE define como padrões de qualidade os cuidados de enfermagem que visam promover a reflexão crítica sobre o exercício profissional de enfermagem e contribuem para a melhoria contínua dos mesmos, considerando os seguintes pontos: 1) Satisfação do cliente/família; 2) Promoção da saúde; 3) Prevenção de complicações; 4) Autocuidado, autocontrolo e maestria; 5) Readaptação funcional às novas condições de saúde; e 6) Organização dos cuidados de enfermagem especializados SMO (OE, 2021). Podemos assim afirmar que, os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados constituem a base para a segurança e qualidade dos cuidados, pelo que o empoderamento e o envolvimento destes resultará em melhor desempenho e maior qualidade em saúde (Ribeiro et al., 2020). Já a WHO estabelece que o objetivo básico é influenciar positivamente os resultados em saúde, tanto a nível individual como da população realçando a importância central das evidências e dos conhecimentos profissionais, declarando que os cuidados devem ser seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos (WHO, 2021a). Deste modo a mestrandia procurou privilegiar de todas as ocasiões de aprendizagem, questionando e pesquisando autonomamente sobre temas em que sentia necessidade de melhorar, reforçando os conhecimentos, tanto na prática como na teoria, tendo por base a pesquisa baseada na evidência. Sempre que possível tentou participar nas formações em serviço como formanda, bem como em seminários, e outras formações, mobilizando novos conhecimentos que posteriormente eram aplicados na prática. Nos campos clínicos foi possível trabalhar com as normas e protocolos institucionais direcionados para a melhoria de cuidados bem como os projetos em curso, contribuindo para a sua execução operando em conformidade os mesmos. Um dos indicadores de qualidade mais trabalhados foi a identificação correta e inequívoca de pacientes e profissionais de saúde colaborando com a supervisora clínica para atingir a qualidade no serviço na qual estava inserida.

Competência B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro.

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

Atividades: Faz parte da prestação de cuidados tanto de um enfermeiro de cuidados gerais como o enfermeiro especialista assegurar a um ambiente terapêutico e seguro para o paciente. A garantia de um ambiente terapêutico seguro é essencial nos cuidados de enfermagem e envolve a criação de condições físicas emocionais e psicológicas que favoreçam o bem-estar do paciente, pelo que a WHO define a segurança do doente como “um quadro de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que reduzam os riscos de forma consistente e sustentável, reduzam a ocorrência de danos evitáveis, cometam erros menos prováveis e reduzam o impacto dos danos quando ocorrem” (WHO, 2021b, p. vii). Entre os vários fatores que interferem na promoção de um ambiente terapêutico seguro, estão as pesadas cargas horárias e equipas reduzidas, pelo que o número insuficiente pessoal, reduz a qualidade dos cuidados de saúde e ameaça a segurança do utente (Mihdawi et al., 2020). O stress no local de trabalho, a insegurança física e psicológica diminui a confiança do enfermeiro o que pode levar à diminuição do desempenho profissional e consequente segurança do doente com aumento dos erros em saúde (Alquewz, 2020). As falhas na comunicação também contribuem para a ocorrência de eventos adversos, pelo que a garantia de uma assistência segura está no seguimento de protocolos e na comunicação eficaz, sendo esta uma das metas internacionais (Santos, 2021). Espera-se assim, que os enfermeiros adiram a estratégias organizacionais para identificar danos e riscos através da avaliação do doente, da elaboração do plano de cuidados, vigilância da monitorização e atividade, dupla verificação, oferta de assistência e comunicação com a equipa multidisciplinar e utente (Vaismoradi, 2020). A mestranda tentou otimizar os seus cuidados de saúde garantido um ambiente terapêutico seguro, planeando em conjunto com a orientadora clínica intervenções provendo a segurança da paciente e referenciado situações que estavam para além da sua área de atuação. O cansaço conjunto entre o estágio e a prática profissional nem sempre foi fácil gerir pelo que antes de realizar algum procedimento ou administração terapêutica utilizava sempre a dupla verificação, tanto com a supervisora clínica como com o paciente, e no caso da medicação ainda confirmava com o *Ghaf*[®]. A garantia do ambiente seguro também passa pela redação de registos de enfermagem precisos e concisos, nos meios próprios para o efeito. Um outro meio de garantir a segurança do ambiente terapêutico, vai ao encontro da agilização do espaço onde se encontra a paciente.

C) Gestão dos Cuidados

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

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

Atividades: O exercício da profissão de enfermagem está inserido num contexto de atuação multidisciplinar, articulando-se com os demais grupos de profissionais de saúde. Através do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] a OE classifica as intervenções de enfermagem em duas formas distintas: intervenções autónomas (ações realizadas pelos enfermeiros sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade) e ações interdependentes (ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos) (OE, 2015). Assim a tomada de decisão de forma autónoma enriquece o valor da profissão de enfermagem e é essencial para a prática, gestão e educação pelo que o compromisso dos enfermeiros impõem responsabilidade e autonomia nas decisões que são tomadas (Lourenço et al., 2022). Ao longo dos diferentes estágios foi possível observar e estabelecer vínculo profissional com os elementos que compõem a equipa multidisciplinar, sendo que no seu conjunto, todos os indivíduos das diferentes categorias profissionais, visam promover cuidados de excelência na assistência à mulher/casal/família. Enquanto estudante do mestrado também foi bastante importante, por exemplo, a articulação com as várias enfermeiras supervisoras que promoveram a integração na equipa e na instituição, ajudando a desenvolver as competências na área da saúde materna e obstétrica e a tomada de decisão autónoma, pelo que a supervisão clínica pode ser definida como um acompanhamento, que por meio da reflexão e da análise da prática clínica com vista à promoção da tomada decisão autónoma dos enfermeiros (Rocha et al., 2021).

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

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

Atividades: No exercício da profissão de enfermagem é essencial a deteção de ocorrências de saúde e perceção dos recursos disponíveis utilizando os mesmos de forma consciente,

considerando tanto os recursos humanos como recursos materiais. As organizações de saúde enfrentam um grande desafio no que respeita à gestão dos recursos humanos, devido à falta de pessoal, interferindo na gestão adequada dos mesmos (Rodríguez-Fernández et al., 2021). Como mestranda num serviço e numa realidade completamente diferente do local onde se insere, a falta de recursos humanos teve em evidência, encontrando algumas equipas sobrecarregadas de horas extraordinárias, pelo que a mestranda tentou ser uma mais-valia uma vez que já prestava cuidados na área de especialização. Cada serviço tem o seu modelo de gestão, tema que tem sido discutido com vista à melhoria da qualidade em saúde implementando-se novos modelos de gestão (Ventura Silva et al., 2021). Nos serviços onde a mestranda realizou estágio foi possível observar os diferentes métodos de trabalho, adequando o método ao posto que cada enfermeiro assegura, sendo os mais utilizados o método funcional, em que o alvo não é o cliente mas sim a tarefa, como pode ser observado na admissão e no bloco operatório, locais onde não são doentes atribuídos mas sim tarefas, e o método individual, em que o enfermeiro assume total responsabilidade pela assistência a um doente ou a um grupo de doentes, caso do bloco de partos, do internamento de grávidas e puerpério. Deste modo foi necessário a adaptação a cada método consoante o campo de estágio e equipa na qual estava inserida, de modo a inserir-se em cada equipa e garantir a gestão dos cuidados de acordo com cada instituição e serviço.

D) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Competência D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

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

Atividades: O ENPRF revelou ser um grande desafio na gestão do stress, na necessidade de autoconhecimento e nas relações pessoais, profissionais e terapêuticas, associado a um período de integrações constantes, lidar com novas pessoas, novos métodos de trabalho, estar novamente na posição de aluna e ainda conciliar o exercício profissional fora do âmbito escolar. É sem dúvida um período em que não é fácil gerir emoções e em que é despendido grande parte do tempo da vida pessoal apenas no trabalho expondo algumas fragilidades, que com o passar do tempo começa a saber lidar-se de forma a tornar as relações e o processo de aprendizagem

mais fácil. Sendo a enfermagem uma profissão de relações e comunicação, o enfermeiro além de estar numa relação próxima com os pacientes funciona como elo entre estes e a equipa multidisciplinar (Aydogdu, 2023). A comunicação e as relações foram pontos em que a mestranda se sentiu mais à vontade o que facilitou a integração e a adaptação aos diferentes serviços estabelecendo relações empáticas, de confiança e colaboração com as equipas onde esteve inserida, e com a mulher/casal/família.

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

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

Atividades: Enfermagem caracteriza-se por ser uma área científica, estando em constante mudança, sendo necessário adaptar os cuidados às práticas mais atuais. A prática baseada na evidência é definida como a tomada de decisão em saúde que considera a melhor evidência disponível, o contexto de prestação de cuidados, as preferências da pessoa alvo dos cuidados e o juízo clínico dos profissionais (Santos et al., 2024), contribuindo para o aperfeiçoamento da qualidade na assistência, promovendo decisões mais informadas e melhorando os ganhos em saúde. Durante o ENPRF a mestranda procurou prestar cuidados com base nesta doutrina, aprofundando o conhecimento para justificar as práticas exercidas. A aluna beneficiou de todas as experiências para fortalecer o ganho de competências especializadas e aprofundar o seu conhecimento teórico através de bases de dados fidedignas, protocolos e normas institucionais, diretrizes, e literatura atualizada. Foram ainda desenvolvidos alguns trabalhos como uma reflexão segundo o modelo de Gibbs (Apêndice B), um estudo de caso (Apêndice C) e uma revisão da literatura do tema trabalhado, com base em evidência científica, além da pesquisa autónoma quando surgiam dúvidas sobre algum assunto ou procedimento da prática clínica.

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

As Competências Específicas do EEESMO, regem-se pelo Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, que definem, que “o perfil de competências do EEESMO integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover

um enquadramento regulador para a certificação das competências” (OE, 2019c). Assim, com base no Regulamento acima supracitado, o EEESMO tem competências especializadas para intervir e assumir responsabilidades nas seguintes áreas de atuação: Cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e no período preconcecional, no período pré-natal, durante o TP, no período pós-natal, no período do climatério; a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e, ainda, no cuidado a mulheres em idade fértil inseridas na comunidade.

Neste item, serão consideradas as competências específicas e as atividades direcionadas para cada uma delas, com base na reflexão crítica voltada para a melhoria contínua, pelo que o processo de aquisição de competências específicas do EEESMO teve como suporte o Regulamento nº391/2019 de 3 de maio.

Competência 1: – Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional

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

Atividades: O planeamento familiar é parte integrante da prestação de cuidados de saúde na área da saúde sexual e reprodutiva, pilares fundamentais que promovem qualidade de vida e autonomia sobre decisões a nível da reprodução e garante direitos fundamentais à saúde. A DGS afirma que a “Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou efemeridade em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos” (DGS, 2008, p. 5). A mesma diretriz da DGS diz que os “cuidados a prestar em Saúde Reprodutiva constituem um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas dos homens e das mulheres, ao longo do ciclo de vida” (DGS, 2008, p. 5). Como referido anteriormente o planeamento familiar representa uma componente fundamental na prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva e também apoia a decisão de ter filhos ou não, assente no direito reprodutivo e sexual do indivíduo, nos aspetos morais e culturais, evitando também a gravidez não planeada (Reis et al., 2020). A importância do uso de métodos contraceptivos e a

escolha de qual método usar atendendo à individualidade de cada mulher/casal requer a ajuda de um profissional de saúde, pelo que o enfermeiro desempenha um papel crucial ao atuar com base em estratégias de educação para a saúde, garantindo o acesso à informação, aos serviços de saúde e aos métodos contraceptivos mais adequados, permitindo uma saúde sexual segura e saudável (Nascimento et al., 2024). O conteúdo do planeamento familiar, segundo o Artigo 4.º, Lei n.º 3/84 publicada em Diário da República no ano de 1984, deve desenvolver ações de aconselhamento genético e conjugal, oferecer informação sobre métodos contraceptivos e fornecer meios de contraceção, tratamento de infertilidade, prevenção de doenças de sexualmente transmissíveis e o rastreio do cancro genital.

No contexto clínico da Consulta Externa, a mestranda contactou com mulheres de diversas faixas etárias, etnias e estrato social, e verificou a história obstétrica de cada uma delas, observando muitos índices obstétricos com história de aborto seja espontâneo seja interrupção voluntária da gravidez [IVG], ficando extremamente perplexa com a quantidade de mulheres que utiliza a IVG como método contraceptivo. A IVG é legislada desde 2007, pelo que ao abrigo da alínea e) do artigo 142º, do Código Penal e do artigo 1º da Lei nº16/2007, de 17 de Abril, alterada pela Lei nº 136/2015, de 7 de setembro, esclarece que a interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher pode ser realizada até às 10 semanas e 6 dias de gestação. Os últimos dados estatísticos da DGS face à interrupção da gravidez [IG] são de 2022 e revelam um aumento da IG em 15% comparativamente a 2021 sendo que 96,4% das IG correspondem a IVG como se pode comprovar na Tabela 11.

Tabela 11.

Número e proporção de IG por motivo

MOTIVO	IG (n)	%
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida	14	0,1
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	36	0,2
Grave doença ou malformação congénita do nascituro	543	3,3
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	8	0,0
Por opção da mulher nas primeiras 10 semanas	15870	96,4
Total	16471	100,0

Fonte: DGS: Autoria: DSIA/DSSRIJ-DGS

Neste sentido foram realizados ensinamentos de educação para a saúde sobre vários tipos de métodos contraceptivos de forma a atuar na promoção na Saúde Reprodutiva da mulher obtendo

ganhos em saúde. Seria importante educar também o companheiro neste campo, mas por norma as mulheres mostravam-se reticentes em abordar o assunto da IVG, e muitas delas omitiam a realização da mesma, principalmente quando se faziam acompanhar do companheiro, apenas sendo possível detetar a IVG na plataforma *Sclinik*[®] a qual apenas os profissionais de saúde têm acesso, privilegiando o sigilo profissional. Algumas mulheres procuram ainda o SUOG para se informarem acerca do processo, pelo que foi explicado à utente o percurso a realizar, assim como o procedimento e os riscos associados e também foi feito o devido encaminhamento. Foi assim possível a mestranda facultar informação sobre métodos contraceptivos adequando os ensinamentos a cada caso específico, reconhecer problemas com a vivência sexual e aconselhar de acordo com o evento descrito, dirigindo as situações que estavam para além da sua atuação; informar e encaminhar para os recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e preconcepcional.

A consulta pré-concepcional desempenha um papel essencial no planeamento de uma gravidez saudável, e abrange uma série de intervenções incluindo a promoção da saúde, a avaliação de risco e a gestão de condições pré-existentes oferecendo intervenções de saúde a indivíduos/casais antes da gravidez de forma a otimizar e promover desfechos favoráveis tanto para a grávida como para o feto (Khekade et al., 2023). No contexto clínico do SUOG, tendo em conta o planeamento familiar e o período pré-concepcional, foram prestados cuidados a mulheres em idade reprodutiva que procuraram a instituição hospitalar, por vários motivos, utilizando essa altura para facultar ensinamentos sobre o relevo das consultas acima mencionadas, a promover de hábitos de vida saudáveis, discutir perigos ligados ao tabagismo e a outros consumos, além de abordar o uso de métodos contraceptivos e esclarecer dúvidas.

As estratégias anteriormente descritas também podem ser aplicadas no internamento de puerpério, mais especificamente no momento da alta, onde são realizados ensinamentos que se prendem com o regresso à vida sexual pós-parto, a importância do uso de métodos contraceptivos, adequando o método à individualidade da mulher/casal, de forma a evitar o surgimento de gravidezes indesejadas ou não programadas, apoio na colocação de métodos contraceptivos como implantes e ensinamentos de sobre a correta toma da pilula da amamentação, para garantir a eficácia da mesma.

Os cuidados em Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar centram-se maioritariamente na mulher, mas a inclusão do homem nestas consultas, é tida como uma estratégia importante com vista a promover uma abordagem mais equitativa, nesta área, tanto para homens como para

mulheres, pois os homens também desempenham um papel crucial no processo de planeamento familiar, prevenção de doenças e promoção da saúde reprodutiva. A política do planeamento familiar tem-se organizado de forma a incluir mais a população masculina na perspetiva da saúde reprodutiva e sexual (Carvalho et al., 2018). Porém a quantidade de métodos contraceptivos existente é maioritariamente destinada às mulheres, pelo que a enfermagem desempenha um papel crucial ao atuar em estratégias de educação para a saúde de forma a mudar conceitos e incluir os homens neste contexto (Nascimento et al., 2024; Reis et al., 2020;). Sendo os enfermeiros um dos promotores da utilização de métodos contraceptivos na comunidade onde está inserido, é de extrema importância que os profissionais de saúde mantenham uma constante atualização dos seus conhecimentos e informação, assegurando deste modo, a prestação cuidada de qualidade a nível da saúde sexual e reprodutivo, promovendo a proteção dos casais/família (Pacheco et al., 2020)

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

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

Atividades: A gravidez é um processo fisiológico e natural que faz com que o corpo da mulher sofra adaptações desde o início ao fim da gestação, envolvendo mudanças na configuração anatómica dos órgãos internos, mudanças hormonais e no funcionamento do corpo (Gandolfi et al., 2019). A gravidez não é, por isso, um estado de doença que necessite tratamento. Gerar (uma nova pessoa), traduz uma adaptação a uma nova situação (ser mãe, ser pai) e uma modificação fisiológica corporal e emocional, que culmina num desfecho: o nascimento (DGS, 2015). No entanto é importante vigiar a gravidez como medida de prevenção, diagnóstico precoce de risco, diagnóstico de patologias associadas ao período gravídico-puerperal, evitando complicações materno-fetais (Peixoto et al., 2020). De acordo com a Norma 001/2023, publicada a 27 de janeiro, todas as mulheres grávidas devem ter acesso a uma primeira consulta de gravidez entre as 6 semanas e 0 dias e as 9 semanas e 6 dias, sendo estas consultas preferencialmente realizadas nos Cuidados de Saúde Primários [CSP], salvo em situações de risco obstétrico, ou seja, mulheres que apresentem fatores de risco materno-fetais, devem ter consultas pré-concepcionais, de vigilância da gravidez e de puerpério em unidades com cuidados

obstétricos. A mesma Norma refere que a avaliação do risco gestacional contempla a informação obtida através da história clínica e de exames laboratoriais e imagiológicos.

No que ao acompanhamento pré-natal diz respeito a mestranda desenvolveu esta competência nas consultas externas da Unidade Hospitalar F, que disponibilizou a oportunidade de prestar cuidados especializados supervisionados, na consulta de MMF, DPN, protocolo I, consulta de referência, de grávidas de baixo risco, no final da gestação, que foram seguidas nos CSP e iriam parir naquela unidade. A consulta de MMF é focada no acompanhamento de gravidez de risco onde existe um maior risco de complicações quer para a mãe quer para o feto, pelo que é realizado um acompanhamento rigoroso e programado de forma a reduzir riscos, detetar e tratar precocemente eventuais distúrbios durante a gestação, encaminhando quando a situação está fora da área de atuação do EEESMO. Já a consulta de DPN é realizada com o objetivo de identificar prontamente pontuais anomalias congénitas no desenvolvimento do embrião ou feto, incluindo um conjunto de procedimentos que podem ser realizados, como a Amniocentese e a Biópsia das Vilosidades coriônicas, exames de diagnóstico que a estudante teve a oportunidade de participar no decorrer do contexto clínico. Quanto às consultas de referência a estudante pode colher dados sobre a história clínica e obstétrica, realizar ensinamentos compatíveis com o período da gestação e avaliar o bem-estar fetal com recurso ao CTG identificando desvios e encaminhando situações que estão para além da área de atuação do EEESMO. Nas consultas externas foi possível desenvolver competências como: informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis durante a gravidez; promover a elaboração do plano de parto, aconselhando e apoiando a mulher na decisão; informar e orientar a grávida e acompanhante sobre sinais e sintomas de risco; identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica realizando a referência das situações que estão para além da área de atuação do EEESMO e se necessário agilizar a transferência da grávida para o internamento ou sala de partos, transmitindo à equipa de destino toda a informação relevante.; monitorizar a gravidez; informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez, cooperar com outros profissionais de saúde no tratamento da mulher com complicações da gravidez.

No SUOG e no internamento de grávidas também foi possível à mestranda prestar cuidados a grávidas em situação de aborto ou gravidez não evolutiva, interrupção médica da gravidez, morte fetal e encaminhar mulheres que solicitem a IVG. Nas situações de abortamento e gravidez não evolutiva destacam-se o aborto espontâneo, o aborto retido, o aborto incompleto e ainda as situações de gravidez ectópica.

O aborto espontâneo é uma situação que se caracteriza pela perda gestacional antes das 20-22 semanas, estimando-se que, em termos globais, 20-30% das gravidezes terminem em aborto (Fernández-Basanta et al., 2020). Por norma a maioria das mulheres com aborto espontâneo recorre ao SUOG com hemorragia e dor abdominal, com menos de 12 semanas, não necessitando de tratamento médico. Porém existem situações de aborto retido em que o produto da concepção subsiste na cavidade uterina sem vitalidade, considerando-se os sintomas pela involução da gravidez confirmada pela ecografia. Nos casos em que o aborto retido acontece no primeiro trimestre por norma o produto da concepção é expulso de forma natural, caso não aconteça pode ser administrado um fármaco (por exemplo misoprostol) para amolecer o colo e facilitar o procedimento ou proceder-se à aspiração manual uterina. Caso o aborto seja tardio, ou seja, após as 12 semanas, a conduta geral é a administração de prostaglandinas (misoprostol, por exemplo) e se necessário proceder-se à realização de curetagem (Filho, 2018). Nas situações em que ocorriam estas situações era prestado apoio emocional à mulher e aconselhado acompanhamento psicológico. Já o aborto incompleto caracteriza-se pela expulsão do produto da concepção ficando retidas estruturas como a placenta ou restos placentários e manifesta-se por hemorragia abundante e dor intensa (Filho, 2018). A gravidez ectópica [GE] define-se como uma gravidez em que o blastocisto se implanta fora da cavidade uterina, alojando-se na maioria dos casos na trompa de Falópio, embora possa ocorrer noutras estruturas (Tavares et al., 2023). A sintomatologia da GE é inespecífica apresentando-se sob a forma de dor abdominal, hemorragia vaginal e outros sintomas semelhantes a apendicite, litíase renal, aborto espontâneo ou trauma (Mullany et al., 2023). A abordagem cirúrgica por norma é o tratamento para a GE, mas quando detetada precocemente pode ser usado o metotrexato, responsável pela inibição da síntese de DNA e reprodução celular (Guimarães et al., 2018). Por norma a GE quando é deteta já se encontra em estado avançado pelo que o tratamento mais usado é a abordagem cirúrgica. Nestas situações em contexto de urgência foi prestado apoio emocional à utente e prestados cuidados para estabilização e bem-estar, até intervenção cirúrgica.

A morte fetal define-se, como feto sem sinais de vida in útero após as 24 semanas de gestação (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists [RCOG], 2010). Este acontecimento inesperado é mais passível de acontecer em gravidezes mal vigiadas, visto as grávidas não receberem ensinamentos adequados. Enquanto mestrandos um dos ensinamentos que fazia questão de reforçar era a diminuição de movimentos fetais sentidos pela grávida. A perceção dos movimentos fetais é um dos primeiros sinais de vida fetal, acontecendo a perceção dos primeiros movimentos fetais entre as 18 e as 20 semanas de gestação, adquirindo o feto um

padrão regular rapidamente, pelo que movimentos fetais reduzidos ou ausentes pode ser um sinal de alerta (RCOG, 2011). Foram várias as mulheres as quais foram prestados cuidados, que se depararam com a morte fetal, mas nunca chegaram a expulsar o feto na presença da aluna. Ainda assim foi administrada medicação necessária à expulsão do feto e prestado apoio emocional. Muitas vezes a dor no processo de perda gestacional é subvalorizada socialmente, pelo que a atuação de uma equipa de saúde qualificada nesse processo gera impacto positivo, auxiliando na construção do processo de luto de forma humanizada (Ferreira et al., 2021)

Vale também referir que a Lei n.º 16/2007 esclarece, que perante o consentimento da mulher, é legal a interrupção da gravidez medicamente assistida, em meio hospitalar oficialmente reconhecido para tal sempre que “houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez” (Diário da República, 2007, p. 2417). Não foram prestados cuidados nesse sentido, por parte da mestranda, pois não houve nenhum caso nos turnos realizados.

Ainda dentro desta competência foram prestados cuidados a grávidas com longos internamentos, por patologias e complicações, contemplando: ameaça de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intrauterino, oligoâmnios, hidrâmnios, hemorragia do 2.º e 3.º trimestre e pré-eclampsia, pelo que foi feita uma reflexão segundo o modelo de Gibbs, que se encontra em vias de ser publicada, de uma mulher com pré-eclampsia grave que levou a uma restrição de crescimento intrauterino e conseqüente morte fetal. Para prestar cuidados diferenciados nestes casos foi necessário aprofundar conhecimentos teóricos sobre as várias patologias obstétricas, tendo a oportunidade de desenvolver competências como: identificar necessidades da mulher família através da elaboração da apreciação de enfermagem; avaliar o bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados; estabelecer relação terapêutica com a mulher; elaborar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. Aquando da alta eram ainda realizados ensinamentos de acordo com a patologia e com vista à promoção de uma gravidez saudável.

No decorrer do ENPRF da Consulta Externa, sob supervisão clínica, a aluna prestou cuidados de enfermagem a 174 mulheres avaliadas com risco gravídico e assistiu em 84 exames pré-natais. No total do ENPRF foram prestados cuidados a 254 grávidas com confirmação de gravidez de risco (Apêndice D)

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

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

Atividades: O início do TP é marcado pela manifestação de uma série de sinais e sintomas que indicam que o corpo está a preparar-se para o nascimento. TP define-se como um conjunto de fenómenos fisiológicos, que conduzam à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão, podendo ser dividido em três estádios diferentes: dilatação, período expulsivo e dequitação (Machado & Graça, 2017). Há ainda autores que defendem que o TP é dividido em quatro estádios sendo eles: primeiro (apagamento e dilatação do colo), segundo (período expulsivo), terceiro (dequitação) e quarto (puerpério imediato). Friedman dividiu ainda a primeira fase do trabalho de parto em fase latente e fase ativa (Hundley et al., 2020). As últimas recomendações da WHO definem que a fase latente é um período caracterizado por contrações dolorosas e variáveis e inclui um grau de apagamento e progressão mais lenta até aos 5 cm de dilatação, enquanto a fase ativa é caracterizada por contrações fortes e dolorosas e uma dilatação cervical mais rápida dos 5cm até à dilatação completa (WHO, 2018a).

Aquando da admissão da grávida no SUOG em TP, em contexto de admissão, a Mestranda fez a receção no serviço, a colheita de dados por meio da anamnese, verificação do processo informático, do BSG, garantindo uma avaliação completa e precisa da situação clínica da utente. Se a grávida se encontrasse em início de TP era realizado CTG para verificação do bem-estar fetal e contratilidade, confirmação de perda líquido amniótico, perda de sangue e percepção de movimentos fetais na admissão; se grávida admitida com queixas dolorosas era avaliada a dilatação do colo uterino, estado das membranas uterinas, percepção dos movimentos fetais e avaliada a necessidade de realização de CTG na admissão ou diretamente na sala de partos. Tendo em conta a realização do estágio da competência descrita em duas unidades distintas, é de referir que no Hospital F a grávida é internada no internamento de grávidas se em fase latente do TP ou com indução marcada, ou transferida para a sala de parto se fase ativa, indo a classificação destas fases ao encontro do preconizado pela WHO (2018a) nas últimas recomendações; já no Hospital P as grávidas com indução marcada ou em TP são internadas diretamente na sala partos, por não existir espaço físico para internamento de grávidas.

Através da comunicação eficaz seguindo as recomendações da WHO (2018a) “Cuidados Intraparto Para Uma Experiência de Parto Positiva”, a mestranda procurou compreender quais as expectativas, as dúvidas e os sentimentos em relação ao parto, de forma a informar a grávida/acompanhante sobre a prestação de cuidados e os procedimentos realizados motivando à participação ativa na tomada de decisão esclarecida naquele que é um momento único e que cada mulher vivencia de maneira diferente. Aqui era também discutido o plano de parto, no caso da grávida apresentar o mesmo, sublinhando a possibilidade de ir adaptando e alterando consoante a evolução do TP e o desejo da mesma no momento.

Para a monitorizar o TP e o bem-estar materno-fetal, a aluna manteve uma vigilância constante do estado geral da grávida, avaliando os sinais vitais e analisando CTG. O CTG é um método não invasivo que monitoriza os batimentos cardio-fetais, a fim de realizar a avaliação da vitalidade do feto e consistindo no registo da frequência cardíaca fetal [FCF], dos movimentos fetais e das contrações uterinas (Oliveira & Sá, 2020). A interpretação do CTG inclui parâmetros como linha de base, variabilidade fetal, acelerações, desacelerações e ritmo cardíaco (Tsipoura et al., 2023). Ao longo do ENPRF foram apreendidas competências na observação e compreensão dos traçados cardiotocográficos utilizando-se como apoio a nomenclatura da FIGO, através do sistema informático *Omniview-SisPorto*[®], garantindo uma avaliação precisa e fundamentada das informações que obtidas nos mesmos. Na presença de grávidas saudáveis era realizada uma monitorização da FCF, de acordo com as últimas recomendações da WHO (2018a). Quando identificados desvios ao padrão normal no CTG, a aluna empenhou-se em identificar a causa e agir em conformidade de acordo com os dados observados, tendo a título de exemplo, a avaliação de sinais vitais maternos, o toque vaginal para perceber a possível existência de prolapso do cordão umbilical ou descida da apresentação fetal; mudança de decúbito materno para melhorar o fluxo uteroplacentário ou encontrar um posicionamento mais adequado para a auscultação cardio-fetal; avaliação da contratilidade uterina e suspensão da perfusão de ocitocina se taquissístolia ou CTG com alterações da FCF aquando da contração uterina. Em algumas situações era necessário proceder a intervenções mais invasivas como, por exemplo, rotura de bolsa amniótica para apreciação das características do líquido amniótico (coloração, cheiro e consistência). O líquido amniótico, por norma, é um líquido claro e transparente composto maioritariamente por água, sais minerais e substâncias orgânicas, constituindo a alteração da cor e do volume, duas situações anómalas, podendo o líquido encontrar-se com mecónio ou sanguinolento, tendo consequências fetais e neonatais bem como riscos maternos (Dohbit et al., 2018). O mecónio encontrado aquando da amniotomia

pode advir de situações patológicas como hipoxia fetal e acidose, sendo alguns dos fatores mais comuns, corioamnionite, trabalho de parto prolongado, idade materna, tabagismo, oligoâmnios, anemia, uso de uterotônicos e perturbações hipertensivas da gravidez (Addisu & Mekie, 2023).

Além da monitorização cardiotocográfica, a vigilância e acompanhamento do trabalho de parto incluíram a realização do exame vaginal de a fim de avaliar os seguintes aspetos: características do colo do útero (posição, consistência, apagamento e dilatação), integridade das membranas amnióticas, características do líquido amniótico, estrutura pélvica e estática fetal (posição, atitude, apresentação e descida da apresentação de acordo com os planos de Lee (Hospital F) e de Hodge (Hospital P). Ainda que a WHO (2018a) recomende que a frequência do toque vaginal seja de 4h/4h, ou mais curtos caso a situação materno-fetal assim o justifique, nem sempre foi possível devido à relutância de alguns profissionais, principalmente da equipa médica que, por vezes, interferia na condução do TP.

Um dos principais receios da mulher grávida prende-se com a dor que pode vir a experienciar durante o TP, variando, o nível de dor sentida, de mulher para mulher, e pode ser influenciada por fatores como medo, ansiedade, cultura, fatores ambientais ou alguma patologia da mulher (Abdullahi, 2024). O EEESMO deve possuir conhecimentos sobre os diversos tipos de medidas de alívio da dor e utilizar estas medidas adequadamente, oferecendo as melhores condições para a grávida expressar as suas sensações físicas sem constrangimentos ou restrições (Ojong et al. 2022; OE, 2015). O tema central do relatório prende-se com uma técnica específica de alívio da dor, pelo que a aluna teve oportunidade de pôr em prática, sempre que as parturientes se mostravam disponíveis, não só o duche quente como MNF de alívio da dor, mas outros métodos como: a utilização da bola de Pilates, a deambulação e uso de posições verticais, a realização de massagem, a aromoterapia, a musicoterapia e exercícios respiratórios. Para além dos MNF de alívio da dor a aluna explicou também e esclareceu a parturiente sobre os métodos farmacológicos de alívio da dor, apoiando a decisão informada e a utilização do método escolhido pela mesma.

No contexto clínico do BP a aluna também expandiu competências práticas na execução da técnica do parto com fetos em apresentação cefálica. Procurou-se sempre respeitar os desejos da grávida para uma experiência de parto positiva tendo como base as recomendações da WHO (2018a), não iniciando esforços expulsivos precipitados, mas sim quando esta sentisse necessidade e incentivar a adotar a posição a qual se sentisse mais confortável, tendo como ponto crucial a comunicação e a relação terapêutica estabelecida com a parturiente/casal/família

de forma a assistir o parto promovendo uma experiência de parto positiva. Foram também desenvolvidas competências de apreciação dos tecidos perineais, a necessidade de episiotomia e a prevenção e redução do trauma perineal através de métodos de proteção perineal como a Manobra de *Ritgen* Modificada (Martínez et al., 2021). Após o parto era avaliado o canal de parto e nos casos de laceração perineal grau I/II e ou necessidade de episiotomia, a aluna procedeu à reparação dos tecidos através de técnicas de sutura, que no decorrer do estágio foi a técnica mais difícil de executar, na perspetiva da mestranda, a qual tentou ultrapassar treinando a técnica após os estágios em material apropriado.

Para além da revisão do canal de parto e integridade dos tecidos, a aluna observou sinais de dequitação sabendo identificá-los, identificou tipo de dequitação, avaliou a placenta e as suas estruturas, o cordão umbilical e identificou, caso houvesse, alterações das estruturas, membranas fragmentadas ou restos placentários retidos. Após a dequitação identificou a formação do Globo de Segurança de *Pinard* e as perdas hemáticas. Também foram efetuadas colheitas do cordão umbilical para tipagem, quando necessário, e para colheita de células estaminais para as grávidas que tivessem adquirido kit.

Após o parto as puérperas eram levadas para recobro, a fim de cumprirem o puerpério imediato com a equipa de bloco de partos, devendo este período, considerado de risco, ser acompanhado por profissionais especializados por estarem mais despertos para alterações fisiológicas e psicológicas prevenindo complicações e oferecendo conforto físico, emocional e ensinamentos de educação para a saúde por forma a arranjar estratégias de adaptação à transição para a maternidade (Strapasson & Nedel, 2010). Neste período as intervenções desenvolvidas pela aluna incidiram: na avaliação cefalo-caudal da puérpera e do estado geral e emocional da mesma, sinais vitais e mamas/mamilos, reavaliação do Globo de Segurança de *Pinard* e tónus uterino, observação da quantidade e características dos lóquios; observação do períneo ou penso cirúrgico, perfusão dos membros inferiores, eliminação e presença de hemorroidal exteriorizado; avaliação do estado geral do RN; promoção do aleitamento materno e auxílio na amamentação, caso a puérpera pretenda-se amamentar; promoção da vinculação da díade/tríade, realização de ensinamentos e esclarecimentos de dúvidas quanto ao puerpério e cuidados perineais e sobre cuidados gerais ao RN e alimentação do mesmo.

Em relação ao RN, foram promovidas medidas de modo a facilitar a adaptação ao meio extrauterino como o contacto pele-a-pele e clampagem tardia do cordão, caso RN nascesse bem adaptado ao meio extrauterino, seguindo as recomendações da WHO (2018a), observação do

estado geral de forma a detetar alterações morfológicas ou desvios de saúde, promovendo a amamentação caso não existissem complicações.

A prestação de cuidados a parturientes e RN de risco concedeu a possibilidade de desenvolver de competências voltadas para a atuação perante as patologias gravídicas e do RN, detetando precocemente desvios ao padrão normal, no parto e puerpério imediato, referenciando as situações que se encontravam para além da área da atuação da aluna.

Em contexto de SUOG foi possível aprimorar o raciocínio clínico, e prestar cuidados especializados a grávidas, que incluíram: avaliação geral da grávida, avaliação de sinais vitais, monitorização cardiotocográfica, aplicação das manobras de Leopold, avaliação do colo uterino e colheitas de sangue e outros produtos biológicos.

A aluna efetivou 204 exames pré-natais, assistiu as grávidas em 50 partos eutócicos, aplicando a técnica da episiotomia em 5 e procedeu à perineorrafia em 40. Participou ativamente em 30 partos distócicos, e num parto eutócico gemelar. Foram vigiadas 44 mulheres em TP com gravidez de risco e prestados cuidados a 15 RN considerados de risco referenciando quando a situação estava para além da área de atuação. Foram ainda prestados cuidados de puerpério imediato a 77 puérperas e prestados cuidados imediatos e vigilância a 77 RN.

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

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

Atividades: O puerpério é a etapa de recuperação física e psicológica materna que se inicia imediatamente a após a dequitação e prolonga-se até 6 semanas ou 42 dias pós-parto (DGS, 2015). Este período pode ser dividido em três fases sendo elas: puerpério imediato (as primeiras duas horas pós-parto), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (termina no final da sexta semana pós-parto) (Nené et al., 2016). Este período caracteriza-se por ser um período onde ocorrem várias mudanças a nível hormonal, emocional, metabólico e pela regressão dos órgãos pélvicos e reprodutores e readaptação do organismo que foi alterado na gravidez (Oliveira et al, 2019). Neste sentido os cuidados pós-natais devem atender às necessidades da mãe e do bebé e devem incidir na prevenção, deteção precoce e tratamento de complicações, realização de ensinamentos sobre amamentação e cuidados gerais ao RN (Said et al.,

2021). A WHO afirma que os cuidados pós-natais são um componente essencial da continuidade de cuidados maternos, neonatais e infantis e que uma experiência pós-natal positiva é definida como aquela em que mães, recém-nascidos, pais e famílias recebem informações, suporte e segurança, de forma constante, de profissionais motivados, num sistema de saúde flexível, que reconheça as carências das mães e bebês e respeite o seu contexto cultural (WHO, 2022b).

Após o puerpério imediato a equipa do puerpério era contactada para ir buscar a puérpera e o RN, sendo feito, depois, o acolhimento de ambos no serviço de obstetrícia. Mãe e bebé permaneciam juntos em regime de alojamento conjunto cerca de 48h, nos casos dos partos vaginais, a 72h no caso de cesarianas, ou um tempo mais prolongado na eventualidade da ocorrência de complicações. O alojamento conjunto promove a interação entre mãe e filho, permitindo que o RN saudável permaneça com a mãe 24h por dia, visando o cuidado e a identificação de situações de risco, possibilita promoção do aleitamento materno, o comprometimento dos pais, uma prestação de cuidados mais humanizada e a redução da mortalidade infantil (Miranda et al., 2023).

Depois da receção e acolhimento da díade no serviço a mestranda realizava a avaliação cefalo-caudal da puérpera e fazia a anamnese de modo a conhecer os focos de atenção e personalizar o plano de cuidados, procurando saber sobre a alimentação do RN. Assim, no que respeita à vigilância da puérpera a aluna procedeu à avaliação de diversos parâmetros, entre eles: monitorização de sinais vitais, observação do estado geral, estado emocional, observação das mamas e mamilos, tónus e involução uterina, quantidade e características dos lóquios, no caso de cesarianas era avaliada a integridade do penso bem como presença de exsudado ou sangue e caso fosse dia de refazer penso era avaliada a ferida cirúrgica, períneo, hemorroidas, perfusão e presença de edemas no membros inferiores, eliminação, pilares familiares e sociais, adaptação à transição para a maternidade e vinculação da díade. Quanto ao estado de saúde do RN era avaliado: estado geral, pele e mucosas, respiração, alimentação, coto umbilical e eliminação.

Para além da vigilância e monitorização da díade o EEESMO é responsável pela realização de ensinamentos de educação para a saúde pelo que é importante determinar quais os ensinamentos mais relevantes com base nas necessidades identificadas pelas mulheres uma vez que o tempo de hospitalização é curto e muitas vezes os ensinamentos realizados não são retidos pelas mães e são mais do que o necessário, incidindo os ensinamentos mais importantes na recuperação pós-parto da mãe, na alimentação do bebé, no vínculo, na parentalidade e nos cuidados ao RN (McCarter et

al., 2022). Posto isto os ensinamentos realizados incidiam nas necessidades e dúvidas da mulher/casal/família, incluindo nos ensinamentos, sempre que houve oportunidade, a pessoa significativa sendo eles: alterações físicas e psicológicas coniventes com o período puerperal, contração, início da atividade sexual, da atividade física, cuidados de higiene do períneo ou cuidados com penso operatório, sinais de ingurgitamento mamário, perdas de sangue aumentadas, ou com cheiro fétido, temperatura aumentada, consulta de revisão do puerpério, cuidados gerais ao RN (higiene, tratamento do coto umbilical, sinais de alerta e consultas de vigilância) e amamentação (sinais de pega correta e transferência de leite, diferença entre sucções nutritivas e não nutritivas, extração manual de leite materno, posições de amamentação, aplicação de colostro após mamadas, sinais de transição mamária e cuidados em caso de ingurgitamento mamário, cuidados com os mamilos em caso de fissurados, vantagens do aleitamento materno). Quando encontradas situações de patologia materna e/ou neonatal, intercorrências no momento do parto, hemorragia no pós-parto, os ensinamentos eram focados tendo em conta as circunstâncias médicas, e caso fosse necessário a situação era referenciada para outros profissionais de saúde.

No dia da alta eram realizados ensinamentos ao abrigo do Programa Alta Segura, da APSI, à puérpera e pessoa significativa sobre a posição do RN na cadeira de transporte, colocação da cadeira de transporte no automóvel e prevenção de acidentes. Eram ainda reforçados ensinamentos cuidados gerais e prevenção de acidentes no domicílio. Neste momento eram ainda entregues panfletos com os ensinamentos efetuados e disponibilizado o contacto do cantinho da amamentação caso a puérpera necessite de apoio. O aleitamento materno para além de alimentar o bebé promove a vinculação da díade, diminui o risco de hemorragia, patologia depressiva bem como o cancro da mama e do ovário (DGS, 2015). De forma a dar continuidade à amamentação o enfermeiro responsável pelo cantinho da amamentação contactava telefonicamente todas as puérperas que tivessem parido naquela unidade, dentro do puerpério precoce, e caso fosse necessário eram encaminhadas para consultas de amamentação a fim de esclarecer dúvidas e otimizar a amamentação, que apesar de fisiológico para muitas mulheres é um processo difícil e doloroso. A aluna tinha formação na área, sendo conselheira de amamentação certificada, pelo que foi uma mais-valia na ajuda à amamentação em contexto de internamento.

No decorrer deste ensino clínico a mestrande deparou-se com uma puérpera com trauma perineal grau IV pelo que sentiu necessidade de elaborar um estudo de caso (Apêndice C), que se encontra em vias de ser publicado, sobre o tema com o objetivo de aprofundar conhecimentos, melhorar a prática clínica de forma a prestar cuidados mais individualizados

nestes casos e desenvolver um plano de cuidados adequado à paciente com trauma perineal desta dimensão. Foi por isso necessário articular com a medicina física e de reabilitação para posterior reabilitação do pavimento pélvico bem como adequar a dieta para que a mulher não tivesse dificuldade a evacuar.

No contexto de neonatologia, a estudante realizou um curto estágio de observação, em que a estudante teve oportunidade de acompanhar os cuidados oferecidos aos RN de risco internados na unidade, de entre eles RN com: necessidade de fototerapia, síndrome de abstinência, cuidados por prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória ligeiro, com infecção neonatal a cumprir antibioterapia prescrita, entre outros. Foi bastante importante este momento de aprendizagem para perceber quais as reais necessidades dos RN que carecem de cuidados mais especializados e a importância do envolvimento dos pais nesses cuidados. Foi igualmente importante oferecer apoio e escuta ativa a estes pais que viam o filho em situação de hospitalização por necessidade de cuidados acrescidos.

No contexto clínico abordado, a mestranda desenvolveu atividades que permitiram a melhoria de aprofundamento desta competência, tais como: realização do exame físico da puérpera e do RN; orientar a mãe/casal sobre sinais e sintomas de preocupação com RN; capacitar o casal para a prestação de cuidados ao RN; auxílio na amamentação; promoção do aleitamento materno; identificação de complicações pós-parto; referenciação e encaminhamento de mulheres/casais com desvios e dificuldades na adaptação à parentalidade; empoderamento para a adaptação ao puerpério; prestação de cuidados a puérperas e RN com patologia associada.

Neste campo de estágio a aluna prestou cuidados a 62 puérperas saudáveis, 2 grávidas de risco, 60 recém-nascidos saudáveis e 15 recém-nascidos considerados de risco. Como o espaço físico do Hospital P não comporta internamento de grávidas, estas ficavam em vigilância no internamento de obstetrícia, pelo que neste contexto foram ainda prestados cuidados a 9 grávidas consideradas de risco.

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

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

Atividades: O climatério é período da vida da mulher compreendido entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva, no qual ocorre uma redução progressiva da função ovárica, associada a uma complexa junção de sinais e sintomas, compreendendo três fases: pré, peri e pós-menopausa (SPG, 2021). Já a menopausa é definida pelo término da menstruação influenciada pela perda imediata da função folicular dos ovários e é diagnosticada após um ano de amenorreia sem outra causa identificada (Belešová et al., 2022; SPG, 2021).

Durante este período as mulheres vivenciam mudanças físicas, emocionais e sociais, induzidas por modificações na estrutura e função ovárica, que resulta na diminuição da produção de estrogénios, sendo os principais sintomas alterações vasomotoras, alterações psicológicas, sexuais e urogenitais, distúrbios do sono, dores de cabeça além de sentimentos de perda da feminilidade, podendo todos estes sintomas afetar a qualidade de vida da mulher (Herson & Kulkarni, 2022; Melo & Costa, 2018). Cada mulher vivencia estes períodos de maneira diferente apesar de experimentarem sintomas semelhantes, podendo ser influenciadas por fatores culturais, sociais, conhecimento sobre o tema e tipo de menopausa (natural ou cirúrgica) (Namazi et al., 2019).

No decorrer do estágio em contexto de SUOG/Admissão, tanto no Hospital F como no P, foi possível contactar com mulheres que se encontravam a viver esta fase da vida, percebendo a desinformação existente sobre estes períodos da saúde reprodutiva da mulher. Neste sentido a aluna tentou capacitar e empoderar a mulher com informação sobre a sua saúde sexual e reprodutiva, informando sobre as possíveis alterações anatómicas, físicas e psicológicas próprias deste período, realizando ensinamentos de forma a mulher conseguir lidar com essas alterações. Observou-se que os principais fatores que motivam a vinda ao SUOG/Admissão foram: secura vaginal, disúria, infeções de repetição, ardor e irritação vaginal, metrorragias e dispareunia.

Considerando esta fase, foi possível desenvolver competências específicas de EEESMO através das seguintes intervenções: promover a saúde da mulher apoiando o processo de transição; identificar alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério referenciando as situações que estão para além da sua atuação.

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

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

Atividades: Durante o estágio no SUOG/Admissão e Consulta Externa, foi permitido contactar com mulheres que apresentavam diferentes afeções e patologias ginecológicas incluindo: miomas uterinos, prolapso uterino, metrorragias, infeções vaginais, gravidez ectópica, suspeita ou confirmação de endometriose, mastite e doença inflamatória pélvica. A colaboração com outros profissionais de saúde, em particular, com a equipa médica, foi crucial para a execução de exames vaginais como a colocação do espelho para visualização do canal vaginal e colo do útero, ecografia vaginal, colheita de exsudado vaginal e tecido biológico. A colocação de pessário, pela EEESMO, devido a prolapso uterino, foi observada no contexto da consulta externa de uroginecologia, tendo sido importante para aluna auxiliar e prestar cuidados a pacientes nestas situações.

Foram também prestados cuidados destinados à estabilização e conforto da utente, como a avaliação de parâmetros vitais, administração de medicação, principalmente medicação analgésica, soroterapia e transferência da utente para o serviço de internamento de Ginecologia. Uma das prioridades nos ensinamentos a mulheres com patologia ginecológica, foi alertar para a importância da vigilância da saúde ginecológica bem como a deteção de sinais e sintomas que possam ser importantes na deteção de alterações à sua saúde.

Ao longo do ENPRF foram prestados cuidados a 14 mulheres com afeções ginecológicas.

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

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

Atividades: A promoção da saúde é um processo de colaboração que envolve o doente, os profissionais de saúde e a sociedade (Alissa & Alwargash, 2024). A OE defende que os cuidados especializados em ESMO, centram-se na promoção de saúde e de transições saudáveis no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, tendo como foco de atenção a Mulher sendo esta entendida numa perspetiva individual (OE, 2021). É ainda importante que a promoção da saúde e os ensinamentos de educação para a saúde assentem em diretrizes atuais apoiadas por dados sólidos (Alissa & Alwargash, 2024).

Durante o ENPRF trabalhou-se com vista à promoção de gravidezes idealizadas e saudáveis, vivências positivas da sexualidade e saúde reprodutiva, envolvendo não só a mulher, mas o casal/família na tomada de decisão, apoiando a transição para a maternidade, encaminhando situações que estavam fora da nossa área de atuação, mostrando todos os recursos disponíveis na comunidade que possam apoiar a Mulher ao longo de todo o ciclo reprodutivo.

Na prática clínica, os serviços que focaram maior atenção foram, a Consulta Externa, Internamento de Puerpério e SUOG/Admissão conseguindo incidir-se em intervenções de educação para a saúde a mulheres/casais que se encontravam em idade fértil. Com vista à promoção da saúde, foram realizados ensinamentos acerca da adoção de comportamentos saudáveis ao longo da vivência sexual e reprodutiva e esclarecidas dúvidas sobre diversas temáticas. Tendo em conta a multiculturalidade e etnicidade vivida na região onde foi realizado o ENPRF, foi necessário adaptar a prática e os ensinamentos realizados às crenças e valores da mulher/casal/família, muitas vezes com a dificuldade da barreira linguística, tentando que estes compreendessem a informação transmitida, ficando totalmente esclarecidos, através de várias técnicas e também com recurso a tecnologias.

O EEESMO, desempenha um papel fundamental no ciclo reprodutivo e sexual da mulher, oferecendo cuidados no decorrer da vida reprodutiva, atuando a nível da promoção da saúde, educação, prevenção, acompanhamento e prestação de cuidados em situações relacionadas com esta questão, garantindo cuidados de saúde de qualidade à mulher, bebé e família, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e para o bem-estar das famílias e da comunidade onde estão inseridas. Durante a gestação a intervenção deste profissional de saúde, assenta muito na promoção da saúde da grávida e bebé, cooperando em diversas ações preventivas, educativas e intervenção precoce, fundamentando uma prática contínua que visa não só o bem-estar físico, mas também o psicológico e social, contribuindo para uma gestação saudável, um parto seguro e uma recuperação pós-parto adequada. Esta prática tem impacto na redução de complicações durante a gestação, parto e pós-parto, além de contribuir para a autonomia da grávida ajudando-a a perceber o seu corpo, reduzindo intervenções desnecessárias e melhorando os ganhos em saúde tanto para a mãe como para o bebé.

A formação constante na disciplina de Enfermagem é um alicerce essencial para que os profissionais estejam sempre atualizados de forma a oferecer cuidados de alta qualidade, baseado em evidência científica, atendendo às necessidades dos pacientes fortalecendo a prática

profissional, oferecendo cuidados mais seguros, eficientes e humanizados, sustentando, também, o crescimento pessoal e profissional do Enfermeiro. Assim o EEESMO tem condições de interrogar as suas aprendizagens e perspetivas, e também adquirir novos alicerces teóricos e adotar novas condutas. A formação do EEESMO é um processo rigoroso e abrangente que envolve não apenas a aquisição de conhecimentos teóricos, mas também a prática clínica em diversos contextos clínicos. A formação contínua e a atualização são partes fundamentais desse processo, garantindo que o EEESMO esteja apto a lidar com os desafios e avanços na área da saúde materna.

O ambiente vivido nesta área por vezes é complexo tendo a aluna de gerir várias situações pondo constantemente os profissionais à prova. O papel dos diferentes enfermeiros supervisores teve um grande impacto, tendo sido, fundamentais para a aquisição das competências anteriormente descritas e no desenvolvimento da relação teórico-prática.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O vigente relatório foi redigido com base no caminho de aprendizagem e processo formativo traçado pela mestranda, e aprofundado no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. A aluna descreveu de forma crítica e reflexiva o processo de aquisição de competências relacionadas com o exercício profissional do EEESMO ao decurso do Estágio de Natureza Profissional, detalhando as atividades realizadas e o tema escolhido para aprofundar conhecimentos “Hidroterapia como Método Não Farmacológico no Alívio da Dor na Fase Latente do Trabalho de Parto”. O relatório final representa a etapa que conclui o processo formativo, de um ciclo complexo, mas de incessante aprendizagem e partilha de experiências, onde foram consumadas todas as chances e situações, mobilizando todos os recursos disponíveis a fim de promover o desenvolvimento pessoal e profissional atuando com base nas melhores práticas e mais recente evidência científica.

O Estágio de Natureza Profissional, permitiu, nos distintos campos de estágio, a prestação de cuidados especializados à mulher/casal/família e RN, considerando como ponto de partida, as competências comuns e específicas do EEESMO, facultando oportunidades de aprendizagem e aplicação de conhecimentos teóricos e práticos, e também da cimentação e aperfeiçoamento de técnicas humanas e científicas.

Com a realização deste relatório verificou-se que embora haja alguns estudos dirigidos aos MNF, e em particular à hidroterapia sob a forma de duche, com benefícios comprovados, a adoção deste método pelas unidades ainda é limitada, devido à falta de recursos humanos e por vezes também devido às infraestruturas, como por exemplo no Hospital P, em que o duche fica deslocado das salas de parto, não sendo, portanto, incentivado, considerando ser necessário investir em infraestruturas e na formação contínua dos profissionais de saúde para que possam promover e facilitar a utilização destes recursos de forma segura e eficaz. Perante estes desafios as recomendações de melhoria assentam na criação de políticas que incentivem a formação contínua dos EEESMO e o desenvolvimento de práticas baseadas em evidência científica, além de se orientar o foco, cada vez mais, para o parto humanizado. Os EEESMO desempenham um papel crucial na mudança de paradigma do modelo biomédico para o modelo holístico centrado na individualidade de cada mulher, implementando melhorias contínuas, promovendo o

empoderamento da mulher/casal/família oferecendo cuidados centrados nas suas necessidades físicas e emocionais, refletindo o compromisso na qualidade dos cuidados prestados em saúde materna, proporcionando segurança, conforto, bem-estar e escuta ativa.

Não foi um percurso fácil, em termos físicos e emocionais, devido à elevada carga horária entre a vida profissional e estágio, tornando-se um desafio ainda maior a conciliação com vida pessoal, dificuldades essas que conseguiram ser ultrapassadas com dedicação, proatividade e postura humilde, sem esquecer o apoio crucial da família, dos colegas do Curso de Mestrado e dos supervisores clínicos que sempre se mostraram compreensivos.

Com o finalizar deste percurso, é possível reconhecer a importância que o EEESMO tem na vida da mulher/casal/família, sendo considerado o profissional de saúde que estabelece o contacto mais próximo com a parturiente criando uma relação com base na confiança, respeito e empatia permitindo que a mulher se sinta acolhida e compreendida podendo exprimir os seus desejos e assim contribuir para uma experiência de parto positiva.

Considera-se que o processo formativo durante este percurso revelou-se uma experiência enriquecedora e desafiante, tendo contribuído para o desenvolvimento pessoal e profissional, da mestranda bem como para a sua atuação como futura EEESMO, impulsionando a capacitação e autonomia ao longo dos cuidados prestados, atingindo os objetivos propostos, tendo noção da responsabilidade e importância da especialização nesta área e a certeza de continuar a apostar na formação contínua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdullahi, H. S. (2024). Assessment of Pain Management in Labour and Midwives Perspectives in Hospital Used Damaturu Yobe State. *African Journal of Health, Nursing and Midwifery*, 7(2), 249–259. <https://doi.org/10.52589/AJHNM-MSBFSDKB>
- 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), 7258485. <https://doi.org/10.1155/2021/7258485>
- Addisu, D., & Mekie, M. (2023). Adverse Maternal and Perinatal Outcomes of Meconium-Stained Amniotic Fluid in Term Labor at Hospitals in South Gondar Zone, Northwest Ethiopia: A Prospective Cohort Study. *BioMed Research International*, 2023(1), 8725161. <https://doi.org/10.1155/2023/8725161>
- Aldrighi, J. D., da Silva Ribeiro, S., Chemim, A. K., Wall, M. L., Zuge, S. S., & Piler, A. A. (2021). Ocorrência de complicações no período gestacional em mulheres com idade materna avançada. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.43083>
- Alissa, N. A., & Alwargash, M. (2024). Awareness and Attitudes toward Health Education and Promotion among Physicians and Nurses: Implications for Primary Health Care. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61(1-10). <https://doi.org/10.1177/00469580241248127>
- AlKhunaizi, A. N., Al-Otaibi, A. G., Alharbi, M. F., & Bahari, G. (2024). Exploring Healthcare Providers' and Women's Perspectives of Labor Companionship during Childbirth: An Interpretative Phenomenological Analysis Study. *Healthcare*, 12(9), 869. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090869>
- Alquwez, N. (2020). Examining the influence of workplace incivility on nurses' patient safety competence. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(3), 292–300. <https://doi.org/10.1111/jnu.12553>

- Altshuler, A. L., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P. D., & Freedman, L. R. (2021). “Going through it together”: Being accompanied by loved ones during birth and abortion. *Social Science & Medicine*, 284, 114234. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114234>
- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice, Watterberg, K. L., Aucott, S., Benitz, W. E., Cummings, J. J., Eichenwald, E. C., Goldsmith, J., Poindexter, B. B., & Puopolo, K. (2015). The apgar score. *Pediatrics*, 136(4), 819–822. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2651>
- APA. (2020). Publication Manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style (7th ed). *American Psychological Association*.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- APSI. (2022). *Alta Segura*. <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/campanhas-e-acoas/noticias/27-alta-segura-transporte-do-recem-nascido-desde-o-1-dia-de-vida>
- Aydogdu, A. L. F. (2023). Fatores que motivam os enfermeiros no exercício da profissão: Pesquisa qualitativa. *Journal of Nursing and Health*, 13(3). <https://doi.org/10.15210/jonah.v13i3.24325>
- Azevedo, E. B., Mendes, F. S., Teixeira, M. M., Freitas, P. L. S., & Cardoso, P. O. B. (2018). Período puerperal e atuação do enfermeiro: Uma revisão integrativa. *Ensaios e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*, 22(3), 157–165. <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2018v22n3p157-165>
- Barbosa, J. M., Salazar, N. P., & de Souza, A. L. D. M. (2023). Perspectiva de enfermeiras obstetras: Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 12(1). <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.6460>
- Belešová, R., Tóthová, V., & Nagórska, M. (2022). *Factors affecting the quality of life and health status of Czech women during the transition from reproductive to post-reproductive life*. KONTAKT-Journal of Nursing & Social Sciences related to Health & Illness, 24(4). <http://doi.org/10.32725/kont.2022.025>
- Bernardes, J. (2023). Computerized analysis of cardiocograms in clinical practice and the SisPorto® system thirty-two years after: Technological, physiopathological and clinical studies. *Journal of Perinatal Medicine*, 51(1), 145–160. <https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0406>

- Bilenler, Z. K., & Ates, S. (2024). Investigating the relationship between individualized care, patient satisfaction and trust in nurses through structural equation modelling. *International Journal of Nursing Practice*, 30(6), e13286. <https://doi.org/10.1111/ijn.13286>
- Briggs, J. (2014) *JBI Levels of Evidence*. Joanna Briggs Institute. p.1-5. 2013 https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Burns, E., Feeley, C., Hall, P. J., & Vanderlaan, J. (2022). Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. *BMJ Open*, 12(7), e056517. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056517>
- Castiglioni, C. M., Cremonese, L., Prates, L. A., Schimith, M. D., Sehnem, G. D., & Wilhelm, L. A. (2020). Práticas de cuidado no puerpério desenvolvidas por enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10(50). <https://doi.org/10.5902/2179769237087>
- Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., & Osório, M. (2019). Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*. <http://hdl.handle.net/10400.26/31971>
- Carvalho, M. C. de M. P., de Paula, C. L., Queiroz, A. B. A., Viana, R. B., & Ferreira, H. C. (2018). Presença masculina no planejamento familiar: Experiências e propostas de intervenções: Men's presence in family planning: Experiences and intervention proposals. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 85(23). <https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.85-n.23-art.252>
- Casteleiro, A., Paz-Zulueta, M., Parás-Bravo, P., Ruiz-Azcona, L., & Santibañez, M. (2019). Association between advanced maternal age and maternal and neonatal morbidity: A cross-sectional study on a Spanish population. *PLOS One*, 14(11), e0225074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225074>
- Cavalcanti, A. C. V., Henrique, A. J., Brasil, C. M., Gabrielloni, M. C., & Barbieri, M. (2019). Terapias complementares no trabalho de parto: Ensaio clínico randomizado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20190026. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>

- Chandebois, L., Nogue, E., Bouschbacher, C., Durand, S., Masson, F., Mesnage, R., Nagot, N., & Cambonie, G. (2021). Dissemination of newborn behavior observation skills after Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) implementation. *Nursing Open*, 8(6), 3547–3557. <https://doi.org/10.1002/nop2.904>
- Chang, C.-Y., Gau, M.-L., Huang, C.-J., & Cheng, H. (2022). *Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis*. PLOS ONE, 17(1), e0261493. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261493>
- Chura, M. Y. F., & Caballero, E. J. R. (2023). Estrés parental y percepción del cuidado parental de enfermería en neonatología. *Pensamiento Americano*, 16(32), 1-19. <https://doi.org/10.21803/penamer.16.32.525>
- Coutinho, E., Domingos, A. R., Reis, A., & Parreira, V. (2022). Ser Enfermeiro Obstetra e Mediador Intercultural na interação com mulheres grávidas migrantes. *New Trends in Qualitative Research*, 13, e731. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e731>
- Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Droszol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief—Establishment of Effectiveness and Comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2792. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122792>
- Deodato, S. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. <http://hdl.handle.net/10400.14/40271>
- DGS. (2008). Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar. *Direção-Geral da Saúde – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- DGS. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. *Lisboa: Direção-Geral da Saúde*
- DGS. (2022). Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez. *Direção-Geral da Saúde*. https://www.spdc.pt/images/Relatorio_de_IG_2022_2.pdf
- DGS. (2023). Norma DGS: Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. 27 de janeiro de 2023. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf

- DGS. (2024). Direção-Geral da Saúde divulga orientação para pesquisa de DNA fetal para rastreio de trissomias. <https://www.insa.min-saude.pt/direcao-geral-da-saude-divulga-orientacao-para-pesquisa-de-dna-fetal-para-rastreio-de-trissomias/>
- Diário da República. (2007). Interrupção da Gravidez. *Diário da República Lei nº 16/2007*.
- Dias, R. A., de Faria Cardoso, C., Ghimouz, R., Nono, D. A., Silva Jr, J. A., Acuna, J., Baltatu, O. C., & Campos, L. A. (2023). Quantitative cardiac autonomic outcomes of hydrotherapy in women during the first stage of labor. *Frontiers in Medicine*, 9, 2868. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.987636>
- Doetsch, J., Almendra, R., Carrapatoso, M., Teixeira, C., & Barros, H. (2021). Equitable migrant-friendly perinatal healthcare access and quality in public maternity units in Portugal. *European Journal of Public Health*, 31(5), 951–957. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab125>
- Dohbit, J. S., Mah, E. M., Essiben, F., Nzene, E. M., Meka, E. U., Foumane, P., Tochie, J. N., Kadia, B. M., Elong, F. A., & Nana, P. N. (2018). Maternal and Fetal Outcomes Following Labour at Term in Singleton Pregnancies with Meconium-Stained Amniotic Fluid: A Prospective Cohort Study. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 8(9), 790–802. <https://doi.org/10.4236/ojog.2018.89082>
- Dondé, J. P., Soncini, T. C. B., & Nunes, R. D. (2020). Fatores Associados ao Baixo Índice de Apgar no Quinto Minuto de Vida em Recém-Nascidos. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 49(3), 69–80. <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/760>
- Elgzar, W. T., Alshahrani, M. S., & Ibrahim, H. A. (2024). Non-pharmacological labor pain relive methods: Utilization and associated factors among midwives and maternity nurses in Najran, Saudi Arabia. *Reproductive Health*, 21(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01737-2>
- Ergin, A., Aşci, Ö., Bal, M. D., Öztürk, G. G., & Karacam, Z. (2024). The use of hydrotherapy in the first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1), e13192. <https://doi.org/10.1111/ijn.13192>
- Falavina, L. P., Oliveira, R. R. de, Melo, E. C., Varela, P. L. R., & Mathias, T. A. de F. (2018). Hospitalização durante a gravidez segundo financiamento do parto: Um estudo de base populacional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03317. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017032403317>

- Farnham, T. (2020). Reviewing pain management options for patients in active labor. *Nursing* 2020, 50(6), 24–30. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000662352.97953.cd>
- Fernández-Basanta, S., Movilla-Fernández, M.-J., Coronado, C., Llorente-García, H., & Bondas, T. (2020). Involuntary Pregnancy Loss and Nursing Care: A Meta-Ethnography. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1486. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051486>
- Ferreira, R. de S. A., da Silva, M. K. S., Jorge, H. M. F., Pereira, L. C., & Rocha, G. S. T. (2021). Assistência dos Profissionais de Saúde em Situação de Perda Gestacional: Revisão Integrativa. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 25(1). <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762-20210057>
- Feyisa, G. T., Marami, S. N., Dinagde, D. D., & Dibaba, B. (2024). Comparative Study of Neonatal Hypothermia and its Associated Factors Among Neonates in Rural and, Urban of Shebadino Woreda, Sidama Region, South Ethiopia: A Community-Based Comparative Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19504-8>
- Filho, O.B.M. (2018). Aborto: Classificação, diagnóstico e conduta. *São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)*, 21.
- Frias, A., Caldeira, E., Moreira, J., Nogueira, M. J., & Mendonça, S. (2023). *Normas para realização de Trabalhos Acadêmicos e Científicos Escritos* (1a).
- Frias, A., & Franco, V. (2008). A Preparação Psicoprofiláctica Para o Parto e o Nascimento do Bebê: Estudo Comparativo. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 47-52.
- Frick, A. P. (2021). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. *Best practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 70, 92–100. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.07.005>
- Gandolfi, R., Romagnoli, F., Gomes, M. F. P., Reticena, K.O., Santos, M.S., Damini, A. V. & Maria, N. (2019). Mudanças Na Vida e no Corpo da Mulher Durante a Gravidez. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 27(1), 126-131. https://20190607_200629.pdf

- Gauza, M. D. M., Neumann, D. A., Silva, R. R. E., Oliveira, L. C., Vaichulonis, C. G., & Silva, J. C. (2021). Desfechos Adversos Perinatais Relacionados com a Idade Materna Avançada. *Arquivos Catarinenses De Medicina*, 50(4), 52–61. <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/881>
- Gerchow, L., Burka, L. R., Miner, S., & Squires, A. (2021). *Language barriers between nurses and patients: A scoping review*. *Patient education and counseling*, 104(3), 534–553. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.017>
- Girault, A., Blondel, B., Goffinet, F., & Le Ray, C. (2021). Contemporary duration of spontaneous labor and association with maternal characteristics: A French national population-based study. *Birth*, 48(1), 86–95. <https://doi.org/10.1111/birt.12518>
- Guimarães, B.C.S., Rocha, K.N.S., Borges, R., Pereira, L.C., Martinez, L.T.N., & Diniz, R.C.F. (2018). Metotrexato na Gravidez Ectópica. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 24(2), 90-93. https://20181006_152348.pdf
- Hashemi, S., Karimi, L., Moradian, S. T., Ebadi, A., Vahedian-Azimi, A., & Mokhtari-Nouri, J. (2023). Identifying Structure, Process and Outcome Factors of the Clinical Specialist Nurse: A scoping Review Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(1), 1–9. https://10.4103/ijnmr.ijnmr_297_21
- Heim, M. A., & Makuch, M. Y. (2022). Pregnant women’s knowledge of non-pharmacological techniques for pain relief during childbirth. *European journal of midwifery*, 6(2), 1-6. <https://doi.org/10.18332/ejm/145235>
- Herson, M., & Kulkarni, J. (2022). Hormonal Agents For the Treatment of Depression Associated with the Menopause. *Drugs & Aging*, 39(8), 607–618. <https://doi.org/10.1007/s40266-022-00962-x>
- Hundley, V., Downe, S., & Buckley, S. J. (2020). *The initiation of labour at term gestation: Physiology and practice implications*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 4–18. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.006>
- Ingram, M. A., Brady, S., & Peacock, A. S. (2022). The barriers to offering non-pharmacological pain management as an initial option for laboring women: A review of the literature. *European Journal of Midwifery*, 6(6), 1-12. <https://doi.org/10.18332/ejm/149244>

- INE. (2023). *Estatísticas Demográficas—2022*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=280978178&PUBLICACOESmodo=2
- INE. (2024a). *População Residente no Algarve*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0000256&selTab=tab0
- INE. (2024b). *População Estrangeira com Estatuto Legal de Residente em Portugal*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0012903&selTab=tab0
- Khekade, H., Potdukhe, A., Taksande, A. B., Wanjari, M. B., & Yelne, S. (2023). Preconception Care: A Strategic Intervention for the Prevention of Neonatal and Birth Disorders. *Cureus*, *15*(6). <https://10.7759/cureus.41141>
- Klein, B. E., & Gouveia, H. G. (2022). Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *Cogitare Enfermagem*, *27*(9), e80300. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300>
- Kreienbühl, J., Rüegg, L., Balsyte, D., Vonzun, L., & Ochsenbein-Kölblle, N. (2024). Duration of labor in consecutive deliveries: A retrospective data analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *310*, 469–476. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07554-7>
- Krukowski, R. A., Jacobson, L. T., John, J., Kinser, P., Campbell, K., Ledoux, T., Gavin, K. L., Chiu, C.-Y., Wang, J., & Kruper, A. (2022). Correlates of early prenatal care access among US women: Data from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS). *Maternal and Child Health Journal*, *26*(2), 328–341. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03232-1>
- Lam, K., Leung, M. K., & Irwin, M. G. (2020). Labour analgesia: Update and literature review. *Hong Kong Medical Journal*, *26*(5), 413-420. <https://doi.org/10.12809/hkmj208632>
- Lopes, M., & Silva, T. (2021). As expectativas do casal grávido sobre o trabalho de parto. *Pensar Enfermagem*, *25*(2), 4–19. <https://10.56732/pensarenf.v25i2.182>

- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & 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. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Machado, M. H., & Graça, L. M. (2017). Trabalho de Parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5. ed., pp. 220-228). Lidel.
- Machado, R. S. (2024). Migração em Portugal e na Europa: Determinantes e Impacto na Saúde. *LEIASS - Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde*, 300-313.
- Maddady, S. M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Shafaei, F. S., & Mirghafourvand, M. (2018). Comparing the Effects of Hot Shower and Intravenous Injection of Hyoscine on the Pain Intensity and Duration of Active Phase of Labour in Nulliparous Women. *Journal of Clinical and Diagnostic Reserarch*, 12(8). <https://10.7860/JCDR/2018/35508.11950>
- Maffei, M. C. V., Zani, A. V., Bernardy, C. C. F., Sodr e, T. M., & Pinto, K. R. T. F. (2021). Uso de métodos n o farmacológicos durante o trabalho de parto. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245001>
- Martínez, E. M. L., S aez, Z. A., Sánchez, E. H.,  vila, M. C., Conesa, E. M., & Ferrer, M. B. C. (2021). Perineal protection methods: Knowledge and use. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e20200193. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0193>
- Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). Conforto: Contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 27, e85214. <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Mazzetto, F. M. C., Mattos, T. B. de, Siqueira, F. P. C., & Ferreira, M. (2022). Presença do acompanhante na perspectiva da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 16, 1–16. <https://10.5205/19818963.2022.252582>
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., Kaasen, A., Simango, M., & Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students’ experiences and

- perception of their clinical learning environment in Malawi: A mixed-method study. *BMC Nursing*, 19, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00480-4>
- Mellado-García, E., Díaz-Rodríguez, L., Cortés-Martín, J., Sánchez-García, J. C., Piqueras-Sola, B., Macías, J. C. H., Rivas Ruiz, F., & Rodríguez-Blanke, R. (2024). Comparative Analysis of Therapeutic Showers and Bathtubs for Pain Management and Labor Outcomes—A Retrospective Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, 13(12), 3517. <https://doi.org/10.3390/jcm13123517>
- Mellado-Garcia, E., Díaz-Rodríguez, L., Cortes-Martin, J., Sanchez-Garcia, J. C., Piqueras-Sola, B., Higuero Macías, J. C., & Rodríguez-Blanke, R. (2024). Systematic Reviews and Synthesis without Meta-Analysis on Hydrotherapy for Pain Control in Labor. *Healthcare*, 12(3), 373. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030373>
- Mallen-Perez, L., Roé-Justiniano, M. T., Ochoa, N. C., Colomat, A. F., Palacio, M., & Terré-Rull, C. (2018). Use of hydrotherapy during labour: Assessment of pain, use of analgesia and neonatal safety. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 28(5), 309–315. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.004>
- Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D., Negreiros, F. dos S., Santos, J. D. M., Moura, M. Á. P., Gouveia, M. T. de O., & Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), 350–357. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>
- Matabane, S. E., Musie, M. R., & Mulaudzi, M. F. (2023). Childbirth Preparation: Knowledge of the Use of Non-Pharmacological Pain Relief Methods during Childbirth in Tshwane District, South Africa: A Cross-Sectional Study. *Nursing Reports*, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.3390/nursrep14010001>
- McCarter, D., Law, A. 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. <https://10.1016/j.jogn.2022.03.002>
- Medeiros, A. B. de, Freire, I. L. S., Santos, F. R. dos, Silva, B. C. O. da, Batista, G. F. de M., & Menezes, M. M. de. (2020). Partograma: Instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Revista Cuidarte*, 11(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1046>

- Melo, G. P., & da Costa, A. M. (2018). Influence of climacteric symptoms in women's quality of life: Integrative review. *Human Reproduction Archives*, 32(3). <http://dx.doi.org/10.4322/hra.001117>
- Mihdawi, M., Al-Amer, R., Darwish, R., Randall, S., & Afaneh, T. (2020). The influence of nursing work environment on patient safety. *Workplace health & safety*, 68(8), 384–390. <https://doi.org/10.1177/2165079920901533>
- Ministério da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Miranda, M. M., Araújo, J. P., Caldeira, S., Ferrari, R. A. P., & Zani, A. V. (2023). Care for Newborns in Public Maternity Hospitals Assisted by the Rede Mãe Paranaense Program: Maternal Experience. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 22. <https://10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66324>
- Mohammadi, S., Shojaei, K., Maraghi, E., & Motaghi, Z. (2023). Care Providers' Perspectives on Quality Prenatal Care in High-risk Pregnancies: A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 11(2), 122. <https://10.30476/IJCBNM.2023.97603.2192>
- Mohebbi-Dehanvi, Z., Hajhashemi, M., & Kohan, S. (2023). Promoting the participation of low-risk pregnant women in the childbirth process by developing a birth plan: The protocol of an action research study. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 285. https://10.4103/jehp.jehp_1039_22
- Mullany, K., Minneci, M., Monjazez, R., & C. Coiado, O. (2023). Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Women's Health*, 19. <https://10.1177/17455057231160349>
- Munn, Z., Porritt, K., Aromataris, E., Lockwood, C., & Peters, M. (2014). Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation. *The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party*. <https://JBI Levels of Evidence Supporting Documents-v2.pdf>
- Mwakawanga, D. L., Mselle, L. T., Chikwala, V. Z., & Sirili, N. (2022). Use of non-pharmacological methods in managing labour pain: Experiences of nurse-midwives in

- two selected district hospitals in eastern Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04707-x>
- Namazi, M., Sadeghi, R., & Moghadam, Z. B. (2019). Social determinants of health in menopause: An integrative review. *International journal of women's health*, 637–647. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S228594>
- Nascimento, L. O. S, da Silva, N. M., & Guerreiro, T. S. B. (2024). O Papel do Enfermeiro em Educação em Saúde no Planejamento Familiar. *Revista Foco*, 17(5), e5220. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n5-155>
- Nené, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (1ª edição). Lidel.
- Nobox. (2024). *Transformar o potencial das ULS em realidade—10 Propostas Para Mobilizar as Pessoas Para a Integração dos Cuidados*. <https://uls.nobox.pt/>
- Nori, W., Kassim, M. A. K., Helmi, Z. R., Pantazi, A. C., Brezeanu, D., Brezeanu, A. M., Penciu, R. C., & Serbanescu, L. (2023). Non-pharmacological pain management in labor: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(23), 7203. <https://doi.org/10.3390/jcm12237203>
- Ojong, I. N., Nsemo, A. D., & Mathias, A. (2022). Midwives' utilization of nonpharmacological pain relief measures for labor pain management: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Integrative Nursing*, 4(2), 76–82. https://10.4103/jin.jin_27_22
- Oliveira, C. A. de, & Sá, R. A. M. de. (2020). Cardiotocografia anteparto. *Femina*, 48(5), 316–320. <https://femina-2020-485-316-320.pdf>
- Oliveira, L. L. F., Trezza, M. C. S. F., dos Santos, A. A. P., de Melo, G. C., de Lima Sanches, M. E. T., & Pinto, L. M. T. R. (2017). The experiences of comfort and discomfort of woman in labor and childbirth. *Revista de Enfermagem UERJ*, 25, e14203. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14203>
- OE. (2013a). Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. *Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica*. https://INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf (ordemenfermeiros.pt)

- OE. (2013b). Projeto Maternidade com Qualidade. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
- OE. (2015). EESMO. Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em saúde Materna, e Obstétrica/Parteiras. *Ordem dos Enfermeiros*. https://livrobolso_eesmo.pdf
- OE. (2018). Parecer N.º10/2018: Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. [https://Microsoft Word - Parecer n.º 10 2018 MCEESIP Dotações Seguras Iniciativa da Mesa alt anonimiz.doc \(ordemenfermeiros.pt\)](https://Microsoft Word - Parecer n.º 10 2018 MCEESIP Dotações Seguras Iniciativa da Mesa alt anonimiz.doc (ordemenfermeiros.pt))
- OE. (2019a). Parecer N.º43/2019: 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/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1culo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- OE. (2019b). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*
- OE. (2019c). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*
- OE. (2020). A supervisão clínica no desenvolvimento profissional. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/a-supervis%C3%A3o-cl%C3%ADnica-no-desenvolvimento-profissional-vai-a-debate/>
- OE. (2021). Padrões de Qualidade nos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Ordem dos Enfermeiros*. <https://Microsoft Word-Ponto 3 Padrões Qualidade CEESMO.docx>
- Pacheco, A., Costa, A., Lanhoso, A., Santos, A., Rodrigues, C., Rebelo, C., Capela, E., Águas, F., Geraldês, F., & Solheiro, H. (2020). Consenso sobre contraceção 2020. *Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa de Contraceção, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução*. https://SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_website.pdf

- Panda, S., Dash, M., John, J., Rath, K., Debata, A., Swain, D., Mohanty, K., & Eustace-Cook, J. (2021). Challenges faced by student nurses and midwives in clinical learning environment—A systematic review and meta-synthesis. *Nurse Education Today*, 101, 104875. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104875>
- Peixoto, I. V. P., de Nazaré, M. B. R. L., dos Santos, R. L., Peixoto, K. D. P., Bandeira, F. J. S., & Martins, M. B. P. (2020). A importância da educação em saúde para as gestantes durante o acompanhamento do ciclo gravídico puerperal. *Saúde Coletiva*, 10(57), 3607–3620. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i57p3607-3620>
- Pham, B., Girault, A., Blondel, B., & Le Ray, C. (2022). Duration of second stage of labor and factors associated with prolonged second stage: A national population-based study in France. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 273, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.04.008>
- Pietrzak, J., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Wróbel, A., & Grzybowska, M. E. (2023). Women's Knowledge about Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Pain Relief in Labor. *Healthcare*, 11(13), 1882. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131882>
- Poeira, A., Nunes, L., Cerqueira, A., Silva, A., & Lopes, N. (2018). Dotações seguras na qualidade dos cuidados de enfermagem: Revisão sistemática. *Riase*, 4(3), 1604-1617. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(3\).1604](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(3).1604)
- Ramos, M. L. P., Mendes, G. P., Silva, D. A. P., Santos, M. I., Barbosa, L. S., & Salgueiro, C. D. B. L. (2021). Acolhimento e protagonismo do enfermeiro no acompanhamento à puérpera em alojamento conjunto. *Enfermagem Brasil*, 20(6), 807–822. <https://10.33233/eb.v20i6.4626>
- Rantala, A., Hakala, M., & Pölkki, T. (2022). Women's perceptions of the pain assessment and non-pharmacological pain relief methods used during labor: A cross-sectional survey. *European Journal of Midwifery*, 6, 1-10. <https://doi.org/10.18332/ejm/146136>
- RCOG. (2010). Late intrauterine fetal death and stillbirth. *Green-Top Guideline*, 55. https://www.rcog.org.uk/media/0fefdrk4/gtg_55.pdf
- RCOG. (2011). Reduced fetal movements. *Green-Top Guideline*, 57. https://www.rcog.org.uk/media/2gxndsd3/gtg_57.pdf

- Rede de Referência Materno-Infantil. (2001). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. <https://redereferenciacaomaternoinfantil.pdf>
- Reis, A. J. A., Farias, M. D. S. B., Damacena, D. E. L., Rodrigues, J. A., Feitosa, J. M. F., Teles, F., Maria, J., & Costa, M. B. G. (2023). Percepção do Enfermeiro Obstetra Sobre Métodos Não Farmacológicos Para o Alívio da Dor no Trabalho de Parto. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 45(1), 32-38. https://20231201_223754.pdf
- Reis, A., Spínola, A., Chaves, C., Santiago, C., Coutinho, E., Karimo, N., & Dénis, T. (2020). Mediação intercultural em contextos de cuidados de saúde—projeto meios. *Revista da UI IPSantarém*, 8(1), 3–16. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19873>
- Reis, A. C., Galdino, C. V., Balbino, C. M., Silvino, Z. R., dos Santos, L. M., & Joaquim, F. L. (2020). Planejamento Familiar: O conhecimento da mulher atendida no Sistema Único de Saúde sobre a saúde reprodutiva. *Research, Society and Development*, 9(8), e393985459. <https://10.33448/rsd-v9i8.5459>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Sousa, P. A. F. de, Trindade, L. de L., Forte, E. C. N., & Silva, J. M. A. V. da. (2020). Qualidade dos cuidados de enfermagem: Contribuições de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. *Revista Rene*, 21. <https://10.15253/2175-6783.20202143167>
- Rocha, I., Carvalho, A. L., Pinto, C. B., Rodrigues, A., & Rocha, V. (2021). Impacto da supervisão clínica em enfermagem na avaliação e intervenção no autocuidado. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.43356>
- Rodrigues, A. R.M., Carvalho, L.A.F., Cavalcante, A. E.S., Santos, A.S., & Silva, K.A. (2020). Vivências Acerca da Hospitalização: Percepções de Gestantes de Alto Risco. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 19. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.46952>
- Rodrigues, A. R. M., Rodrigues, D. P., da Silveira, M. A. M., Paiva, A. de M. G., de Melo Fialho, A. V., & Queiroz, A. B. A. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: Representações sociais das gestantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RV20040>

- Rodríguez-Fernández, M., Herrera, J., & de Las Heras-Rosas, C. (2021). Model of organizational commitment applied to health management systems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4496. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094496>
- Rosenlund, L., Jakobsson, S., Lloyd, H., Lundgren-Nilsson, Å., Hermansson, M., & Dencker, A. (2022). Measuring patient experiences of person-centred care: Translation, cultural adaptation and qualitative evaluation of item candidates for use in England and Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(1), 235–244. <https://doi.org/10.1111/scs.12982>
- Said, S. A. E., Elbana, H. M., & Salama, A. M. (2022). Effect of educational guideline on nurses performance regarding postnatal care of mothers and neonates. *SAGE Open Nursing*, 8. <https://doi.org/10.1177/23779608211070154>
- Santiago, L. D., Janzen, D. C., da Silva, E. F., Barreto, L. V., & Silva, L. C. P. (2023). Intervenções usadas pelo enfermeiro obstetra nos programas de preparação para o parto: Revisão integrativa. *Enfermagem Brasil*, 22(5), 693–706. <https://10.33233/eb.v22i5.5264>
- Santos, D., Cardoso, D., Cardoso, A. F., Duque, F. M., Fernandes, B., Sousa, R. C., & Amaral, A. F. (2024). A percepção de líderes formais de enfermagem sobre a prática baseada na evidência. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), 1–8. <https://10.12707/RVI23.90.32426>
- Santos, T. O., Lima, M. A. C., Alves, V. S., Ribeiro, M. C. A., Alves, R. S., Souza, M. R., Correia, F. V. P., Oliveira, A. C. A., Sales, L. F., & Oliveira, H. F. (2021). Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. *ID Online. Revista de Psicologia*, 15(55), 159–168. <https://doi.org/10.14295/idonline.v15i55.3030>
- Sharifipour, P., Kheirkhah, M., Rajati, M., & Haghani, H. (2022). The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: A randomized controlled clinical trial. *Trials*, 23(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06358-x>
- Silva, A. C. S. S., Góes, F. G. B., Bonifácio, M. C. S., Coelho, Y. C. C. B., Christoffel, M. M., & Valente, C. L. C. R. (2021). Conhecimento de enfermeiras acerca da sucção não

- nutritiva no manejo da dor do recém-nascido. *Enfermagem em Foco*, 12(3). <https://10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4353>
- Silva, A. D., & Nascimento, S. S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: Uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946–969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Silva, T. M. de C., & Lopes, M. I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19095. <https://10.12707/RIV19095>.
- Smith, A., LaFlamme, E., & Komanecky, C. (2021). Pain management in labor. *American Family Physician*, 103(6), 355–364. <https://p355.pdf>
- SNS. (2024a). *Unidade Local de Saúde do Algarve*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- SNS. (2024b). *Unidade Local de Saúde do Algarve*. https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2024/06/ULSAIg_20240510_gov-soc-3_carateriz-emp.pdf
- SNS. (2024c). *Rastreio de Aneuploidias (Protocolo I)*. <https://www.chedv.min-saude.pt/gineobstetricia/obstetricia-2/ecografia/rastreio-de-aneuploidias-protocolo-i/>
- SNS. (2024d). *Unidade Local de Saúde do Algarve*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2024/06/Relatorio-de-Gestao-e-Contas-2023.pdf>
- SNS. (2024e). *Serviços Clínicos - Obstetrícia*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/servicos-clinicos/obstetricia-2>
- SNS Transparência. (sem data). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+do+Algarve>
- Sousa, E. P. M., & Lucas, P. R. M. B. (2022). A qualidade dos cuidados de enfermagem no ambiente de prática de enfermagem: Revisão scoping. *Global Academic Nursing Journal*, 3(3), e267. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200267>
- SPG. (2021). *Consenso Nacional Sobre Menopausa 2021*. *Sociedade Portuguesa de Ginecologia: Coimbra, Portugal*. <https://Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>

- Stark, M. A., Craig, J., & Miller, M. G. (2011). Designing an intervention: Therapeutic showering in labor. *Applied Nursing Research*, 24(4), 73–77. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2011.07.002>
- Strapasson, M. R., & Nedel, M. N. B. (2010). Puerpério imediato: Desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(3), 521–528. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300016>
- Summerton, J. V., Mtileni, T. R., & Moshabela, M. E. (2021). Experiences and perceptions of birth companions supporting women in labour at a District Hospital in Limpopo, South Africa. *Curationis*, 44(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v44i1.2186>
- Tamilnadu, M. G. R. (2015). *Walking Epidural During Labour—Its Efficacy on Pain Relief, Its Influence on Progress of Labour, Outcome of Delivery*. Medical University Chennai.
- Taşkın, A., & Ergin, A. (2022). Effect of hot shower application on pain anxiety and comfort in the first stage of labor: A randomized controlled study. *Health Care for Women International*, 43(5), 431–447. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1925282>
- Tavares, B. V. G., Delfino, L. S., Ignarro, I. S., & Baccaro, L. F. (2023). Changing Paradigms in the Initial Treatment of Ectopic Pregnancy at a University Hospital in Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 45(4), 192–200. <https://10.1055/s-0043-1768999>
- Tereso, A., Lopes, F., Guterres, R., Ferreira, M., Carvalhal, L., & Curado, M. A. dos S. (2023). Efetividade do duche terapêutico no alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 146-154. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.280>
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S., & Oladapo, O. T. (2019). Women’s experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review. *Reproductive Health*, 16, 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>
- Tsipoura, A., Giaxi, P., Sarantaki, A., & Gourounti, K. (2023). Conventional Cardiotocography versus Computerized CTG Analysis and Perinatal Outcomes: A Systematic Review. *Maedica*, 18(3), 483-489. <https://doi.org/10.26574/maedica.2023.18.3.483>

- UNICEF. (s.d.). Iniciativa Amiga dos Bebés. <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- Vaismoradi, M., Tella, S., A. Logan, P., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' adherence to patient safety principles: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph17062028>
- Ventura-Silva, J. M. A., Trindade, L.L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vijipriya, S. (2019). Knowledge on Selected Natural Pain Relief Methods During Labour Among Primigravida Mothers. *International Journal of Nursing Education*, 11(3), 112-114. <https://10.5958/0974-9357.2019.00075.8>
- Vilelas, J. (2020). Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento (3 nd ed.). Edições Sílabo, Lda.
- Wassihun, B., Alemayehu, Y., Gultie, T., Tekabe, B., & Gebeyehu, B. (2022). Non-pharmacological labor pain management practice and associated factors among skilled attendants working in public health facilities in Gamo and Gofa zone, Southern Ethiopia: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 17(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266322>
- WHO. (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Human Reproduction Programme*, 1–8. *World Health Organization*. https://WHO_RHR_15.02_por.pdf?jsessionid=5A1E91920A0930CDCB27C175EB0BB4D1
- WHO. (2018a). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth. experience. *World Health Organization*. <https://9789241550215-eng.pdf>
- WHO. (2018b). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. *World Health Organization*. <https://9789241550338-eng.pdf>
- WHO. (2021a). 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. *World Health Organization*.

- WHO. (2021b). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. <https://9789240032705-eng.pdf>
- WHO. (2022a). *Family planning: A global handbook for providers*. World Health Organization. <https://WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221115a.pdf>
- WHO. (2022b). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf?sequence=1>

APÊNDICES

APÊNDICE A – Proposta de projeto de tese/ dissertação/ estágio/ trabalho de projeto (MODELO T-005), resumo, plano e cronograma

 <p>Serviços Académicos</p>	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	MODELO T-005
	PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: 2023 / 2024
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: <u>Inês Ribeiro Serafim</u>		
Número: <u>53811</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obsiétrica</u>		
Especialidade/Plano Alternativo: _____		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE		
Telef.: _____ E-mail: <u>inesserafim1995@gmail.com</u>		
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		
Nesta caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (só deve preencher os respetivos quadros)		
<input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
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)		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO
APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:		<input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês
<input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação		<input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês
<input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados		<input type="checkbox"/> Outra: _____
<input type="checkbox"/> Outra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)		
PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:		
<input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		
9. TÍTULO DO TRABALHO		
Título (na língua de redação): Hidroterapia como Método Não Farmacológico no Alívio da Dor na Fase Latente do Trabalho de Parto		
Título em Inglês: Hydrotherapy as a Non-Pharmacological Method for Pain Relief in the Latent Phase of Labor		

Modelo T-005 (2023)

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: Ana Maria Aguiar Frias	
Universidade/Instituição: Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus	
N.º Identificação Civil: 96583219 - 1 ZY0 Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Assaparte <input type="checkbox"/> Outro:	
Telef.: + 351 966640111 E-mail: anafrias@uevora.pt ID ORCID: 0000-0002-9038-8576	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Assaparte <input type="checkbox"/> Outro:	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Assaparte <input type="checkbox"/> Outro:	
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.dganc.mec.pt/tp4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): _____	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Analisar a influência da hidroterapia/banho quente localizado como método não farmacológico de alívio da dor	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Em documento anexo ao impresso.	
Descritores (DeCS)	
Português - Hidroterapia, Dor do Parto, Enfermeiras Obstétricas, Trabalho de Parto, Ansiedade	
Inglês - Hydrotherapy, Labor Pain, Nurse Midwives, Labor, Obstetric, Anxiety	
Espanhol - Hidroterapia, Dolor de Parto, Enfermeras Obstetricas, Trabajo de Parto, Ansiedad	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir a(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que efetivamente se enquadrará a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo <input type="checkbox"/> Outros: _____	<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, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da TDE/TP.</p>

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é um curso de 2º ciclo oferecido pela Universidade de Évora (UE), registado na Direção Geral do Ensino Superior, com parecer favorável da Ordem dos enfermeiros (OE), que confere o conhecimento e competências para solicitação do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) bem como o grau académico de Mestre (DRE & CE, 2019). O plano de estudos vai, ao encontro do Regulamento das Competências do EEESMO, competências essas que, abrangem cuidados à mulher inserida na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e ao grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade, incluindo também, cuidados ao recém-nascido até aos 28 dias de vida (Portugal, 2019b).

De modo a concluir o curso em questão, o plano de estudos contempla a Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, que tem programado a apresentação de um projeto onde se encontrem descritas as competências previstas, de aquisição ao longo dos ensinamentos clínicos, bem como o tema elegido pelo estudante para aprofundar os conhecimentos, tema esse que dará o título ao Relatório de Estágio. O Estágio teve início em 11 de setembro de 2023 e previsto o término para 23 julho de 2024, correspondendo os campos clínicos ao internamento de grávidas patológicas/admissão, bloco de partos, consulta externa, puerpério e neonatologia.

Os objetivos traçados, pela Universidade de Évora (Portugal 2019a) para conclusão da Unidade Curricular a atingir pelo estudante são os seguintes: 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 sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Considerando o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO no Artigo 4º no ponto 1, alínea c) que refere a importância de cuidar da "mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto" (Portugal, 2019b) e enquanto Enfermeira de cuidados gerais a desempenhar funções no bloco de partos, foi possível verificar que as parturientes, na sua grande maioria, desconhecem os métodos não farmacológicos que podem ser utilizados no alívio da dor durante o trabalho de parto. Neste sentido considera-se importante fornecer a grávida informação pertinente sobre estes métodos, nomeadamente a hidroterapia/banho quente direcionado. Este é um método não farmacológico de alívio da dor facilmente exequível, não envolve custos adicionais e está disponível em todos os serviços. As recomendações da Organização Mundial de Saúde para uma experiência de parto positiva de nascimento incentivam técnicas de relaxamento para alívio da dor, dependendo das suas preferências em mulheres saudáveis em trabalho de parto (OMS, 2018).

A experiência do parto é uma questão subjetiva e multidimensional e cada mulher experiencia essa fase de maneira diferente (Czech et al., 2018). As dores do parto incluem, frequentemente, uma série de preocupações para a mulher e para a sua família à medida que se aproxima o parto e o nascimento, e dependem da experiência anterior de parto, da gestão da dor e das suas características a nível da expressão psicológica, pois em certas culturas, as mulheres são ensinadas que a dor do parto é natural e que a capacidade de aceitar e suportar a dor do parto é um sinal de feminilidade, e consequentemente as crenças, valores e tradições culturais podem influenciar significativamente a experiência de parto e as atitudes em relação ao alívio da dor durante o parto (Verónica et al., 2022).

O trabalho de parto tem várias fases e são experimentados vários tipos de dor, sendo que numa primeira fase a dor é visceral e posteriormente numa segunda fase essa dor é somática (Farnham, 2020). A dor visceral associada ao primeiro estágio do trabalho de parto, resulta das contrações uterinas e da dilatação do colo do útero, pelo que, durante a fase latente, está, habitualmente, confinada aos dermatomas T11 e T12, sendo a dor, inicialmente, sentida na região abdominal inferior, mas, depois, à medida que o trabalho de parto avança, estende-se à região lombo-sagrada, glúteos e coxas. A percepção da dor perineal no final do primeiro estágio assinala o início da descida do feto e do segundo estágio do trabalho de parto (Graça, 2017). É importante que o EEESMO reconheça que durante o trabalho de parto todas as mulheres vão experimentar algum nível de dor (fisiológica) em algum momento e deve saber mobilizar todos os recursos fisiológicos da mulher para lidar com ela, considerando que a dor do trabalho de parto é positiva e tem um propósito, a mulher tem de confiar no seu corpo e na sua capacidade para parir, oferecendo as melhores condições para esta expressar as suas sensações físicas sem constrangimentos ou restrições (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Uma significativa parte das mulheres, para além do medo do parto muitas vezes também tem medo da analgesia epidural, e na grande maioria dos casos este é o único método de alívio da dor que conhecem, ou lhes é apresentado, ou quase que imposto, desconhecendo todos os outros métodos não farmacológicos para alívio da dor que podem ser disponibilizados. Assim, a dor do parto pode ser diminuída por dois métodos: farmacológicos e não farmacológicos. Em particular, os métodos não farmacológicos tentam eliminar a dor abordando as dimensões emocionais, cognitivas, comportamentais e socioculturais proporcionando relaxamento e reduzindo a percepção da dor (Taskin & Ergin, 2022). Se para algumas mulheres a dor do trabalho de parto é encarada como sofrimento e memória negativa, para outras é vista como algo que as empoderou tornando-as poderosas e triunfantes, compete, deste modo, ao EEESMO aceitar ambas com a mesma abertura e empenho, tendo o dever de saber gerir com a mulher tanto as medidas farmacológicas como não farmacológicas ou a associação de ambas e informar a mulher sobre as vantagens, desvantagens e procedimentos para cada opção (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O papel de apoio do EEESMO é um dos fortes preditores da percepção e satisfação de uma mulher com a sua experiência de parto, pelo que, podem assim ajudar a reduzir a intensidade da dor, a ansiedade nas mulheres e criar uma experiência de parto positiva proporcionando um ambiente delicado, e mantendo a privacidade, podendo isso ser realizado usando métodos não farmacológicos e de suporte melhorando a saúde psicológica e emocional (Sharifpour et al., 2022).

A dor estimula o sistema respiratório, a ventilação por minuto e o consumo de oxigénio aumentam, de modo que, a hiperventilação pode causar alcalose respiratória e redução na quantidade de sangue transportado para o feto, além disso, a dor, a ansiedade e o stress durante o parto podem causar um aumento da libertação de catecolaminas e cortisol na circulação (Czech et al., 2018). Contudo, a dor durante o parto desempenha um papel essencial na informação sobre a progressão do trabalho de parto, e entre os fatores que influenciam a gravidade da dor, podemos reconhecer o tamanho e posicionamento fetal, paridade, idade materna, preparação para o parto, ansiedade, experiências anteriores de dor e cultura (Farnham, 2020).

A hidroterapia é uma intervenção de saúde tradicional utilizada em mulheres durante a primeira fase do trabalho de parto para diminuir a ansiedade da parturiente e promover relaxamento, podendo estar associada à diminuição do trabalho de parto e à redução da utilização de analgesia epidural e pode ser proporcionada a mulheres saudáveis com gestações saudáveis sem complicações (Dias et al., 2023). Ao utilizar o banho quente, o efeito do calor na região do sacro leva à redução da intensidade da dor, bem como ao aumento da sensação de prazer e conforto na mulher, por meio de diversos mecanismos em contrapartida reduz o uso de medicamentos e intervenções com efeitos colaterais como febre, infeções causadas por cateterismo vesical, parto com raquianestesia e taquissístolia uterina, levando ao trabalho de parto e parto fisiológico (Sharifpour et al., 2022). A utilização deste método favorece a vasodilatação periférica, acelera o fluxo sanguíneo e promove relaxamento muscular (Taskin & Ergin, 2022), ou seja, a água quente vai permitir que os tecidos pélvicos sejam mais flexíveis e elásticos (Czech et al., 2018). Fisiologicamente, a água, com o efeito da pressão hidrostática, reduz a pressão arterial e o edema, e ajuda a mover o fluido do espaço extravascular para a área intravascular. Afeta a vasopressina, a oxitocina e outras hormonas do stress, reduzindo a temperatura corporal, bem como a pressão arterial sistólica e diastólica materna durante o trabalho de parto (Taskin & Ergin, 2022). Assim, a utilização da hidroterapia/banhos quentes é uma intervenção centrada no EEESMO que pode ser usada na maioria dos hospitais. Não tem efeitos colaterais nem para a mãe nem para o bebé, reduzindo a necessidade de analgesia epidural, episiotomia e parto

instrumentado. O banho terapêutico mostrou-se benéfico para aliviar a dor, desconforto, ansiedade e tensão, enquanto promove relaxamento e facilita o trabalho de parto (Dias et al., 2023).

Planeamento

Campus Clínicos	Objetivos	Atividades a Desenvolver	Resultados esperados	
Consultório (Externa) – CHUM, Faro	Cuidar da mulher/casal no período pré-natal	Avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal através das meias clínicas e técnicos;	Assegurar uma boa vigilância da gravidez	
		Identificação de desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão fora além da minha área de atuação;	Prevenir a doença na mulher grávida	
		Orientação e assistência a mulheres em fase de diagnóstico pré-natal	Prevenir e realizar um diagnóstico precoce de complicações na saúde da mulher e do feto durante o período pré-natal	
	Cuidar da mulher/casal no período pós-natal	Assistência à puérpera e ao recém-nascido	Promover a saúde da puérpera e do recém-nascido	Prevenir e diagnosticar complicações puerperais e do recém-nascido
			Orientação e assistência à mulher que decide interromper a gravidez	Promover a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez
	Cuidar da mulher/casal em situação de abortamento ou interrupção voluntária da gravidez	Orientação e assistência à mulher que experiencia um processo de abortamento	Prevenir e diagnosticar complicações pós-aborto	Aconselhar e instruir a mulher sobre a utilização de métodos contraceptivos
Intervenção de diagnóstico/ assistência – CHUM Faro	Cuidar da mulher/casal com desvios à gravidez fisiológica	Prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida	Gerir, diagnosticar e prevenir complicações durante a gestação	
	Cuidar da mulher/casal em situação de urgência	Prestação de cuidados de enfermagem especializados e gerais à grávida em contexto de urgência	Otimizar cuidados de saúde à grávida	
	Cuidar da mulher / família que vivência processos de saúde ou doença ginecológica, quer em período fértil como no climatério em contexto de urgência	Prestação de cuidados de enfermagem à mulher com afeção do aparelho genito-urinário ou da mama em contexto de urgência	Otimizar cuidados de saúde à mulher a nível ginecológico Prevenir e instruir sobre complicações relacionadas com afeções urogenitais ou mamárias	
Sala de Partos – CHUM, Faro e Hospital	Cuidar da mulher/família durante o trabalho de parto	Prestação de cuidados gerais e especializados à parturiente	Promover a saúde da mulher, diagnosticar e prevenir complicações durante o trabalho de parto Oferecer uma experiência de parto positiva	
Serviço de Obstetria – CHUM, Faro e Hospital	Cuidar da mulher/família no período pós-natal	Prestação de cuidados de enfermagem à puérpera	Assistir e promover a saúde da mulher e do recém-nascido no período do puerpério	
		Prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido	Planear cuidados de enfermagem à puérpera e ao recém-nascido e diagnosticar precocemente complicações para a saúde de ambos.	
Pesquisa científica para bebês	Analisar influência da hidroterapia/banho quente localizado como método não farmacológico de alívio da dor.	Verificar a utilização, da hidroterapia/banho quente localizado, pelas grávidas para alívio da dor	Instruir grávidas sobre a utilização do método não farmacológico de alívio da dor	
			Encorajar parturiente na utilização do método não farmacológico de alívio da dor	
Processo de avaliação				

<p>Registos validados pelo orientador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programas Informáticos implementados nos serviços; - Protocolos implementados nos serviços <ul style="list-style-type: none"> - Boletim de Saúde da Grávida - Partograma - Boletim de Saúde infantil 	<p>Registos curriculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exames pré-natais realizados - Vigilância da gravidez - Vigilância e assistência do trabalho de parto - Partos eutócicos assistidos - Participação ativa em partos pélvicos, partos gemelares e outros partos; - Episiotomias, episiorrafias e perineorrafias; - Cuidados a puérperas e recém-nascidos - Cuidados a mulheres com afeições ginecológicas 	<p>Temática estabelecida para estudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recolha e análise de dados sobre a influência da água quente no alívio da dor durante a fase latente do trabalho de parto 	<p>Outros trabalhos/experiências de enriquecimento curricular:</p> <p>Revisão sistemática/narrativa da literatura;</p> <p>Reflexão segundo modelo de Gibbs;</p> <p>Relato de caso;</p> <p>Assistir a palestras e formações na área da saúde materna e obstétrica.</p>
--	--	---	---

Cronograma

Tarefas/ Atividades	Ano 2021				Ano 2022												
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Reuniões para elaboração projeto																	
Elaboração do projeto																	
Submissão do projeto																	
Revisão da literatura																	
Estágio																	
Pesquisa e aprofundamento da temática elegida																	
Elaboração do relatório																	
Entrega do relatório																	
Discussão do relatório final																	
Assistir a palestras/formações na área da saúde materna																	

Referências

Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Drosdzol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief—Establishment of effectiveness and comparison. *International journal of environmental research and public health*, 15(12), 2792.

Dias, R. A., de Faria Cardoso, C., Ghimouz, R., Nono, D. A., Silva Jr, J. A., Acuna, J., Baltatu, D. C., & Campos, L. A. (2023). Quantitative cardiac autonomic outcomes of hydrotherapy in women during the first stage of labor. *Frontiers in Medicine*, 9, 2868.

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

Graça, L. (2017). *Medicina Materno Fetal* (5ª). Lidel.

Farnham, T. (2020). Reviewing pain management options for patients in active labor. *Nursing2021*, 50(5), 24–30.

Mwakawanga, D. L., Mselle, L. T., Chikwala, V. Z., & Sinji, N. (2022). Use of non-pharmacological methods in managing labour pain: Experiences of nurse-midwives in two selected district hospitals in eastern Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 1–9.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *EEEMO. Livro de Boisa. Enfermeiros Especialistas em saúde Materna, e Obstétrica/Partelras*.

Portugal. (2019a). Aviso n.º 15812/2019, n.º192/2019, Diário da República, 2.ª série

Portugal. (2019b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série, N.º 85, Regulamento n.º 391/2019.

Sharifipour, P., Kheirkhah, M., Rajati, M., & Haghani, H. (2022). The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: A randomized controlled clinical trial. *Trials*, 23(1), 1–8.

Taghan, A., & Ergin, A. (2022). Effect of hot shower application on pain anxiety and comfort in the first stage of labor: A randomized controlled study. *Health Care for Women International*, 43(5), 431–447.

World Health Organization (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.

APÊNDICE B – Reflexão Segundo Modelo de Gibbs



Reflexão Segundo Modelo de Gibbs

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Doente: Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

Discente: Inês Serafim, 53811

Ano letivo: 2023/2024

Semestre – Ímpar

Descrição

No presente ensino clínico, que decorre no serviço de grávidas patológicas/admissão, prestei cuidados a uma grávida, de 41 anos, com 25 semanas de idade gestacional, no dia da admissão, e índice obstétrico de 0000. A grávida em questão foi internada na enfermaria por pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, feto com restrição de crescimento intrauterino e uma artéria umbilical única. Devido à gravidade da pré-eclâmpsia, a utente, encontrava-se a fazer sulfato de magnésio e nifedipina. Posteriormente melhorou tensão arterial e sintomatologia associada, pelo que suspendeu sulfato magnésio, mas manteve terapêutica anti-hipertensora oral. As tensões mantiveram-se estáveis, mas voltaram a ficar instáveis, tendo esta reiniciado sulfato de magnésio e labetalol para controlo tensional. A tensão arterial começou a estabilizar, mas devido à severidade da pré-eclâmpsia e restrição de crescimento fetal intrauterino com alteração de fluxos, teve de ser feita uma cesariana de modo a salvar o feto, que acabaria por falecer poucas horas após o parto.

Em todos os turnos era realizada cardiotocografia, monitorizados os batimentos cardiofetais de modo a garantir a vitalidade do feto e vigiada a tensão arterial. Num dos turnos, em que eu não estava presente, a enfermeira responsável pela utente, foi auscultar os batimentos cardiofetais e percebeu que, os mesmos, não se encontravam dentro da

APÊNDICE C – Estudo de Caso



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
- Serviço de Obstetria -

Estudo de Caso
Laceração de IV Grau

Docente Orientadora:
Ana Maria Aguiar Frias

Enfermeira Supervisora:
Isabel Guerreiro

Discente:
Inês Ribeiro Serafim, 53811

2023 / 2024

APÊNDICE D – Registo de Vigilâncias



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Ano Letivo 202 /202

Nome do Aluno João Roberto Loureiro Nº 53811

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	478
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	50
• Participação activa em partos pélvicos -----	0
• Participação activa em partos gemelares -----	1
• Participação activa noutros partos -----	30
• Episiotomia -----	5
• Episiorrafia / perineorrafia-----	40
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez -----	254
• Trabalho de parto -----	65
• Puerpério -----	5
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	139
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	143
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	30
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	14

Rubrica Professor
