

---

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

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Relatório de Estágio

## **Labour Care Guide: Transição para o Partograma de nova geração**

Cristina Margarida Manjate

Orientador(es) | M. Sim-Sim

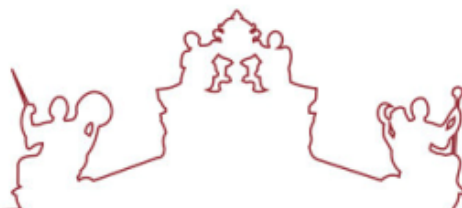
Évora 2023

---

---

---

---



---

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

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Relatório de Estágio

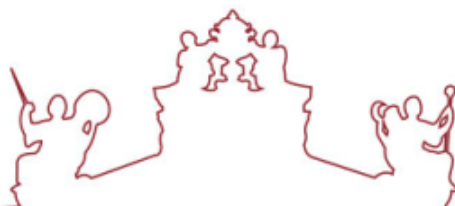
**Labour Care Guide: Transição para o Partograma de nova geração**

**Cristina Margarida Manjate**

Orientador(es) | M. Sim-Sim

Évora 2023





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 | A. Frias (Universidade de Évora)

Vogais | M. Sim-Sim (Universidade de Évora) (Orientador)  
Maria Antónia Poupa Martins () (Arguente)

Évora 2023

## AGRADECIMENTOS

O presente relatório é o culminar de uma longa jornada percorrida em Moçambique assim como em Portugal, na Universidade de Évora, especificamente na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

Em primeiro agradecer ao meu esposo Manuel (Nelo) pelo apoio e incentivo na procura do curso para poder continuar com os estudos. Às minhas filhas Siasia e Yonara de 7 e 5 anos que suportaram a ausência da mãe e do pai estando apenas com a minha prima Quitéria que as cuidou juntamente com os meus sogros, Rebelo (em memória 18-01-2023) e Ângela. A minha mãe Ana Albertina por tudo que tem feito por mim até hoje, pois é o pilar da minha vida.

À nossa família, avó, tios, primos, cunhados e amigos pelo apoio, durante a minha permanência em Portugal, fora de Moçambique, para que levasse a vida tão longe, como se estivesse perto.

A toda direção do Hospital Rural do Songo e em especial a diretora do hospital Dra Elisa Gundana pelo grande apoio para que pudesse manter os estudos e a sua frase *“Cristina, tu és capaz! Conseguirás, apesar das dificuldades que encontres”*.

À Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e à direção do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e às Professoras pelo aprendizado.

À Professora Doutora Margarida Sim-Sim o meu profundo agradecimento pelo que fez por mim, palavras me faltam para poder descrever o quão especial é para mim e para minha família. O reforço de *“não desista da ideia”* foi fundamental. As reuniões e encontros presenciais tudo para que eu pudesse continuar obrigada por tudo, só eu sei o quanto a Professora se tornou especial para mim.

Às supervisoras dos campos clínicos 1, 3, e 4 Helena Bilo pela amizade que criamos até hoje, Maria de Jesus e Nídia. A enfermeira chefe Luzia e ao diretor do departamento de ginecologia e obstetrícia Dr Fernandes, a todo corpo médico especialista, médicos internos, EESMO e administrativo. À supervisora do campo clínico 2 Maria Antónia obrigada pelo ensino, pelo ombro amigo de uma mãe que me foi dado, a todos funcionários do campo clínico 2 e as nossas grávidas que se tornaram amigas.

À supervisora do campo clínico 5 Maria Fernanda, assim como agradeço à enfermeira Chefe Ana Miranda, que permitiu que num período de 6 semanas me sentisse em casa (Moçambique), juntamente com toda equipe do setor que cada uma delas pode oferecer-me a sua amizade e conhecimento, troca de experiência palavras encorajadoras e de ânimo, às EESMO: Ana Queimado, Cristina Castanheira, Maria Lurdes, Vanda Almeida e os demais.

À Professora Lágrima Mause por ter aceitado a supervisão no campo clínico 6 juntamente com a equipe toda e à enfermeira Lagrimina obrigada por me terem proporcionado a troca de experiência.

As amigas que pude fazer e que se mantêm até hoje, Cristina Navarro (Cris) carinhosamente como a tenho tratado tornámo-nos amigas muito antes da minha vinda a Portugal já me encorajava para que não desistisse do curso, o incentivo de dividir a casa e as despesas... e ainda em Moçambique, já conversávamos como se estivesse em Évora. Foi ainda marcante quando o dia da minha chegada ficaste à minha espera na escola e com uma tigela de puré abraçámo-nos e demos risadas uma da outra como



se já estivéssemos juntas. Os dias tornaram-se menos difíceis, com a sua ajuda, conseguindo manter a ligação até hoje, assim como com o casal Angelina e David.

Por último à memória ao meu avô Tomás Manjate, enfermeiro em tempo de guerra e em tempo de paz, que sempre foi e será a minha inspiração no cuidar do outrem, pela empatia que prestava aos seus utentes.

## **Resumo**

**Título:** Labour Care Guide: Transição para o Partograma de nova geração

**Introdução.** A aquisição do grau de mestre concorre para o exercício profissional autónomo, fundamentado na evidência. No exercício, os instrumentos de assistência no trabalho de parto, conferem rigor e permitem ganhos em saúde. **Objetivo.** Relatar as experiências ocorridas nos campos clínicos através de descrição fundamentada nos cuidados e utilização de ferramentas clínicas e de investigação. **Método.** Descrição dos campos de estágio, contextos clínicos e experiências, com ênfase para o tema Partograma. A amostra de casos na qual se explora a temática é apresentada através de estatísticas descritivas. **Resultados.** O conhecimento e aquisição de competências clínicas tiveram sucesso, atingindo-se desenvolvimento. O aprofundamento na temática Partograma, contribuiu para aperfeiçoar o conhecimento dos cuidados periparto e um nascer positivo, confirmando a importância do instrumento. **Conclusão.** A aquisição de competências permitiu a abertura para a clínica especializada. O modelo *Labour Care Guide* proposto pela OMS não é conhecido nos campos clínicos. A abordagem deu visibilidade ao instrumento.

**Descritores/Palavras-chave (DeCS):** Guia; Instrumentação; Obstetrizes; Trabalho de parto; Gestantes; Enfermagem

## **Abstract**

**Title:** Labor Care Guide: Transition to the Partograph new generation

**Background.** The acquisition of a master's degree competes for autonomous professional practice, based on evidence. In the exercise, the instruments of assistance in labor, confer rigor and allow gains in health. **Aim.** Report experiences in clinical fields through description based on care and use of clinical and research tools. **Method.** Description of internship fields, clinical contexts and experiences, with emphasis on the theme “Partogram”. The sample of cases in which the theme is explored is described through descriptive statistics. **Results.** The knowledge and acquisition of clinical skills were successful, reaching development. The deepening of the Partogram theme contributed to improve the knowledge of peripartum care and a positive birth, confirming the importance of the instrument. **Conclusion.** The acquisition of skills allowed opening to the specialized clinic. The Labor Care Guide model proposed by the WHO is not known in clinical fields. The approach gave visibility to the instrument.

**Descriptors/Key-words (DeCS):** Guideline; Instrumentation; Midwives; Labor, Obstetric; Pregnant Women; Nursing

# Índice

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .....</b>	<b>15</b>
2.1. CARATERIZAÇÃO DOS CAMPOS CLÍNICOS .....	18
2.1.1 <i>Campo Clínico 1 &amp; Campo Clínico 3 &amp; Campo Clínico 4</i> .....	19
2.1.1.1 Espaço Físico & Recursos Materiais - Campo Clínico 1 & Campo Clínico 3 & Campo Clínico 4 .....	21
2.1.1.2. Recursos Humanos - Campo Clínico 1 & Campo Clínico 3 & Campo Clínico 4 .....	24
2.1.2. <i>Campo Clínico 2 - Cuidados de Saúde Primários</i> .....	24
2.1.2.1.Espaço Físico & Recursos Materiais - Campo Clínico 2.....	25
2.1.2.2.Recursos Humanos - Campo Clínico 2 .....	26
2.1.2.3.Serviços Programas e Projetos – Campo Clínico 2.....	27
2.2.3. <i>Campo Clínico 5 - Cuidados de Saúde Diferenciados - Periferia de Lisboa</i> .....	31
2.2.3.1. Espaço Físico & Recursos Materiais - Campo Clínico 5.....	32
2.2.3.2. Recursos Humanos - Campo Clínico 5 .....	32
2.2.3.3. Programas e Projetos - Campo Clínico 5 .....	33
2.2.2. <i>Campo Clínico 6</i> .....	34
2.2.2.1. Espaço Físico & Recursos Materiais – Campo Clínico 6.....	35
2.2.2.2. Recursos Humanos – Campo Clínico 6.....	37
2.2.2.3. Programas e Projetos – Campo Clínico 6.....	38
2.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .....	43
2.2.1. <i>Objetivos do Estágio de Natureza Profissional</i> .....	43
2.2.2. <i>Abordagem Metodológica das Práticas Clínicas no Estágio de Natureza Profissional</i> .....	43
2.2.2.1. Estratégias de Treino Clínico .....	44
2.2.2.2. Estratégias de Explorações Temáticas sobre Casos Clínicos Assistidos.....	45
□ Apêndice C: Exploração Temática – Ameaça de Parto Pré-Termo.....	46
□ Apêndice D: Exploração Temática – Histeroscopia.....	46
□ Apêndice E: Exploração Temática – Parto sem Analgesia.....	46
2.2.2.3. Estratégias de Treino de Partograma em Plataforma Digital .....	46
2.2.2.4. Estratégias de Pesquisa Bibliográfica para Revisão Temática .....	47
2.2.2.5. Outras Estratégias para o Desenvolvimento .....	48
<b>3. CONTRIBUTO PARA A ASSISTENCIA EM SAÚDE MATERNA E OSBTETRICA .....</b>	<b>50</b>
3.1. CONCETUALIZAÇÃO - REVISÃO DE LITERATURA .....	50
3.1.1. <i>Metodologia da Revisão</i> .....	50
3.1.1.1.Temas Emergentes .....	55
3.2. ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS NO BLOCO DE PARTOS À LUZ DO MODELO LCG.....	58
3.2.1. <i>Características Sociodemográficas das parturientes cuidadas nos Blocos de Partos</i> .....	59
3.2.2. <i>Labour Care Guide - Secção 1</i> .....	60
3.2.3. <i>Labour Care Guide - Secção 2</i> .....	66
3.2.4. <i>Labour Care Guide - Secção 3</i> .....	67
3.2.5. <i>Labour Care Guide - Secção 4</i> .....	69
3.2.6. <i>Labour Care Guide - Secção 5</i> .....	70
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETENCIAS .....</b>	<b>73</b>
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	73
Competências A .....	73
Competência B.....	77
Competência C.....	78
Competência D.....	80
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	82
Competência 1.....	82
Competência 2.....	84
Competência 3.....	86
Competência 4.....	89
Competência 5.....	94
Competência 6.....	95

Competência 7.....	96
<b>5.CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>100</b>
Apêndices .....	104
Apêndice A: Projeto .....	105
Apêndice B: Registo de Experiências .....	106
Apêndice C: Exploração Temática – Ameaça de Parto Pré-Termo.....	107
Apêndice D: Exploração Temática – Histeroscopia.....	110
Apêndice E: Exploração Temática – Parto sem Analgesia .....	111
Apêndice F: Diapositivos de aula sobre Partograma Digital.....	113
Apêndice G: Exemplo de Partograma Digital.....	114
Apêndice H: Poster no Evento RACS 2021 .....	119
Apêndice I: Exercício de Revisão de Literatura.....	120
Apêndice J: Tabela-resumo dos estudos analisados .....	125
Apêndice K: Exemplo da aplicação do Labour Care Guide (LCG).....	127
Apêndice L: Acalvaria .....	128
Apêndice M: Exploração Temática – Hemorragias na Gravidez .....	132
Anexo 1: Certificado de apresentação de poster .....	138
Anexo 2: Documentos do Processo de Mobilidade.....	139
Anexo 3: Modelos de Partograma.....	142

## Índice de Tabelas

Tabela 1 Origem étnica das parturientes assistidas .....	59
Tabela 2 Representação percentual acumulada da cervicometria à data da admissão no BP .....	63
Tabela 3 Motivos de admissão no BP .....	65
Tabela 4 Utilização de Epidural de acordo com o campo Clínico .....	66
Tabela 5 Atividade uterina na admissão ao bloco de partos .....	70
Tabela 6 Características do tonus uterino .....	70
Tabela 7 Duração do TP nos casos de parturientes admitidas com cervicometria $\geq 5$ cm.....	71

# Índice de Figuras

Figura 1 Províncias de Moçambique.....	16
Figura 2 Organização do SNS de Moçambique.....	17
Figura 3 Manual de Necessidades de Saúde Identificadas em Moçambique .....	18
Figura 4 Campos clínicos .....	19
Figura 5 Área de influência da ARSA.....	20
Figura 6 Esquema físico do traçado original do SOG .....	21
Figura 7 Símbolo Internacional de Acessibilidade.....	25
Figura 8 Missão da USF onde se realizou o Campo Clínico 2 .....	27
Figura 9 Conjunto de Programas e Projetos da USF do Campo Clínico 2 .....	29
Figura 10 Situação da USF relativamente a utentes e equipa profissional .....	31
Figura 11 Área de influência do Campo Clínico 4.....	31
Figura 12 Projetos no Campo Clínico 4 .....	33
Figura 13 Notícia do resultado de candidatura ao Projeto Maternidade com Qualidade.....	34
Figura 14 Hospitais em Maputo.....	34
Figura 15 Comemoração do Dia Internacional da Parteira em Moçambique - Página ONU News .....	35
Figura 16 Organigrama da assistência à mulher em trabalho de parto .....	38
Figura 17 Iniciativa Maternidade Modelo (1ª pagina).....	39
Figura 18 Capa do Manual de Formação em Português .....	40
Figura 19 Evolução da taxa quinquenal de mortalidade infantil conforme Index Mundi .....	41
Figura 20 Imagem-exemplo de acompanhamento da parturiente em Hospital de Moçambique.....	41
Figura 21 Experiências curriculares previstas e realizadas.....	45
Figura 22 Exemplo de interface do gestor EndNote .....	47
Figura 23 Exemplo da interface do gestor Rayyan .....	48
Figura 24 Gestor de artigos Rayyan - Termos mais frequentes .....	48
Figura 25 Gestor de artigos Rayyan - Países de origem dos estudos .....	48
Figura 26 Moçambique - Distrito de Tête .....	49
Figura 27 Elementos SPIDER .....	52
Figura 28 Resumo das revisões registadas no Balcão PROSPERO .....	53
Figura 29 Equação Booleana.....	54
Figura 30 Mapa de temas emergentes na revisão de estudos.....	57
Figura 31 Partos assistidos (realizados e colaborados).....	58
Figura 32 Contabilização dos partos de acordo com o Campo Clínico.....	59
Figura 33 Representação percentual de número de filhos no Campo Clínico 3.....	60
Figura 34 Representação percentual de número de filhos no Campo Clínico 5.....	60
Figura 35 Representação percentual de numero de filhos no Campo Clínico 6.....	61
Figura 36 Período de admissão no bloco de Partos no Campo Clínico 3 .....	61
Figura 37 Período de admissão no bloco de Partos no Campo Clínico 5 .....	61
Figura 38 Período de admissão no bloco de Partos no Campo Clínico 6 .....	62
Figura 39 Percentagem de casos admitidos em TP espontâneo .....	62
Figura 40 Representação percentual da cervicometria ao momento de admissão no BP - Campo Clínico 3 .....	63
Figura 41 Representação percentual da cervicometria ao momento de admissão no BP - Campo Clínico 5 .....	63
Figura 42 Representação percentual da cervicometria ao momento de admissão no BP - Campo Clínico 6 .....	63
Figura 43 Panorâmica da representação percentual da cervicometria à data da admissão no BP nos três Campos Clínicos .....	64
Figura 44 Motivos de admissão ao BP de acordo com os três campos clínicos.....	65
Figura 45 Destaque de recomendação da OMS sobre utilização de epidural .....	67
Figura 46 Avaliação dos BCF à data de admissão nos Campos Clínicos .....	68
Figura 47 Valores de tensão arterial sistólica e diastólica das parturientes assistidas .....	69
Figura 48 Relação entre cervicometria e Planos de Hodge .....	72
Figura 49 Pagina de Periódico .....	74
Figura 50 Manual Respectul Maternity Care – Nigeria.....	75
Figura 51 Publicação da OMS - Near-miss approach .....	76
Figura 52 Manual de Padrões de Qualidade em Saúde Materna – OMS.....	77

Figura 53 Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (Capa).....	83
Figura 54 Taxa de fertilidade em mulheres em idade reprodutiva .....	85
Figura 55 Manobras Leopold (A) , Primeira Manobra (B) Segunda Manobra (C) Terceira Manobra (D) Quarta Manobra. Ilustrado por Junior Maloney.....	86
Figura 56 Modelo de Plano de Nascimento - Manual DGS .....	87
Figura 57 Vistas do site Partograma digital – Maternum Partograma e Dados Perinatais.....	89
Figura 58 Registo das instituições conforme Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés – UNICEF .....	91
Figura 59 Exemplo de atividade conjunta da USF Planície e Universidade de Évora .....	92
Figura 60 taxa de AME aos 6 meses – Moçambique .....	93
Figura 61 taxa de fertilidade por província 2013-2015 .....	93
Figura 62 Material para RCCU.....	95
Figura 63 Pessário uterino.....	96
Figura 64 Projeto Submetido.....	105
Figura 65 Desenvolvimento embrionário .....	108
Figura 66 Diapositivos da aula de Partograma Digital .....	113
Figura 67 Poster no Evento RACS 2021 .....	119
Figura 69 Exemplo da aplicação do LCG .....	127
Figura 70 Hipertelorismo .....	129
Figura 71 Síndrome da banda amniótica .....	129
Figura 72 Resultados da pesquisa na BD Wiley Online Library.....	129
Figura 73 Causas de mortalidade materna em Moçambique .....	133
Figura 74 Representação das causas de morbi-mortalidade em Moçambique.....	133
Figura 75 Placenta prévia.....	134
Figura 76 Descolamento prematuro da placenta ou abruptio placentae .....	135
Figura 77 Síndrome de Sheehan .....	135
Figura 78 Rotura uterina .....	136
Figura 79 Vasa prévia .....	136
Figura 68 Certificado da apresentação do Poster .....	138
Figura 80 Partograma - Modelo de Moçambique .....	142
Figura 81 Partograma - Modelo do Barreiro .....	143



# 1.INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Universidade de Évora, possui um programa curricular, lecionado em dois anos, que se concretiza num ano teórico e ano clínico. No ano clínico, a mestranda, robustecida com as matérias da área, teve oportunidade para atingir conhecimentos e competências que refletem o legalmente definido nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) (i.e., Regulamentos nº 391/2019 e 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE)). Tal enquadra-se nas orientações internacionais da formação nesta área de conhecimento (i.e., *International Confederation of Midwives e Nursing and Midwives Council*), proporcionando uma formação sólida no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR).

Para atingir as competências clínicas, a mestranda realizou em diversos campos, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e nos Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF). Nesses contextos práticos, assistiu casos clínicos, desenvolvendo competências instrumentais e relacionais, além de recolher informação que possibilitou desenvolvimento nas competências de investigação. Para a consecução do programa curricular, a mestranda descreveu ainda objetivos pessoais e identificou um tema, que aprofundou. No caso atual, o tema dirige à utilização do Partograma clássico e da sua última versão *Labour Care Guide* (LCG). Tal instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde, tem sofrido evolução ao longo dos tempos (WHO, 1994a, 1994c, 2007, 2020b; World Health, 2007), mantendo a meta do bem-estar da mulher e do feto/recém-nascido (RN).

O ENPRF, com 60 ECTS, teve início a 09/07/2021 com término a 18/03/2022.

Os objetivos constavam do Planeamento da UC e dirigiam-se a:

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

Simultaneamente, foi no âmbito da assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto (TP) e parto, que se aprofundou a área temática, dirigida à exploração e análise do Partograma. De facto, são conhecidos vários modelos de partograma, mas é necessário mais investigação para melhorar o desempenho e aumentar a sua fiabilidade (Lee et al., 2018).

Assente na importância do desenvolvimento de competências em Saúde Materna e Obstétrica (SMO) e da entrada no campo da investigação, desenha-se o atual documento, que além dos objetivos curriculares, inclui o desenho de objetivos pessoais. Assim, tendo como meta o conteúdo dos Regulamentos nº 391/2019 e 140/2019 da OE e na sequência dos campos de estágios, a formulação de objetivos pessoais orienta-se para: 1) desenvolver conhecimento na vertente clínica e 2) desenvolver conhecimento na investigação, pautando-nos pela relação que a teoria e a prática possuem na evidência.

O presente Relatório Final de Natureza Profissional (RFNP), resulta do desenvolvimento do disposto no projeto, orientado por docente, sujeito a apreciação em Conselho Técnico-científico e submetido na plataforma académica da Universidade de Évora. O atual documento, tem por objetivo relatar as experiências ocorridas nos campos clínicos através de descrição fundamentada nas práticas cuidativas e utilização de ferramentas de investigação. É composto pelas várias secções conforme orientação da Comissão de Curso do MESMO, redigido conforme as normas adaptadas para trabalhos académicos da American Psychological Association (APA, 2020) e de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

## 2.CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O sistema de saúde e o contexto clínico português onde decorreu o ENPRF eram até à data, desconhecidos da mestranda. Tal trouxe a necessidade de conhecer o sistema de saúde português, compreender o seu funcionamento e as hierarquias que viria a encontrar. Assim, procurou documentação sobre o assunto, interpretou os documentos legais, na tentativa de maior entrosamento. Resumidamente se redigem por tópicos as ideias que permitiram compreender o Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal. Seguem-se considerações breves sobre o sistema de saúde de Moçambique. Prossegue depois esta secção, com a caracterização dos espaços ou Campos Clínicos onde ocorreu a aprendizagem da mestranda.

### ❖ O Serviço Nacional de Saúde em Portugal

❖ Criação do SNS. A 29 de Julho de 1978, no Diário da República Portuguesa, foi publicado um despacho da autoria do Dr. António Duarte Arnaut, que ficou conhecido como o “Despacho Arnaut”, que apresentou uma antecipação do SNS, na medida em que permitiu o acesso aos Serviços Médicos-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. Foram garantidas, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, assim como a comparticipação de medicamentos. O Dr. Arnaut foi o impulsionador da criação do SNS, estabelecido pela Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, nos termos da Constituição da República Portuguesa.

❖ Constituição do SNS. O SNS é constituído por várias instituições e serviços de cuidados, que cumprem uma relação hierárquica e dependem da tutela do Ministério da Saúde. O principal objetivo do SNS reside na proteção da saúde individual e coletiva (i.e., conforme o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro). No continente, o SNS está organizado em Administrações Regionais de Saúde (ARS), as quais possuem personalidade jurídica, além de serem autónomas administrativa e financeiramente, possuindo património.

❖ Função das ARS. As ARS são organizações que procuram garantir à população da sua abrangência, a acessibilidade aos cuidados de saúde. Desta forma procuram adequar os recursos que possuem, às necessidades, além de orientarem para o cumprimento de políticas e programas de saúde na sua área. Atualmente as ARS desempenham funções nas áreas ou zonas que correspondem ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) (Diário da República, 2012). As NUTS são a imagem hierárquica da divisão territorial. A nomenclatura subdivide-se em 3 níveis (NUTS I, NUTS II, NUTS III), definidos de acordo com critérios populacionais, administrativos e geográficos (INE, 2022). As ARS`s que fazem

partes das NUTS II, têm sede em: 1) ARS Norte, no Porto; 2) ARS Centro em Coimbra; 3) ARS Lisboa e Vale do Tejo em Lisboa; 4) ARS Alentejo em Évora; 5) ARS Algarve em Faro (Diário da República, 2012). As ARS, contam ainda com os Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES) e Unidades Locais de Saúde (ULS).

❖ **Os ACES.** Segundo o Decreto-Lei nº 28/2008 de fevereiro, os Centros de Saúde, são o acesso inicial das pessoas, dos cidadãos, aos cuidados de saúde que necessitam. Assim, os ACES possuem funções importantes, nomeadamente a promoção da saúde e prevenção da doença, por outro lado, a prestação de cuidados na doença e ainda a ligação a outros serviços para que os cuidados possam ter continuidade. Os ACES encontram-se integrados na estrutura das ARS. Segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008, os ACES, na sua qualidade de serviços de saúde, são detentores de autonomia administrativa. São formados por unidades funcionais. No Alentejo, conforme inscrito na Portaria nº 308/2012 de 9 de outubro, ocorreu a fusão das funções atribuídas aos ACES Central I e Central II, convertendo-se num único ACES: o ACES Alentejo Central, sendo esperado maior capacidade operacional.

#### ❖ **O Serviço de Saúde em Moçambique**

Moçambique localiza-se no continente africano, na região denominada África Austral. É banhado pelo oceano Índico, denominando-se Canal de Moçambique, o espaço marítimo que o separa da Ilha de Madagáscar.

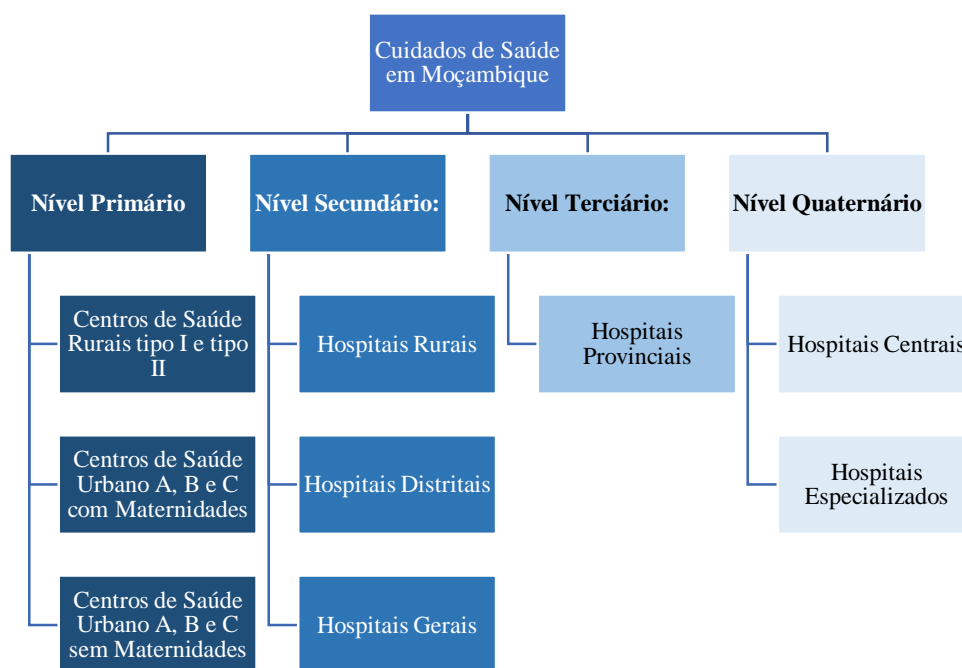
Moçambique, na sua fronteira ao Norte encontra a Tanzânia, enquanto a Noroeste se situa o Malawi e a Zâmbia. Lateralmente a Oeste faz fronteira com o Zimbabwe, assim como com a África do Sul e Suazilândia. No extremo Sul, existe ainda fronteira com a África do Sul. Moçambique, com 799380Km<sup>2</sup> e cerca de 23.391.000, está organizado em 11 províncias e 144 distritos (figura 1) e a sua capital é Maputo, fundada em 1782. A cidade de Maputo local onde decorreu o estágio da Mestranda contava em 2021 com 1.127565 habitantes, existindo mais mulheres (n=579627; 51.4%) que homens (INE, 2021).



Figura 1 Províncias de Moçambique  
Fonte: [https://www.researchgate.net/figure/Mapa-das-provincias-de-Mocambique\\_fig2\\_339848857/download](https://www.researchgate.net/figure/Mapa-das-provincias-de-Mocambique_fig2_339848857/download)

Os cuidados de saúde em Moçambique estão sob a tutela do Ministério da Saúde (MISAU). Na organização dos cuidados enquadram-se quatro setores: 1) público, 2) privado com fins lucrativos, 3) setor privado sem fins lucrativos e ainda o 4) setor comunitário. O Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado através da lei 25/91 (Gironés et al., 2018), define-se como a globalidade das unidades de saúde, que dependem do ministério e constitui o grande agente de prestação de cuidados. Tem cobertura a nível nacional. Por outro lado, o setor privado com fins lucrativos está em desenvolvimento e instalado em cidades de maior dimensão.

Em diploma ministerial (Diploma 127/2002 de 31/7), definem-se quatro níveis de cuidados e onze tipos de Unidades Sanitárias ou Unidades de Saúde, conforme figura 2:



*Figura 2 Organização do SNS de Moçambique*

Na cidade de Maputo existem 15 maternidades funcionais, das quais uma do nível central, três gerais e 11 centros de saúde. São potenciais clientes, em idade fértil, conforme conceito de metainformação estatístico (i.e., 15-49 anos), cerca de 53% da população feminina, o que representa cuidados para 27% da população total de Maputo.

A saúde das mulheres em Moçambique tem sido um tema que regista progressos. As políticas orientam-se para a redução da morbi-mortalidade e melhoria na qualidade dos cuidados. Concretamente o início da assistência pré-natal antes da 16ª semana é um objetivo definido nesta política, assim como um mínimo de quatro consultas durante a gravidez (MISAU, 2009).



Figura 3 Manual de Necessidades de Saúde Identificadas em Moçambique

O tema da saúde das mulheres tem figurado em vários relatórios e estudos, que assinalam desigualdades de acesso, barreiras (Gironés et al., 2018), além de melhoria social e na saúde (INE, 2021).

A saúde sexual e reprodutiva, assim como a diminuição da violência baseada no género ou a prevenção de doenças e tratamento do colo do útero, são muitas das metas referidas no manual (figura 3) que regista as necessidades de saúde em Moçambique (Dutta et al., 2014). Face a estes constrangimentos, a figura da enfermeira/parteira toma relevância

## 2.1. CARATERIZAÇÃO DOS CAMPOS CLÍNICOS

O contexto clínico do ENPRF compreende assim, o enquadramento local nas instituições onde decorreram as práticas de mestrado. Engloba todo o ambiente físico, os recursos humanos e materiais, os modelos e instrumentos de exercício profissional. É no entrosamento de todos os elementos do envolvente que o estudante desenvolve o seu conhecimento, no sentido da relação teoria-prática (Mbakaya et al., 2020; Saukkoriipi et al., 2020). Em Portugal, a formação de 2º ciclo através da qual se obtém as credenciais para o título de Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) ocorre somente em algumas instituições académicas. Tal, leva a empenho e esforço dos estudantes quando descrevem os motivos da escolha da carreira (Sim-Sim et al., 2022). Na fase de aprendizagem é assim desejável o desenvolvimento da identidade profissional, compreendendo, desde o início das práticas clínicas, que existe um território profissional, o *birth territory* (Fahy & Parratt, 2006), que coincide com um território de cuidados onde o/a agente é o/a EESMO.

O ENPRF decorreu em seis campos clínicos. Três campos clínicos respeitantes ao 1º semestre e três campos clínicos no 2º semestre. Localizavam-se ao Sul de Portugal (ARSA), na região de Lisboa e Vale do Tejo (ARLVT), além de uma experiência em território do Sul de Moçambique localizado na cidade de Maputo. A figura 4 documenta o calendário dos campos clínicos.

	CAMPO CLÍNICO	SERVIÇO	SEMANA	SUPERV	DATA
1º Semestre	<b>Campo-Clínico 1</b>	Hospitalização Grávidas e Ginecologia	6S 168h (21T)	ESMO MHBC	05.07.2021 a 08.08.2021
	<b>Campo-Clínico 2:</b>	USF Consulta SSR e Infantil	6S 168h (21T)	ESMO MAM	09.08.2021 a 12.09.2021
	<b>Campo-Clínico 3</b>	Hospitalização do Puerpério	6S 168h (21T)	ESMO NIJ	13.09.2021 a 22.10.2021
2º Semestre	<b>Campo-Clínico 4</b>	Bloco de Partos	6S 168h (21T)	ESMO MJC	25.10.2021 a 03.12.2021
	<b>Campo-Clínico 5</b>	Bloco de Partos	8S 224h (28T)	ESMO MFR	06.12.2021 a 25.01.2022
	<b>Campo-Clínico 6</b>	Bloco de Partos	4S 112h (14T)	ESMO LFM	16.02.2022 a 18.03.2022

*Figura 4 Campos clínicos*

A realização do ENPRF exigiu a apresentação de um projeto redigido sob orientação de docente, que seguiu os trâmites académicos. Foi aprovado pelos órgãos da universidade, ao que se juntou a permissão de práticas clínicas das instituições de saúde parceiras. O testemunho do projeto, registado como (GD/1125959/2021) encontra-se no Apêndice A. É no enquadramento do envolvente clínico, que se fundamentou também, através de revisão temática da literatura, o assunto que dá o título a este relatório: Labour Care Guide: Transição para o Partograma de nova geração.

### *2.1.1 Campo Clínico 1 & Campo Clínico 3 & Campo Clínico 4*

Os Campos Clínicos do 1, 3 e 4, estavam enquadrados na Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA). A ARSA, sediada em Évora, é composta por um ACES, um Hospital e três Unidades Locais de Saúde (ULS). As três ULS: ULSLA (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano), ULSNA (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano), ULSBA (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo). Para além disso, a ARSA é constituída por serviços centrais (Departamento de Saúde Pública e Planeamento; Departamento de Contratualização; Departamento de Gestão e Administração Geral; Gabinete e Instalações e Equipamentos e Gabinete Jurídico e do Cidadão) (i.e., Decreto-lei 22/2012 de 30 janeiro; Portaria 157/2012 de 22 de maio), conforme figura 5. De facto, atualmente existe apenas uma zona denominada Alentejo Central, embora a figura acessível seja apenas a que se utiliza no atual relatório.

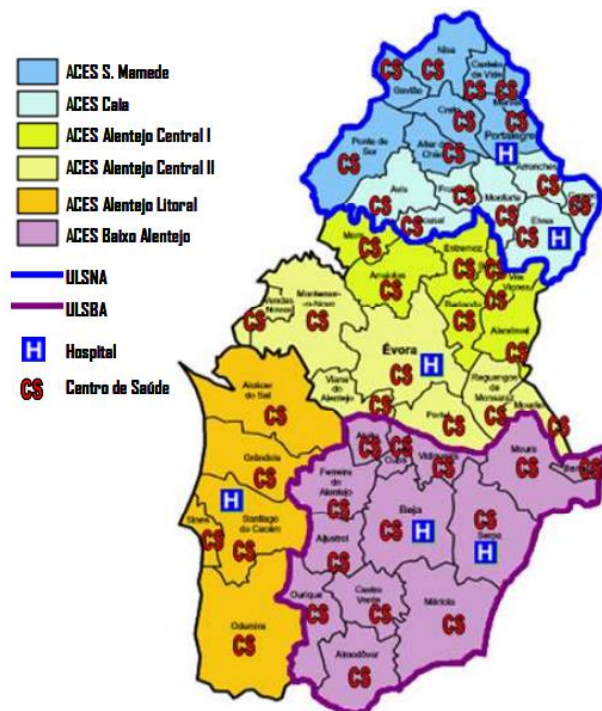


Figura 5 Área de influência da ARSA

Fonte: [http://www.arsalentejo.min-](http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/InstrumentosGestao/Documents/Plano%20de%20Atividades/Plano_Actividades_2012.pdf)

[saude.pt/arsalentejo/InstrumentosGestao/Documents/Plano%20de%20Atividades/Plano\\_Actividades\\_2012.pdf](http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/InstrumentosGestao/Documents/Plano%20de%20Atividades/Plano_Actividades_2012.pdf)

O ACES do Alentejo Central tem como zona de influência a área geográfica que abrange os 14 concelhos do distrito de Évora (Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa) (ARS Alentejo, 2014). Este Agrupamento de Centros de Saúde tem por objetivo garantir a prestação de cuidados primários de saúde (CSP) de qualidade à população da sua área geográfica de intervenção zelando pela equidade no acesso e promovendo uma gestão participada, integrando a complementaridade das respostas. A nível organizacional, os ACES são constituídos por diversos tipos de unidades, tais como Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Estas unidades funcionais têm características comuns. Possuem equipa multidisciplinar, com reconhecida autonomia organizativa e técnica. A sua forma de atuação é em interação e cooperação com as outras unidades.

O ACES Alentejo Central atua numa extensão total de 7392,49km e do mesmo fazem parte 28 Unidades Funcionais, em que 10 são USF, outras nove são UCSP, constando também da sua composição uma USP e 13 UCC (USF Planície, 2021). Em Évora existe uma USP, uma UCC e cinco USF modelo B e uma UCSP.



### 2.1.1.1 Espaço Físico & Recursos Materiais - Campo Clínico 1 & Campo Clínico 3 & Campo Clínico 4

Os campos clínicos 1, 3 e 4, decorreram em unidade de saúde portuguesa, que de acordo com a legislação portuguesa é designado como pertencente ao grupo II (i.e., Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril), responsável pela prestação de cuidados diferenciados na região do Alentejo. A instituição dos Campos Clínicos 1, 3 e 4, é um hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) e recebe maioritariamente parturientes da região do Alentejo. Os serviços de Ginecologia/Obstetrícia prestam acompanhamento a grávidas e puérperas, além de prestar assistência à mulher em outras fases da sua vida, desde a infância até a pós-menopausa. Os três campos clínicos acima referidos, decorreram na mesma instituição hospitalar, no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia (SOG). Dada a ocorrência da Pandemia por SARS-Cov2, o espaço foi conhecido pela mestrandia em duas fases e assim, de maneira breve, se descreve o contexto.

#### ❖ Serviço de Obstetrícia e Ginecologia (SOG) em fase pré-pandemia

O SOG encontra-se no 3.º piso e presta cuidados de saúde a grávidas, puérperas, RN e utentes do foro ginecológico, em regime de internamento, assim como assistência de urgência. A figura 6 representa a planta original do serviço do SOG, que se descreve resumidamente em fase pré-Pandemia.

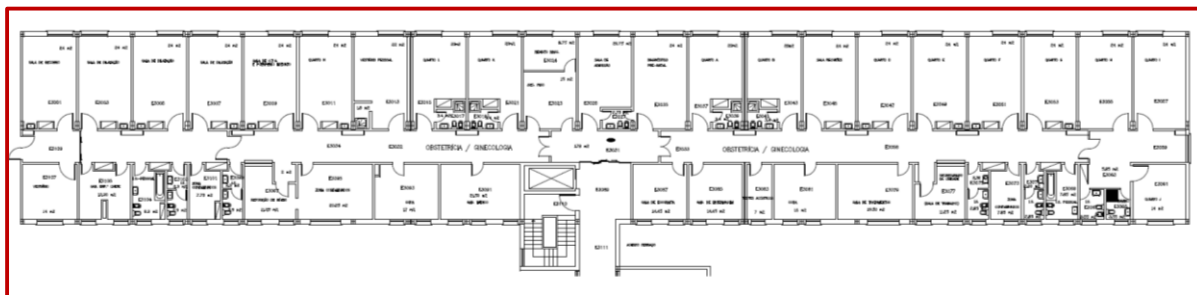


Figura 6 Esquema físico do traçado original do SOG

Fonte: Gabinete de Comunicação e Marketing do HESE-E.P.E

Estava organizado a partir dos espaços da ala esquerda e direita, com entrada através de uma porta eletrónica, acessível através de código de segurança. A segurança, de forma presencial, garantida de segunda a sexta-feira (8-20h) e nos fins-de-semana e feriados (15-16h 30m; 9-20h) vai ao encontro das orientações legais (i.e., Despacho n.º 20730/2008 de 7 de agosto).

Na ala esquerda existiam: 1) dois quartos, com duas camas, dois berços e uma casa de banho própria, habitualmente destinados a puérperas cesariadas, 2) vestiário de enfermagem e assistentes operacionais, 3) sanitários, 4) gabinete médico/vestiário médico, 4) sala de reuniões, 5) copa, 6) Sala de arrumos e 6) “Cantinho da Amamentação” desativado (inaugurado a 8 de outubro de 2013), que funciona como sala de arrumação/armazém.

O Bloco de Partos (BP) funcionava na ala esquerda. Anexo ao BP existia um quarto com três camas, que funcionava como serviço de observação, para a realização de cardiotocografia externa (CTG), para o puerpério imediato (Período de *Greenberg*) de mulheres com partos eutócicos e distócicos por fórceps ou ventosa. Ao BP pertenciam, ainda três quartos, com duas camas cada um, para mulheres em TP ou grávidas patológicas. O bloco dispunha ainda de: 1) instalações sanitárias, 2) sala de sujos, 3) gabinete de Enfermagem, 4) sala de Partos (SP), 5) sala de cuidados imediatos e de reanimação ao recém-nascido (RN) e uma sala de desinfecção e 6) Bloco Operatório Materno-Infantil (BOMI).

O BOMI era constituído por sala operatória, quarto de recobro com três camas, sala de apoio e sala de desinfecção. O BOMI, estava sob responsabilidade da equipa profissional do Bloco Operatório Geral, à exceção dos cuidados imediatos prestados ao RN durante cesarianas. O BOMI tem ligação direta ao serviço de Neonatologia através de porta partilhada.

Entre a ala esquerda e a ala direita, encontra-se o *hall* do serviço. Aqui situa-se o gabinete de atendimento às urgências obstétricas/ginecológicas no qual se realizam as admissões das grávidas. Este gabinete também possui sanitários próprios. Ainda no *hall*, encontra-se o gabinete administrativo, que inclui um anexo onde funcionava o espaço “Nascer Cidadão”. Criado para a atribuição de médico de família, do N.º de SNS e a inscrição em Centro de Saúde dos RNs (de 2ª a 6ª feira das 14-17h).

A ala direita antes da Pandemia COVID-19, era constituída por um gabinete administrativo com um anexo onde funciona o gabinete de Diagnóstico Pré-Natal. Todo o restante serviço, com 10 quartos, corresponde ao internamento de puérperas e RN, grávidas patológicas e ginecologia. Nesta ala existiam dois quartos usados normalmente para puérperas submetidas a cesariana, que tinham condições de espaço semelhantes aos da ala esquerda. Existiam, ainda, três quartos com três camas e três berços, regularmente utilizados para puérperas de partos eutócicos e distócicos por ventosa e fórceps, além de um quarto para grávidas patológicas com três camas.

Nesta ala encontrava-se também: 1) gabinete do Diretor de Serviço, 2) gabinete de Enfermagem, 3) gabinete para realização do rastreio acústico ao RN, 4) sala de triagem pediátrica, 5) sala de trabalho de Enfermagem, 6) sala de arrumação de material, 7) sala de sujos e 8) instalações sanitárias. No terminar da ala direita existe uma porta que dá acesso a três quartos destinados a internamentos de ginecologia, dois com três camas e um com duas camas. Neste espaço estão disponíveis mais duas casas de banho.

### ❖ **Serviço de Obstetrícia e Ginecologia (SOG) em fase de pandemia**

Após o início da Pandemia, o SOG sofreu reestruturação física tanto pelas necessidades hospitalares, como para prevenção de transmissão de infecção. Não houve alteração na entrada para o serviço. Contudo, os profissionais e utentes que seguiam para o BOMI, agora com duas salas operatórias para urgência, utilizavam o mesmo acesso. Nessa entrada manteve-se a segurança que faz a gestão de entrada de pessoas no mesmo serviço, com o mesmo horário. O *hall* do serviço manteve as funcionalidades à exceção do projeto “Nascer Cidadão”, suspenso no início da Pandemia.

A ala esquerda pertencente ao SOG, não sofreu modificações após o início da Pandemia. Já o BP, necessitou de alterações, pois o espaço anterior foi cedido ao Serviço de Cirurgia Geral (exceto o quarto de três camas). Este quarto destinou-se à ginecologia ou quando necessário a outra área, incluindo serviços que não o SOG. O espaço do antigo BP, passou a duas salas operatórias (BOMI e antiga Sala de Partos) e todas as estruturas existentes no antigo BP, destinaram-se às cirurgias de urgência com teste SARS-COV-2 negativo.

A ala direita, foi a mais modificada, incluindo a redução do número de camas para internamento. O BP passou a funcionar nesta ala, com condições físicas diferentes. O primeiro “quarto”, anteriormente para cesariadas, passou a ser uma admissão para mulheres que chegam à urgência do SOG e necessitam de internamento com teste SARS CoV2 desconhecido. O segundo quarto, com as mesmas características, tornou-se Gabinete de Enfermagem. Os dois quartos seguintes, passaram a ter duas camas cada e ficaram quartos de dilatação para grávidas em TP ou grávidas que necessitem de uma vigilância contínua. A sala de trabalho de Enfermagem foi modificada e funciona como Sala de Partos.

O Serviço destinado ao puerpério e ao internamento de grávidas patológicas ficou reduzido. Apenas dois quartos com três camas destinados às puérperas e RN, um quarto de três camas para grávidas patológicas e um último quarto, de três camas, para internamento de puérperas e RN, ou puérperas com os RN no Serviço de Neonatologia.

No final da ala direita, após a porta que dá acesso a três quartos destinados anteriormente ao internamento de ginecologia, funciona hoje como “Covidário”. Um quarto com três camas e um com duas camas e uma Sala de Partos COVID. Neste espaço estão disponíveis mais duas casas de banho. Nesta ala manteve-se sem alterações em época COVID-19: a) gabinete do Diretor de Serviço, b) gabinete de Enfermagem, c) gabinete para realização do rastreio acústico ao RN, d) sala de triagem pediátrica, e) sala de arrumação de material, f) sala de sujos e g) três instalações sanitárias.

#### 2.1.1.2. Recursos Humanos - Campo Clínico 1 & Campo Clínico 3 & Campo Clínico 4

A equipa de serviço é constituída por 27 enfermeiras SMO, um enfermeiro especialista em Saúde Mental, 21 médicos especialistas, cinco internos de formação específica em Ginecologia e Obstetrícia, 12 assistentes operacionais e três assistentes técnicos. Nas situações de problema psicossocial, os serviços dispõem de recursos da Psicologia e de assistência social, no sentido de proporcionar os melhores cuidados. Além destes recursos, a equipa tem interações intra-hospitalares, por exemplo com o serviço de Neonatologia. Assim acontece quando a mãe identifica alguma situação crítica ou o seu bebé manifesta logo ao nascer algum problema. A equipe da neonatologia oferece todos cuidados aos RN, tanto por razões de urgência, como quando solicitados e durante as visitas clínicas.

#### ❖ Método de Trabalho

A metodologia de trabalho, de acordo com as necessidades e adequações que por vezes surgiam, estava orientada tanto para o método por tarefa, como para o método individual de trabalho, sendo as utentes distribuídas pelas enfermeiras de serviço equitativamente (Costa, 2004). O método de trabalho recomendado pela OMS é o Modelo de continuidade de cuidados (*Midwife-led continuity-of-care [MLCC] models*). Tal modelo caracteriza-se pelo facto de uma parteira conhecida, ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas, apoia a mulher ao longo da fase pré-natal, intraparto e pós-natal (WHO, 2022).

#### 2.1.2. Campo Clínico 2 - Cuidados de Saúde Primários

Os CSP são o primeiro nível de acesso do cidadão. Em Portugal, desde há algum tempo, o Governo e as DGS têm privilegiado normas e orientações para o acompanhamento da mulher/família na área da saúde sexual e reprodutiva, incluindo o período gravídico-puerperal e menopausa.

Neste contexto, considera-se pertinente referir as USFs, já que o Campo Clínico 2 foi realizado nesse tipo de unidade. Segundo o Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, as USFs, que possuem equipas multiprofissionais, são as unidades de saúde elementares de representação de cuidados de saúde, individuais e familiares. Segundo o Artigo nº 4 do mesmo Decreto-Lei, a missão das USF consiste na prestação de cuidados de saúde personalizados às pessoas que aí se inscrevem e que esperam facilidade de acesso, cuidados globais e qualidade no atendimento de saúde

O Campo Clínico 2, tem como hospital de referência o Hospital Espírito Santo de Évora, como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) e articula-se com a UCC de Évora, através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e do Programa da Saúde Escolar desenvolvido por esta (USF Planície, 2021).

#### 2.1.2.1. Espaço Físico & Recursos Materiais - Campo Clínico 2

A USF possui infraestruturas adequadas, em termos de recursos físicos e humanos. Esta USF abrange parte do piso -1, o piso 0 do edifício e ainda espaços nos pisos 1 e 2. No piso -1 localizam-se os vestiários, aprovisionamento e sala de esterilização. No piso 0, funciona a consulta aberta e a consulta de saúde de adultos. Neste piso 0 encontra-se:

- Balcão de atendimento para *check-in* e informações;
- Sala de espera;
- 10 gabinetes para consultas;
- Sala de enfermagem/tratamentos;
- Sala de observação;
- Instalações sanitárias para utentes e funcionários;
- Sala de sujos.

A USF ocupa ainda parte do piso 1, realizando-se nesse espaço as consultas relativas aos programas de Saúde. Nesta área localizam-se:

- Fraldário;
- Cantinho de amamentação;
- Instalações sanitárias;
- Sala de sujos.

No último piso, situa-se a sala de reuniões e ainda instalações para refeição breve dos funcionários, além das instalações sanitárias.

A acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada está garantida através de elevadores, rebaixamento de alguns pisos, portas de vão largo e porta automática, balcão rebaixado (alguns) e sanitários adequados, respondendo assim às orientações do Decreto-Lei nº123/97 de 22 de maio, que trata da



Figura 7 Símbolo Internacional de Acessibilidade  
Fonte: [https://www.researchgate.net/figure/Figura-01-Simbolo-Internacional-de-Acesso-SIA\\_fig1\\_312247395](https://www.researchgate.net/figure/Figura-01-Simbolo-Internacional-de-Acesso-SIA_fig1_312247395)

eliminação das barreiras arquitetônicas e/ou urbanísticas. Estas condições de acessibilidade são transmitidas ao utente através do símbolo internacional de acessibilidade, conforme figura 7.

A USF expande-se a todas as freguesias urbanas da cidade (Bacelo, Senhora da Saúde, Horta das Figueiras, Santo Antão, São Mamede, Malagueira, Canaviais e Sé e São Pedro) e abrange ainda duas freguesias rurais, sendo elas Nossa Sr.<sup>a</sup> de Machede e Nossa Sr.<sup>a</sup> Guadalupe (USF Planície, 2021/07).

#### 2.1.2.2. Recursos Humanos - Campo Clínico 2

A USF que foi o local de estágio no Campo Clínico 2, é uma unidade de saúde modelo B. Deste modelo fazem parte equipas com maior amadurecimento organizacional e com maiores exigências de contratualização, estas equipas garantem maior disponibilidade e flexibilidade, para atingir níveis avançados de acessibilidade, desempenho, eficiência económica e resultados, com acréscimo de risco e responsabilidade (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

A equipa multidisciplinar desta USF é composta por:

- 8 enfermeiros (um responsável e sete com formação de licenciatura e mestrado)
- 8 médicos (um coordenador e seis médicos internos de MGF).
- 6 administrativos
- Dois auxiliares de ação médica

O método de distribuição de trabalho é feito por enfermeiro de família. O enfermeiro de família, é uma figura que se encontra definida em Diário da República (i.e., Dec-Lei 118/2014 de 5 de agosto). Em termos concretos, o conceito refere-se ao profissional desta área de conhecimento, que na equipa multiprofissional, se responsabiliza pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, qualquer que seja a fase da vida, assim como nos vários contextos comunitários.

Os enfermeiros desta USF têm rotatividade e todos os elementos exercem nos diferentes programas. A disponibilidade de conhecimentos/experiência é requisitada junto dos profissionais das áreas de especialização quando necessário.

Atualmente na USF encontram-se inscritos 14332 utentes. A missão desta Unidade está divulgada na internet (figura 8).

### **Missão**

- 1-Satisfação das necessidades de saúde no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários dos utentes da USF.
- 2-Cumprimento do Plano Nacional de Saúde, normas oficiais e políticas de saúde em vigor.
- 3-Corresponder às expectativas de realização profissional e satisfação dos profissionais da USF.

Figura 8 Missão da USF onde se realizou o Campo Clínico 2

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4070572/Pages/default.aspx>

### **❖ Método de Trabalho**

Os profissionais de enfermagem da USF têm o seu campo de atuação ao nível da vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases do ciclo de vida, no exercício de cuidados gerais e cuidados especializados de Enfermagem: enfermagem em reabilitação, enfermagem em saúde infantil e pediátrica, enfermagem de saúde na comunidade e enfermagem em saúde materna e obstétrica. Assim como na gestão de cuidados de enfermagem.

A subscrição da Declaração de Munique pelo Governo português (*Munich Declaration: Nurses and Midwives: a Force for Health* em 2004), assim como a efetivação das USF originaram a implementação do enfermeiro de família, como modelo organizacional de prestação de cuidados sendo este método de trabalho adotado pela USF. Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre o Enfermeiro-Família, no âmbito da dinâmica singular que ocorre em cada agregado. Tal leva a processos interpessoais, que no seu significado terapêutico, se orientam para a) capacitação, b) maximização e c) ajuda ao desenvolvimento do potencial de saúde. Neste processo a finalidade última é o estímulo à pro-atividade em saúde dos elementos da família (Sousa, 2014; Büscher et al., 2005). Estando integrado na equipa multidisciplinar, o enfermeiro de família possui responsabilidades ético-profissionais, acompanhando o ciclo vital, conforme os contextos comunitários, fazendo usufruir dos programas de saúde propostos pela Direção Geral de Saúde (DGS) as pessoas sob a sua responsabilidade (Sousa, 2014).

O horário de funcionamento da USF é de segunda a sexta-feira das 8h00 às 20h00 e aos sábados, domingos e feriados das 8h00 as 14h00.

### **2.1.2.3. Serviços Programas e Projetos – Campo Clínico 2**

Esta USF está organizada em vários gabinetes que correspondem aos diferentes tipos de serviços, tais como:

## ❖ Serviços

- ❖ Consulta Aberta das 08h:00 às 20h:00 de segunda-feira a sexta-feira e das 08h:00 às 14h:00 aos fins- de semana e feriados;
- ❖ Consulta de Vigilância ao utente com Diabetes Mellitus, que funciona às quartas-feiras das 9h:00 às 12h:00;
- ❖ Consulta de Vigilância ao utente com Hipertensão Arterial, que funciona às quartas-feiras das 12h:00 às 16h:00;
- ❖ Consulta de Planeamento Familiar e Saúde Materna que funciona de segunda a sexta-feira das 09h:16h:00;
- ❖ Consulta de Saúde Infantojuvenil que funciona de segunda a quinta-feira das 09h:00 às 16h:00;
- ❖ Sala de tratamentos que funciona de segunda a sexta-feira no período da manhã ou da tarde;
- ❖ Sala de Vacinação que funciona à terça e quinta-feira das 09h:00 às 12h:30 e das 14h:00 às 16h:00;
- ❖ Consulta de avaliação do risco úlcera do pé diabético que funciona às quartas-feiras de manhã, dependendo do horário e disponibilidade do enfermeiro;
- ❖ Programa Nascer e Crescer Saudável que funciona as terças-feiras e sextas-feiras, com apoio ao Cantinho de Amamentação diariamente.

Para além disso, os Profissionais de Saúde da USF deslocam-se também às extensões rurais pertencentes a esta Unidade de Saúde:

- Nossa Sr.<sup>a</sup> de Machede à segunda e quarta-feira;
- Nossa Sr.<sup>a</sup> de Guadalupe à quarta-feira

## ❖ **Programas/Projetos de Saúde da USF**

A USF, possui vários programas e está incluída em vários projetos, no sentido de responder às necessidades dos seus utentes. Assim, após leitura e interpretação dos documentos, obtidos tanto por orientação da supervisora clínica, como por busca própria, apresentam-se os que a mestrandia considerou relevantes para o atual relatório. A informação está assim condensada na figura 9.



Programa	objetivo	Pop-alvo	Essência do Programa	Executores
Programa Nacional de Saúde Materna (DGS, 2015)	Realizar cuidados pré-natais inclusos (pré concecionais, vigilância da gravidez, consulta puerperal) Identificar complicações que afetem a díade na gestação; Promover a saúde e a educação na gravidez; Apoiar a preparação para a parentalidade	Mulher/Casal em idade reprodutiva	Integração dos cuidados pré-natais numa perspetiva abrangente assegurando a continuidade de cuidados; Vigilância da gravidez de baixo de risco; Rastreio de fatores de risco na díade em fase gestacional; Promoção da literacia gravidez; Apoio na construção da parentalidade, considerando no puerpério a visita domiciliar nos primeiros 15 dias	Equipa multidisciplinar
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (DGS, 2008)	Promover vivência da sexualidade saudável e segura; Regular a fecundidade conforme desejo do casal; Reduzir IST e consequências	Utentes da USF	O Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar é uma componente no Programa Nacional de Saúde Materna, estando aí incluído.	Equipa multidisciplinar
Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013)	Acompanhar o desenvolvimento dos utentes dos 0 aos 18 anos Identificar riscos Promover desenvolvimento saudável	Crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos	Calendarização das consultas em idade-chave; Conciliação da cronologia PVN; Valorização dos cuidados antecipatórios na promoção da saúde e prevenção da doença; Prevenção de perturbações emocionais e comportamentais; Detecção de desvios de saúde; Articulação com estruturas, programas internos e externos	Equipa multidisciplinar
Prog. Nac. de Prevenção e Controlo da Hipertensão (DGS, 2013)	Reduzir indicadores de morbi-mortalidade	Utentes da USF	Diminuição da morbi-mortalidade cardiovascular devido a hipertensão, atrasar o aparecimento de complicações e diagnosticar precocemente a hipertensão arterial	Equipa multidisciplinar
Nascer e Crescer Saudável	Promover o apoio à parentalidade Atuar nas diversas fases do pré e pós-parto	Gravidas e puérperas da área de abrangência ☼	Classes de preparação para o parto; acompanhamento domiciliário no pós-parto, apoio relativamente à amamentação e à vigilância da saúde infantil (Criado em 2007)	EESMO e Enfermeiros generalistas
Cantinho da Amamentação	Promover o Aleitamento Materno Cumprir orientações da OMS	Mães e RN da cidade de Évora ☼	Continuidade do Projeto Nascer e Crescer Saudável Apoio diferenciado no aleitamento materno às mães e recém-nascidos na cidade de Évora	1 Consultora em Aleita/ Mat (EESMO) 8 Conselheiras Aleita/ Mat (3 médicos; 5 enf.)
Plano Nacional de Vacinação	erradicar, eliminar ou controlar determinadas doenças	Utentes da área de abrangência	Diminuir fatores que afetam negativamente a vida dos utentes	Enfermeiros
Cuidados ao Domicílio	Monitorização de fatores de risco no domicílio	Utentes ≥65 anos; Utentes com depend/ crónica	Plano de visitas; Avaliação de risco através de escalas Morse, Braden, Lawton, Katz e Mini Mental Status	Enfermeiros
Proj. Investigação Pé Diabético (DGS, 2008)	Descrever a prevalência; Reduzir a morbi-mortalidade;	Utentes	Gestão da diabetes e redução de complicações; Redução da morbi-mortalidade; Diagnostico precoce; Melhor acesso a cuidados de saúde	Enfermeiros
Investigação do Pé Diabético	Avaliação da Qualidade dos Cuidados	Utentes diabéticos	Projeto centrado nos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros	3 Enfermeiros Responsáveis
Quiropodia	Aplicação de terapias complementares	Utentes diabéticos	Tratamento de patologia da pele e unhas do pé	2 Enfermeiros Responsáveis

Figura 9 Conjunto de Programas e Projetos da USF do Campo Clínico 2

### ❖ Recursos e Canais de Comunicação Inter e Intra Unidades Funcionais

A USF articula-se via plataformas digitais, tanto para consultas como para referência de utentes e utilização do SNS a nível nacional. Assim, esta articulação é feita através de:

- Registo Nacional de Utentes (RNU) base de dados nacional que agrega e identifica os utentes inscritos no SNS (Diário da República, 2017).
- Barccu sistema informático específico utilizado no Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU).
- Plataforma RNCCI utilizada para a referência de utentes e partilha de cuidados aos mesmos;
- Portal da Saúde (PDS) sistema de partilha de dados de saúde. Permite que a mesma informação seja enviada e consultada pelos diferentes profissionais da saúde.
- SClínico permite o acesso à informação clínica da utente, a partilha de dados com profissionais e a sistematização dos mesmos, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, com utilização de taxonomia CIPE.
- Alert permite digitalizar e disponibilizar em rede toda a informação relativa aos pacientes e respetivos episódios clínicos, para uma consulta mais fácil e rápida.
- Sinus permite a gestão de utentes (dados demográficos, inscrição na unidade de saúde, atribuição de médico/enfermeiro de família): o agendamento de consultas e atos de enfermagem; a cobrança de taxas; estatísticas e listagens.
- Ecoban plataforma logística e informática que serve para otimização dos recursos materiais de armazém clínico e farmácia (Aprovisionamento).

A nível intra Unidades Funcionais a USF articula-se com a UCC local para referência e partilha de cuidados aos utentes. Existe uma enfermeira que é a referenciadora principal para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e cuidados paliativos da USF, apoiada por dois enfermeiros.

À data da entrega do atual documento, a USF apresentava a situação que se documenta na figura 10. Relativamente a utentes inscritos e equipa de profissionais



Figura 10 Situação da USF relativamente a utentes e equipa profissional  
Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4070572/Pages/default.aspx>

### 2.2.3.Campo Clínico 5 - Cuidados de Saúde Diferenciados - Periferia de Lisboa

O Campo Clínico 5, decorreu numa unidade hospitalar, pertencente à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), que de acordo com a Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril, está na categoria do Grupo I. O Centro Hospitalar na periferia de Lisboa, resultou da fusão, em novembro de 2009 (Decreto-Lei n.º 280/2009), de duas unidades de saúde localizadas no Barreiro e no Montijo. Eliminou-se a sobreposição ou redundância de serviços e foi possível manter a oferta. Simultaneamente adicionou-se uma unidade de cirurgia do ambulatório, a instalação de uma Unidade de Cuidados Paliativos na Rede de Cuidados Continuados.

A área de influência do Campo Clínico 5 (figura 11), corresponde aos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, com cerca de 215.921 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017), distribuídos pelos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete. Nesta área, foi criado um ACES, denominado ACES do Arco Ribeirinho.



Figura 11 Área de influência do Campo Clínico 4

Fonte: [http://clasp.cm-palmela.pt/attachments/309\\_PReSaMe\\_Relatorio%20Peninsula%20Setubal%20%281%29.pdf](http://clasp.cm-palmela.pt/attachments/309_PReSaMe_Relatorio%20Peninsula%20Setubal%20%281%29.pdf)

### 2.2.3.1. Espaço Físico & Recursos Materiais - Campo Clínico 5

No Campo Clínico 5, o BP e o SUOG encontram-se localizados no primeiro piso, são de acesso restrito para parturiente ou funcionário que não seja do sector. Aos profissionais do sector mediante marcação de código de segurança, sendo a entrada de utentes e acompanhantes controladas pelos funcionários do SUOG.

Em termos de estrutura física é composto por uma sala de espera, sala de admissão / triagem, BP com sete quartos individuais preparados para a vigilância do TP e partos eutócicos e distócicos vaginais, cuidados imediatos ao recém-nascido e puerpério imediato, bloco operatório e recobro. Articula-se com o serviço de Neonatologia situado no quarto piso e com o serviço de Obstetrícia no quinto piso.

O BP ao ser composto por sete quartos individuais, permite e privilegia a vigilância do TP e a promoção do bem-estar materno-fetal. Dispõe ainda de duas salas de bloco operatório.

A grávida pode, se o desejar, ter a pessoa significativa presente durante o TP. O recém-nascido é cuidado junto da mãe, promovendo a vinculação entre os dois e incentivando o contato pele-a-pele e a amamentação precoce cumprindo orientações legais (n.º 20730/2008, de 7 de agosto).

A grávida tem ao seu dispor, durante a evolução do TP, diferentes medidas não farmacológicas de alívio da dor, como a cromoterapia, musicoterapia, duche relaxante, massagem/ginástica respiratória, massagem Shiatsu, bola de Pilates e deambulação. Poderá usufruir de analgesia epidural e optar por diferentes posições no TP. Durante o TP é incentivada, quando possível, a ingestão de líquidos ou gelatinas.

Ao RN é colocada uma pulseira de identificação codificada e outra de segurança anti rapto (eletrónica) com alarme e sistema de encerramento automático das portas de acesso, sem prejuízo da salvaguarda das condições de segurança exigidas em situações de sinistro ou catástrofe, que só será removida no momento da alta, fazendo-se cumprir o despacho n.º 20730/2008, de 7 de agosto, tal como acontece no anterior campo hospitalar acima referido.

No contexto de pandemia, foi construído um módulo contíguo ao Bloco de Partos para atendimento e internamento de grávidas Covid-19 positivas. Este módulo é constituído por dois quartos devidamente equipados e duas casas de banho.

### 2.2.3.2. Recursos Humanos - Campo Clínico 5

A equipa multidisciplinar é constituída por 22 EEESMO, estando quatro EEESMO por turno, equipa médica, que integra três especialistas em obstetrícia, um anestesilogista e um pediatra, que se encontram contactáveis via telefone, dez assistentes operacionais. Presente também nos

dias uteis uma administrativa no turno da manhã. Contando ainda com o apoio de uma Assistente Social. A equipa de enfermagem, composta na sua totalidade por EEESMO's, tem autonomia para triar as utentes do SUOG, vigiar e assistir grávidas em TP, assegurando o bem-estar materno-fetal. Os registos das utentes e de todas as intervenções são realizados informaticamente no SClinco®.

#### ❖ Método de Trabalho

O método de trabalho assenta nos cuidados individualizados (Sousa, 2004), procurando que cada parturiente seja assistida, ao longo do TP por EESMO, que lhe garante a satisfação das necessidades, promove conforto, desenvolvendo com a mulher uma relação terapêutica adequada ao momento do TP. Valoriza-se as necessidades individuais de cada mulher/casal através da operacionalização dos planos de partos, onde constam as escolhas do casal face ao nascimento e adaptação à parentalidade.

#### 2.2.3.3. Programas e Projetos - Campo Clínico 5

O Campo Clínico 4 incorpora uma Maternidade, no 5º piso, onde são cumpridas as dez medidas definidas pela OMS e pela *United Nations Children's Fond* (UNICEF), para ser considerado um “Hospital Amigo dos Bebés”, creditado desde 2012. Neste hospital procura-se respeitar os direitos das mães e filhos, assim como a satisfação das suas necessidades e expectativas. Gostaríamos de destacar os projetos que se resumem na figura 12.

Programa/Projeto	Breve descrição
Hospital Amigo dos Bebés	Creditado em 2012; renovada a certificação em julho de 2016
Maternidade com qualidade	Em janeiro de 2014 (i.e., Hidratação / Ingesta em TP, Estímulo a posições não supinas durante o TP, Episiotomias / a utilização na prática clínica, Amamentação / 1ª hora após o parto e no Alívio da dor / medidas não farmacológicas no TP e parto) (OE, 2013).
Linha de apoio à puérpera 24h	Através da linha a equipa está disponível para o apoio à mulher/casal que solicita esclarecimentos ou se encontra em crise
Curso de preparação para o parto e recuperação puerperal	Equipa multidisciplinar (EESMO, EESMental, Nutricionista). Acompanha a mulher a partir das 24-26 semanas de gravidez
Cantinho do Aleitamento Materno	Profissionais credenciados esclarecem e apoiam as mulheres-mães, fomentando ao aleitamento, conforme orientações da OMS
Exame auditivo neo natal	Deteção de surdez precoce
Rastreio do olho vermelho	Deteção de patologia ocular
Rastreio de cardiopatias congénitas	Deteção de patologia cardíaca

Figura 12 Projetos no Campo Clínico 4

Do que foi possível observar, a equipa é dinâmica, interessada na qualidade de cuidados que oferece. O contacto e o relacionamento com as utentes pauta-se pelos cuidados respeitosos. De facto, os cuidados respeitosos são um indicador de qualidade referido pela OMS(WHO, 2022)

e não é estranho encontrar este desempenho no atual campo clínico, já que participa, desde 2014, no projeto inovador preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (figura 13).



SECCÕES REGIONAIS: Açores • Centro • Madeira • Norte •

ÁREA RESERVADA      ENFERMEIROS REGISTRADOS      PES

[HOMEPAGE](#) > [ARQUIVO DE PÁGINAS ANTIGAS](#) > [RESULTADO DAS CANDIDATURAS AO PROJETO MATERNIDADE COM QUALIDADE](#)

### Resultado das candidaturas ao Projeto Maternidade com Qualidade

## Resultado das candidaturas ao Projeto Maternidade com Qualidade

Caros colegas,

É com muita satisfação que vos informo dos resultados obtidos a nível de candidaturas ao Projeto Maternidade com Qualidade.

Os serviços / instituições que se candidataram e que cumpriram todos os requisitos necessários são:

- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE – Bloco de Partos
- Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE – Bloco de Partos / Internamento de Puérperas
- Centro Hospitalar de Leiria, EPE – Bloco de Partos
- Centro Hospitalar do Porto, EPE – Maternidade Júlio Dinis
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Bloco de Partos
- Hospital de Braga – Bloco de Partos
- Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida – Bloco de Partos
- Hospital Dr. Fernando da Fonseca – Bloco de Partos / Internamento de Puérperas
- Hospital Garcia de Orta, EPE – Bloco de Partos
- Hospital da Luz, SA – Bloco de Partos
- Unidade Local de Saúde Norte Alentejano. EPE – Bloco de Partos

*Figura 13 Notícia do resultado de candidatura ao Projeto Maternidade com Qualidade*

Fonte: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Paginas/ResultadoProjetoMaternidadecomQualidade>

### 2.2.2. Campo Clínico 6

O último campo clínico do 2º semestre distanciou-se da zona geográfica da Universidade de Évora. O acesso foi conseguido através de protocolo inter-institucional (Anexo 2).

Situou-se em Moçambique, mais exactamente em Maputo.

A cidade de Maputo, ao sul de Moçambique, conta com 35 unidades de saúde (i.e., hospitalares e de CSP).

No que diz respeito aos cuidados de Saúde Materna, existem 15 maternidades (figura 14).



*Figura 14 Hospitais em Maputo*

Fonte:

[https://www.google.com/search?q=mapa+hospital+Maputo&rlz=1C1AVFC\\_enPT1013PT1013&oq=mapa+hospital+Maputo&aqs=chrome..69i57.6040j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=mapa+hospital+Maputo&rlz=1C1AVFC_enPT1013PT1013&oq=mapa+hospital+Maputo&aqs=chrome..69i57.6040j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

O ENPRF da mestrandia, decorreu em instituição estatal, uma unidade de referência a nível Nacional. A história da instituição data de 1900, sofrendo várias remodelações, melhorias,

procurando acompanhar o avançar dos cuidados. É uma instituição ampla com 1500 camas. É um hospital universitário que tem agregado a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (Morais et al., 2018; Sacarlal et al., 2018).

Na unidade de saúde onde decorreu o Campo Clínico 6, realizaram-se em 2021, cerca de 8693 partos, dos quais 4871 eutócicos, 3822 distócicos e 3820 cesarianas (45,84%) (i.e., Relatório anual da sala de partos). Registe-se a preocupação da OMS e do MISAU em diminuir o número de cesarianas, face aos dados exigidos pela Euro-Peristat (Euro-Peristat, 2018). Tais registos são realizados em livro próprio (i.e., livros de registo de nascimento) e posteriormente lançados na plataforma SISMA.

Em Moçambique, o profissional que cuida das mulheres em TP tem a designação comum de “parteira”. Socialmente é uma profissão respeitada, celebrando-se a 5 de maio o “Dia Internacional”, com festividades. De facto, as celebrações são noticiadas, como é o exemplo da página das Nações Unidas no ano 2015 (figura 15).



*Figura 15 Comemoração do Dia Internacional da Parteira em Moçambique - Página ONU News*

Fonte: <https://news.un.org/pt/story/2015/05/1510921>

#### 2.2.2.1. Espaço Físico & Recursos Materiais – Campo Clínico 6

O estágio da mestranda ocorreu num Hospital Central, numa unidade do Nível quaternário, porventura a maior unidade hospitalar de Moçambique. A lotação da unidade é de 210 camas e respetivos berços

- **Serviço de Obstetrícia I - Puerpério Normal.** Neste departamento, são internadas as mulheres que tiveram um parto normal sem complicações. A duração habitual do internamento é de 48 a 72h. Tal concorre para as recomendações introduzidas pela OMS em 2013, renovadas em 2015 e em 2022. A OMS considera adequado a permanência em unidade hospitalar durante não menos que 24h; no caso do nascimento ser no domicílio, o primeiro contacto com profissionais de saúde deve acontecer nas primeiras 24h (WHO, 2015, 2022)



- **Serviço de Obstetrícia II - Puerpério Patológico.** O departamento é o local de internamento de casos de mulheres, que no decorrer da fase peri-parto complicações não graves, nos momentos intra e pós-parto normal. Este grupo de utentes constitui uma preocupação para o SNS de Moçambique. Na verdade, existe mesmo desde 2015, publicado pelo MISAU, um Plano Integrado de cuidados. Tal procura responder aos objetivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio (MISAU, 2009).
- **Serviço de Obstetrícia IV--** São internadas neste serviço todas pacientes que tiveram parto por cesariana e complicações pós-cesariana. O parto cesáreo, em estudo anterior mostraram baixa percentagem em 2015. Contudo variando de 12.3% a 1.7%, entre mulheres com recursos financeiros ricos *versus* mulheres com fracos recursos, existia maior representação associada a residência urbana, utilização de serviços públicos, maior escolaridade (Long et al., 2015). Coloca-se assim a interrogação sobre a necessidade/urgência dos casos. Neste serviço, também são internadas grávidas com patologias diversas. São utentes as grávidas, a partir das 28 semanas completas, que apresentam necessidade de cuidados em regime de internamento.
- **Unidade de Cuidados Intermediários da Maternidade**—este serviço partilha o mesmo espaço físico com a Obstetrícia IV. Trata-se de um serviço que interna todas as doentes graves, que careçam de cuidados redobrados, mas sem critério para internar na Unidade de Cuidados Intensivos. Estas pacientes podem ser quer do foro Ginecológico quer do foro Obstétrico.
- **Serviço de Ginecologia I** - internam neste serviço todas patologias ginecológicas benignas e patologias ginecológicas não infetadas. Internam também gestantes até 27 semanas e 6 dias.
- **Serviço de Ginecologia II** - internam neste serviço pacientes de foro ginecológico maligno e patologia ginecológica infecciosa.
- **Consultas externas** - o departamento oferece consultas externas de ginecologia e obstetrícia. Estas estão divididas em normais e especiais.
- **SAAJ - Serviço de Atendimento a Adolescentes e Jovens** — trata-se de um serviço anexo as consultas externas para atendimento de jovens adolescentes. Atende jovens na faixa etária compreendida entre os 14 e 24 anos.
- **Exames especializados** – serviço que presta exames auxiliares de diagnóstico da especialidade tanto para pacientes em ambulatório como internadas.



- **Bloco operatório** – constituída por quatro salas de operação altamente equipadas com tecnologia de ponta. Funciona 24 horas, realizam-se cirurgias de urgência e eletivas tanto da especialidade como de outras áreas cirúrgicas relacionadas (cirurgia geral e urológicas).
- **Sala de partos e urgência de Ginecologia** – são serviços que funcionam 24h com equipas escaladas, constituída por médicos especialistas, médicos residentes, corpo de enfermagem (ESM, e ESMI), estagiários de medicina e de enfermagem e pessoal administrativo.

### **Fluxo dos utentes**

Os doentes dão entrada para este serviço por 2 vias: 1) pelas urgências de Ginecologia e da Sala de Partos. A utente provém do seu domicílio, entra por transferência ou está referenciada por um outro serviço do hospital (outro departamento, direto das consultas externas), têm prioridade no atendimento; 2) pela consulta – por esta via são admitidas as mulheres em seguimento ambulatorio, para tratamento médico e cirúrgico

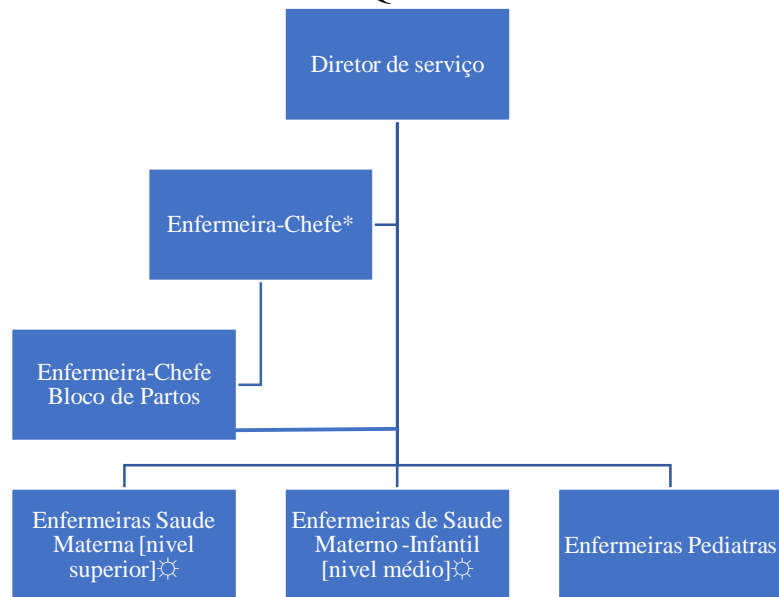
### **Bloco de Partos**

O bloco de partos é composto por oito quartos individuais onde se desenvolve todo o TP, privilegiando-se a vigilância e a promoção do bem-estar materno-fetal através de monitorização cardiotocográfica (CTG), uma marquesa para os partos distócicos e uma cama onde habitualmente decorrem os partos. Existem, também, uma sala com 10 camas para gestantes em pródromo, uma sala de admissão com marquesa, um quarto com berços para a reanimação neonatal, dois blocos de cirurgia onde se realizam as cesarianas e outras cirurgias ginecológicas de ambulatorio. A admissão das grávidas é feita no serviço de Urgência de Obstetrícia, provenientes do exterior e/ou marcação para Indução de Trabalho de Parto (ITP) ou cesariana eletiva. Oferece-se à mulher a possibilidade de permanecer acompanhada, por uma pessoa significativa, durante o seu internamento no serviço.

### **2.2.2.2. Recursos Humanos – Campo Clínico 6**

Este serviço funciona com a equipa médica, 9 enfermeiras licenciadas em Saúde Materna e Obstetrícia, 24 enfermeiras com o nível médio na área de Saúde Materno e Infantil, quatro administrativas divididas por cada equipe e uma enfermeira Licenciada em pediatria que tem feito turno único entre outros. É uma instituição de Nível Quaternário e o Organograma distribuiu-se da maneira representada na figura 16.

## Nível Quaternário♦



*Figura 16 Organograma da assistência à mulher em trabalho de parto*

♦ Por transferência (cuidados gratuitos); por iniciativa própria (sujeitos a taxa)

\*Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia

☼ Assistência no TP

### ❖ Método de trabalho

O método de trabalho na Campo Clínico 6, é um método que se inspira nos cuidados individualizados (Sousa, 2004), centrando-se na mulher, ou mais propriamente na díade. Os cuidados ao RN, tanto quanto possível, são realizados junto à mãe, promovendo-se o vínculo da maternidade/parentalidade e incentivando-se o Aleitamento Materno Exclusivo (AME), privilegiando-se sempre a vontade da parturiente. O serviço, na assistência à parturiente, tem medidas que respondem às recomendações da OMS (WHO, 1997, 2018b). Durante a sua permanência no serviço pode ingerir líquidos claros, dispõe de medidas não farmacológicas de alívio da dor (deambular, massagem, e bola de Pilates), posição não supina no TP e Parto, episiotomia eletiva, amamentação e promoção do contacto pele-a-pele na 1ª hora de vida. Ao RN é colocada uma pulseira de identificação que só será removida no momento da alta, pelos seguranças do hospital.

### 2.2.2.3. Programas e Projetos – Campo Clínico 6

No campo clínico 6, a mestranda teve oportunidade de conhecer alguns dos projetos institucionais

- Maternidade Modelo
- Método mãe-pai canguru

- Presença do Acompanhante no TP
- Hospital Amigo da Criança

Recentemente um outro projeto sobre violência obstétrica está a tomar os primeiros passos para ser implementado.

Seguidamente ilustram-se sinteticamente alguns dos projetos que se consideraram mais relevantes na formação da mestrandia.

### Projeto: Iniciativa Maternidade Modelo

O projeto envolve todos os profissionais que assistem a mulher em TP. É um projeto da responsabilidade do MISAU e tem como apoios a USAID, a *Maternal and Child Health Integrated Program*, a Universidade *Johns Hopkins*, a *United Nations Populations Found* (UNFPA) e a OMS. É um projeto relevante, uma vez que valoriza a humanização dos cuidados, preservando a integridade física e emocional da mulher e privilegiando os cuidados respeitosos (figura 17). Assenta nas evidências científicas e concorre para as orientações e recomendações da OMS (WHO, 2016b, 2018, 2022).



Figura 17 Iniciativa Maternidade Modelo (1ª página)

Fonte: [https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/model\\_maternity\\_initiative\\_portuguese\\_and\\_english.pdf](https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/model_maternity_initiative_portuguese_and_english.pdf)

### Projeto mãe-pai canguru

O projeto destina-se em particular às figuras parentais de RN pré-termo. A intenção é manter o contacto pele-a-pele, até a criança atingir pelo menos 2.500Kg. O método é extremamente

económico, pois torna as figuras parentais como “incubadoras humanas”, que além do calor que oferecem, diminuindo a vulnerabilidade, intensifica o relacionamento e assim favorece a vinculação à criança. Ou seja, um conjunto de comportamentos que facilita o desenvolvimento e assim contribui para baixar os indicadores da mortalidade infantil. Relatos de experiências com sucesso podem encontrar-se na página das Nações Unidas – Moçambique, onde em 2020, se assinalava que, em cada mês, cerca de 20 RN prematuros são salvos através deste método (ONU-Moçambique, 2022). O manual orientador existe desde 2009 (Ministério da Saúde, 2009), para o ensino às figuras parentais no sentido dos melhores cuidados ao seu filho/a (figura 18).



Figura 18 Capa do Manual de Formação em Português

Fonte: <https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/kangaroo-mother-care-training-manual-mozambique/>

A este tipo de projetos não são estranhas as estatísticas sobre a saúde materno-infantil. De facto, de acordo com a UNICEF, em cada 10 RN um é pré-termo e dos que sobrevivem, grande parte enfrenta dificuldades no seu desenvolvimento, não só de aprendizagem, mas também da visão e audição. O projeto, reflete assim os objetivos de desenvolvimento sustentável de 2015, em particular através do movimento “*Every Woman Every Child*” (UN, 2015).

Com este método de canguru, de entre os 2.7 milhões de RN que morrem em todo o mundo, sendo 60-80% prematuros, naqueles que são pequenos para a idade gestacional, poderão porventura poupar-se vidas e contribuir para melhor bem-estar e felicidade das populações. Considerando a fase pós-colonialismo, apesar de ainda elevada, a taxa de mortalidade infantil em Moçambique tem vindo a diminuir (atual: 64.72/1000 nados vivos), registando diminuição

acentuada (figura 19). Repare-se como o gráfico reflete a vulnerabilidade das crianças. As zonas de planalto no gráfico, são ilustrativas do exacerbar da guerra civil, cerca dos anos 80, da grande seca cerca dos anos 90. Segue-se a queda, a partir do final da guerra civil (1992-1993).

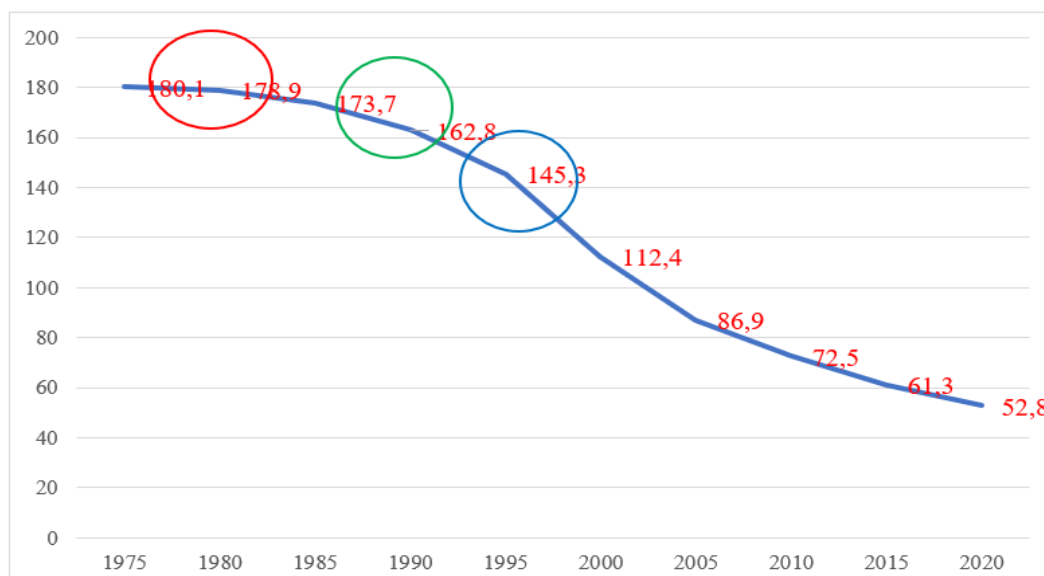


Figura 19 Evolução da taxa quinquenal de mortalidade infantil conforme Index Mundi  
Fonte: <https://www.indexmundi.com/facts/mozambique/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>

### Presença do Acompanhante no trabalho de Parto

A presença do acompanhante durante o TP é um projeto que existe no Campo Clínico 6, desde 2017. No espírito de humanização dos cuidados, permite e promove a presença de uma pessoa de família que ajuda a mulher a viver os momentos difíceis. É projeto documentado na imprensa local (figura 20) e sugere ser do agrado dos vários intervenientes.



Figura 20 Imagem-exemplo de acompanhamento da parturiente em Hospital de Moçambique

Fonte: <https://youtu.be/HwGKSPB1YbU>

É um projeto divulgado nos *mass media*, pelos órgãos de comunicação conforme vídeo publico (i.e., <https://youtu.be/HwGKSPB1YbU>). Curiosamente, de acordo com a reportagem, a maior parte das parturientes prefere a companhia de sua mãe. Tal projeto segue orientações da OMS,

que através do Cuidado-Padrão 6 “Toda mulher e sua família recebem apoio emocional que é sensível às suas necessidades e fortalece a capacidade da mulher”, o define como item para a qualidade dos cuidados (WHO, 2016a).

Em fase de pandemia, por razões de segurança e prevenção de transmissibilidade, o regime instituído foi modificado. A presença de acompanhante não foi permitida, prevendo-se a breve prazo, retomar o projeto. Por decreto Presidencial (i.e., dec nº 11/2020 30/3) e por razões de calamidade pública, foi declarado o estado de emergência, tendo como consequência a proibição da presença de acompanhante, conforme comunicado de imprensa emitido pelo MISAU (i.e.,

<https://www.misau.gov.mz/attachments/article/159/Comunicado%20de%20Atualizacao%20de%20dados%2024%2004%202020.pdf>). Contudo em publicação posterior, a OMS recomendou a manutenção de acompanhante durante o TP, usando o método de caso-padrão. Assim, o acompanhante é triado e se existir suspeita ou confirmação de infecção Covid-19, deve ser providenciado outra pessoa no seu lugar (WHO, 2020a).

### **Projeto contra a violência obstétrica**

O projeto contra a violência obstétrica está em marcha, no sentido de se atingir um bom nível de cuidados respeitosos. A violência obstétrica é noticiada em periódicos jornalísticos, nomeadamente em artigos de opinião em 2013 (i.e., <https://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2013/12/ViolenciaObstetrica.pdf>), é objeto de estudo do conceito (Ferrão et al., 2022) sugerindo ser um campo de investigação importante para os profissionais de Saúde Materna. A violência obstétrica, sob diversos pontos é vista, é uma temática onde começam a surgir alguns estudos, nomeadamente em Moçambique (Galle et al., 2019), em Portugal (Barata, 2022). Na verdade os cuidados respeitosos são uma meta nos países africanos (WRA, 2015) e uma recomendação universal da OMS para todos os países. Esta organização, define no Cuidado-Padrão 5, que para a qualidade de cuidados é necessário que “a equipe de saúde da maternidade receba treino em serviço e supervisão de apoio, relativamente ao respeito pelos direitos das mães e recém-nascidos, instituindo cuidados respeitosos e mecanismos de responsabilização. Além disso, considera mesmo que deve ser fornecido aos funcionários orientação sobre este Cuidado-Padrão (WHO, 2016a).

## 2.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O ENPRF é uma unidade curricular, porventura uma disciplina de importância major na formação em saúde materna e obstétrica. Ao conceder a experiência clínica, acrescenta situações para aquisição e desenvolvimento através de metodologias de observação participativa, de interação e de reflexão sobre as experiências. Deste modo a mestranda participa de forma ativa, na vida, nos fenómenos, nos cuidados do grupo por ela estudados.

### *2.2.1. Objetivos do Estágio de Natureza Profissional*

De acordo com as áreas de intervenção descritas pela OE, como a responsabilidade do enfermeiro especialista, são descritos os objetivos que o aluno deve alcançar. De acordo com o plano de estudos, espera-se que a mestranda seja capaz de:

1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:
  - ❖ No âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;
  - ❖ No período pré-natal;
  - ❖ No âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
  - ❖ Nos vários estádios do TP em situação de saúde/desvio de saúde;
  - ❖ No período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
  - ❖ Durante o período pós-natal;
  - ❖ A vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
  - ❖ Demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.
2. Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência.
3. Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF).

### *2.2.2. Abordagem Metodológica das Práticas Clínicas no Estágio de Natureza Profissional*

O ENPRF foi realizado com a supervisão clínica de especialistas da área da Obstetrícia e do ponto de vista pedagógico, sob orientação de docente da Universidade de Évora, fazendo-se simultaneamente prevalecer a corresponsabilização da mestranda. Tal refletia-se na aquisição

de aprendizagens e concretizava-se através de reuniões diárias, no fim de cada turno com o supervisor clínico, assim como com reuniões periódicas, no início, durante e após o término de cada campo clínico com a docente e supervisor, acrescendo a orientação do presente relatório. Em cada Campo Clínico, uma primeira avaliação qualitativa e no final quantitativa. Cada Ensino Clínico terminou com o auto e heteroavaliação do desempenho da mestranda, em reunião formal com os envolvidos na aprendizagem preconizado na educação para EEESMO/Midwives (WHO, 2008, 2014).

Ao longo do estágio foram utilizadas diferentes formas de aprendizagem, que no atual documento se denominam como estratégias. São exemplo

- Estratégias de treino clínico
- Estratégias de Explorações Temáticas sobre Casos Clínicos Assistidos
- Estratégias de Treino de Partograma em Plataforma Digital
- Pesquisa bibliográfica para revisão temática;

#### 2.2.2.1. Estratégias de Treino Clínico

O treino clínico é uma estratégia que, além do estudante e do/a beneficiário/a de cuidados, necessita de um interlocutor importantíssimo que é o supervisor clínico. Em vários contextos geográficos se dá conta da escassez de enfermeiras-parteiras/EEESMO que estejam dispostas a tomar o papel de supervisor (Lazarus, 2016). São um elo essencial entre os programas de formação e a clínica. A sua figura é fundamental para dar continuidade a novas gerações de profissionais, a transmitir o saber baseado na observação/cuidado repetido dos casos. Deseja-se que o ambiente de aprendizagem seja diversificado, equitativo e inclusivo para os estudantes, existindo estudos que recomendam estratégias para treinamento anti-xenófobo dos percetores, no sentido de diminuir o potencial viés nas avaliações (Johnson et al., 2021). De facto, o preconceito no ensino requer estratégias em vários níveis, garantindo ambientes de aprendizagem sem preconceitos quanto a proveniência geográfica, sexo, estatuto socioeconómico, cultura, cor de pele, convicções espirituais ou outras, que afinal na sua diversidade, constituem uma riqueza social humana. Estudo recente nos USA, mostra por outro lado que existe ambiguidade na escolha da carreira de parteira por motivos racistas. Afirmam os autores, que a reação ao racismo, pode ser tanto uma 1) motivação, no sentido da futura prestação de cuidados a grupos etno, através de cuidados culturalmente congruentes ou do espírito de missão em reduzir as disparidades raciais na saúde, como uma 2) barreira, por falta de concordância entre a formação obtida e as oportunidades de emprego (Mehra et al., 2022).



As oportunidades de treino clínico foram variadas e estão documentadas no Apêndice B. O resumo das experiências é apresentado figura 21.

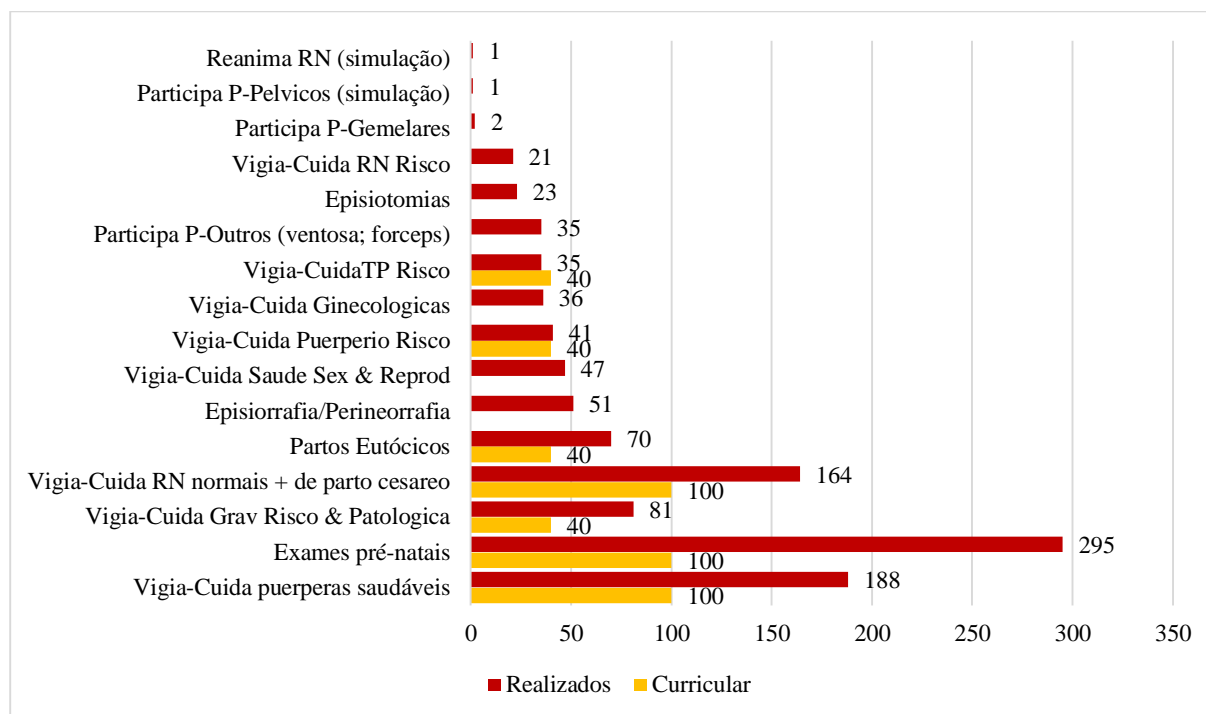


Figura 21 Experiências curriculares previstas e realizadas

O treino fez-se acompanhar, na maior parte dos dias, de reflexões baseadas na prática clínica, pois são um método valorizado, na medida em que vinculam a teoria à prática, fortalecendo a aprendizagem (Sweet et al., 2019). O fortalecimento faz-se também, através dos supervisores, com reforço positivo e perfil de acessibilidade, experiência, atualização e prontidão para o papel que lhes foi solicitado (WHO, 2011b). O momento ótimo para as reflexões sobre a prática é exatamente na fase “pós-prática”, depois do exercício clínico (Sweet et al., 2019). Nesta fase, o estudante tem claros os procedimentos realizados e pode, em discussão com o orientador/tutor/supervisor, compartilhar, comparar, mostrar empenho e chegar à síntese de ideias que lhe permite reconhecer os contributos da atividade para a sua aprendizagem.

#### 2.2.2.2. Estratégias de Explorações Temáticas sobre Casos Clínicos Assistidos

As reflexões temáticas quotidianas, no seu formato oral, em episódios de pensamento conjunto com o supervisor, não foram suficientes, facto pelo qual a mestranda necessitou de explorar algumas temáticas. Essas temáticas reportavam-se a casos assistidos e o objetivo era o de aprimorar o conhecimento, buscar outras interpretações de sintomatologia ou traços típicos do quadro clínico, assim como de cuidados/terapias aplicadas, meios de diagnóstico entre outros. Neste contexto, a mestranda realizou Explorações temáticas com os seguintes títulos:

- Apêndice C: Exploração Temática – Ameaça de Parto Pré-Termo
- Apêndice D: Exploração Temática – Histeroscopia
- Apêndice E: Exploração Temática – Parto sem Analgesia

### 2.2.2.3. Estratégias de Treino de Partograma em Plataforma Digital

O Partograma é um instrumento de recolha de dados que acompanha o evoluir do TP e cuja representação gráfica considera o móbil, o trajeto e as dinâmicas de interação. A conceção e observação de Friedman em 1954 sobre a dilatação cervical e os planos/estações fetais, no decorrer do tempo do TP, levaram ao registo de acordo com a sintomatologia da mulher, surgindo a ideia de um instrumento. Curiosamente foi a questão colocada por Virgínia Apgar, sobre o bloqueio caudal para alívio da dor da parturiente, que levou Friedman a constatar a falta de informação sobre o tema e a necessidade de um instrumento para registo do processo fisiológico (Romero, 2016). No modelo dos anos 70 foram introduzidas as linhas de “alerta” e “ação” (Philpott & Castle, 1972), funcionalidades presentes no modelo da OMS dos anos 90 (WHO, 1994a, 1994b). Denominou-se este modelo como *composite model*. Em 2000, a OMS apresenta outro modelo que exclui a fase latente. Entendia-se na altura que a fase ativa tinha início aos 4 cm de cervicometria. Denominou-se este modelo da OMS, como *simplified model* (WHO, 2003). Em 2003, no modelo da OMS, mantendo excluída a fase latente, o partograma passa a ter cores (i.e., verde representaria progresso normal; amarelo-ambar, exprimindo necessidade de mais vigilância; a faixa vermelha indica progresso lento com perigo) (Dalal & Purandare, 2018; WHO, 2003). Em 2014, em nova publicação da OMS, era recomendado que o partograma de fase ativa, com linha de ação de quatro horas, deve ser utilizado para monitorização do progresso do TP (Dalal & Purandare, 2018; WHO, 2014b).

Os modelos de registo em papel são os mais conhecidos, embora a utilização do partograma, nos campos clínicos onde decorreu o ENPRF nem sempre estivesse presente. Os modelos conhecidos na experiência dos campos clínicos 4 e 6 encontram-se no Anexo 3: Modelos de Partograma. De facto, a investigação mostrou em 2014, algumas barreiras no uso de partograma (Ollerhead & Osrin, 2014), matéria que porventura teria interesse ser investigada em Portugal. O conhecimento da mestrandia sobre o partograma, na versão eletrónica necessitava ser desenvolvido, a partir do potencial que já possuía, dado que utiliza diariamente um modelo no seu país de origem. O treino do partograma digital iniciou-se a partir da oportunidade oferecida pela empresa Speculum-Maternum, que gentilmente criou para os estudantes e Professores da Universidade de Évora uma versão de treino (identificação de utentes e dados nos exercícios é

fantasiosa). Assim, houve oportunidade de conhecer o funcionamento (Apêndice F e Apêndice G) e treinar o *software* durante a clínica. A este treino não foi estranho também a necessidade de desenvolver conhecimento, pois em seminário anterior, organizado pela UEESESJD em 11 de dezembro (14h), a Speculum proporcionou uma oferta deste partograma digital ao Hospital Rural do Songo. Prevê-se que as necessárias adaptações no sistema de computação sejam conseguidas num futuro breve.

#### 2.2.2.4. Estratégias de Pesquisa Bibliográfica para Revisão Temática

O título do atual relatório remete para o LCR, que constitui o novo formato de Partograma recomendado pela OMS (Lavender & Bernitz, 2020; WHO, 2020b). O LCG é uma versão modificada do Partograma (Lavender & Bernitz, 2020), denominado por alguns autores como “partograma de nova-geração” (Hofmeyr et al., 2021). O LCG baseia-se em parâmetros clínicos e considera o início do TP aos 5cm de cervicometria. Tanto quanto foi possível observar não existe versão Portuguesa.

O conhecimento do LCG exigia pesquisa em base de dados, facto pelo qual se elegeram três motores de busca: 1) PubMed, onde se recolheu informação na BD Medline, a 2) Web of Science Core collection e 3) a Ebsco, considerando as BD CINAHL Plus with Full Text e a Academic Search Complete. Após coligir a informação houve que organizar em gestor de referências (i.e., EndNote na versão *free*) e gestor de revisão de artigos (i.e., *software* Rayyan). A figura 22 exemplifica, no *software* EndNote, a recolha de informação que foi realizada.

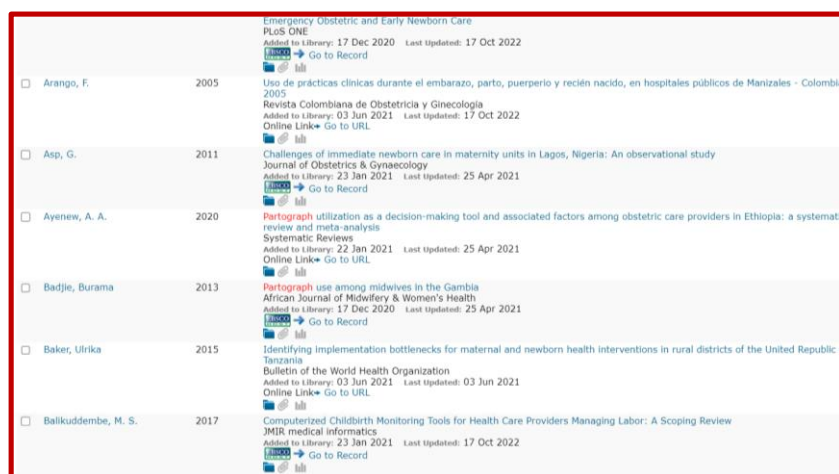
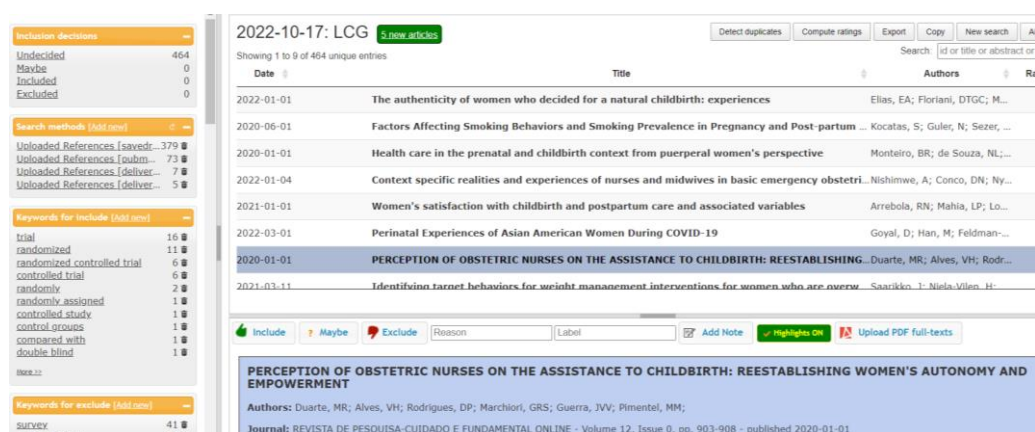
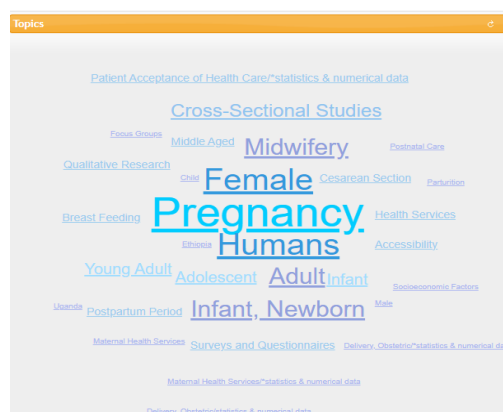


Figura 22 Exemplo de interface do gestor EndNote

Na figura 23 representa-se o gestor Rayyan onde se incluíram já os artigos seleccionados, provenientes das BD.



A análise dos artigos selecionados, permitiu lidar e conhecer melhor as potencialidades do Rayyan. Tendo já selecionados os artigos, foi possível, por exemplo, identificar os termos mais frequentes (figura 24), assim como o país de origem dos estudos (figura 25).



#### 2.2.2.5. Outras Estratégias para o Desenvolvimento

*Figura 25 Gestor de artigos Rayyan - Países de origem dos estudos*

#### 2.2.2.5. Outras Estratégias para o Desenvolvimento

De entre outras estratégias para o desenvolvimento, será importante sublinhar o investimento na investigação, tanto nas temáticas, como nos métodos. Na verdade, a formação académica ao nível do 2º ciclo, abre a visão do estudante, projetando-o para novas ideias que alargam o conhecimento e simultaneamente abrem também possibilidades para novos relacionamentos em termos de inclusão em grupos de pesquisa. Destaca-se neste Relatório, a participação da mestranda, no evento “4ª Reunião Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia”. A apresentação do Poster “O Parto: Testemunho de Parteiras Tradicionais do Distrito de Cahora Bassa, Moçambique” (Apêndice H e Anexo 1), revelou a realidade atual e os esforços para a diminuição da morbi-mortalidade materno-infantil na região.

É uma região conhecida da mestranda, pois exerce aí a sua atividade profissional. É região, onde as Parteiras Tradicionais (i.e., *Traditional Birth Attendant* – TBA, conforme designação OMS), desempenham um papel importante no encaminhamento da mulher/grávida (figura 26). As TBA, podem ser importantes aliadas dos serviços de saúde, no sentido em que novos papéis lhes são atribuídos. Por exemplo na prevenção da hemorragia pós-parto, ou na realização de parto seguro quando não é possível chegar à unidade de saúde (Hobday et al., 2018).



Figura 26 Moçambique - Distrito de Tete

Fonte: [https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Unfpa%202017%20Relato%CC%81rio%20Anual\\_Port\\_22\\_Abril\\_2019.pdf](https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Unfpa%202017%20Relato%CC%81rio%20Anual_Port_22_Abril_2019.pdf)

Em relatório de 2017, refere-se mesmo que só 3% das mulheres com complicações obstétricas conseguem acesso a serviços de emergência (UNFPA, 2017). Mas estima-se um progresso relevante para a saúde das mulheres.

Nesta Província de Tete encontra-se a funcionar um programa que recebe apoio da UNFPA, pretendendo aumentar a acessibilidade a serviços de SSR, capacitando profissionais, nomeadamente de enfermeiras de Saúde Materno-Infantil (UNFPA, 2023).

A apresentação do Poster no Evento RACS, possibilita simultaneamente uma aproximação a grupos de investigação em países lusófonos. Algo que se encontra no horizonte profissional da mestranda.

### **3. CONTRIBUTO PARA A ASSISTENCIA EM SAÚDE MATERNA E OSBTETRICA**

O 2º ciclo da formação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia é caracterizado por estágios de natureza profissional, que se centram na aquisição de competências da mestranda. Tais competências incluem uma esfera porventura mais oculta, mas não menos importante e que representa a área de interesse específico. Tal interesse, aporta mais conhecimento pessoal, mas simultaneamente introduz temáticas que contribuem para uma visão, ou prisma sob o qual a mestranda analisa o assunto. Neste contexto, a mestranda mostra o interesse na temática que dá o título ao seu Relatório o Labour Care Guide: Transição para o Partograma de nova geração.

#### **3.1. CONCETUALIZAÇÃO - REVISÃO DE LITERATURA**

O partograph/partograma é um instrumento de monitorização do TP que é usado, ao nível mundial para permitir a deteção precoce de complicações, assim como para definir as necessárias intervenções (Lavender & Bernitz, 2020).

A temática do partograma possui importância, pois apesar das recomendações da OMS, a sua utilização é carente e como se encontra em fase de transição para nova apresentação gráfica (i.e., Labour Care Guide [LCG]), importa a partir do conhecimento do modelo clássico (WHO, 1994a, 1994b, 2014b), a familiarização com o novo instrumento (WHO, 2020). Assente na importância do desenvolvimento de competências SMO e da abordagem às ferramentas de investigação, desenha-se a atual secção deste documento, que reflete, além dos objetivos curriculares um dos objetivos específicos do projeto:

- Desenvolver conhecimentos para o uso de Partograma e LCG

Tal objetivo, responde simultaneamente a competências comuns e específicas, que enquadram os Regulamentos nº 391/2019 e 140/2019 da OE. Além disso, busca-se a relação teoria-prática na perspetiva de utilização da evidência científica.

##### ***3.1.1. Metodologia da Revisão***

Realizou-se uma revisão temática de literatura, com o apoio da orientadora, aplicando-se alguns dos passos que norteiam as revisões sistemáticas qualitativas. Trata-se de uma abordagem inicial, já que o tempo médio estimado para a produção de uma revisão sistemática é de aproximadamente 67 semanas, ou seja cerca de 16 meses (Borah et al., 2017), embora a Cochrane aponte os 18 meses (Higgins et al., 2022).

As revisões de estudos qualitativos, são também chamadas sínteses de evidências qualitativas, ou ainda revisão sistemática da literatura de evidência de significado (Apostolo, 2017; Sousa et al., 2018). A designação em língua inglesa (*Qualitative evidence synthesis* [QES]) facilita a escrita, fato pelo qual se passa a designar desta forma neste texto. QES é usado como termo geral, quando se deseja nomear todos os métodos que envolvem reunir diversos tipos de evidências qualitativas. O grupo internacional Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group (CQIMG), utiliza este termo com o mesmo sentido (Noyes et al., 2022). Seguiram-se as etapas enunciadas a partir da interpretação de manual recente (WHO/EURO, 2021)

### **Sequência de etapas:**

- A. Clarificação do tópico
- B. Formulação da questão norteadora com identificação dos elementos constituintes (Estrutura SPIDER)
- C. Identificação de revisões existentes
- D. Definição das fontes de literatura (bases de dados)
- E. Definição dos descritores e palavras-chave
- F. Construção da equação booleana
- G. Identificação de literatura primária e envio para gestor de referências e gestor de revisões
- H. Rastreio por título/abstract no gestor de revisões
- I. Avaliação crítica da literatura – COREQ
- J. Extração de dados/achados
- K. Síntese de dados/achados

### **A. Clarificação do tópico**

O tópico a investigar diz respeito ao Partograma na transição para o seu modelo mais recente (Vogel et al., 2021). O LCG é um instrumento criado pela OMS, que ao contemplar itens já inscritos em modelos anteriores, apresenta agora uma forma sobretudo descritiva na apreciação e acompanhamento da mulher em TP. Além disso, itens que até à data foram considerados em segundo plano, estão agora sublinhados, ao longo de todo o TP como por exemplo a presença do acompanhante (WHO, 2020b). De facto a presença de acompanhante e/ou a ajuda durante o TP, sublinhada por antropólogos (Rosenberg & Trevathan, 2002), revela a necessidade do comportamento cooperativo, durante e após o parto na era do homem moderno, bípede, que sofreu alterações na sua estrutura óssea.

## B. Formulação da questão norteadora com identificação dos elementos constituintes (Estrutura SPIDER)

A metodologia da atual revisão temática, fundamenta-se na estratégia SPIDER, cujos caracteres significam: “S” *sample* (i.e., amostra), “P” *phenomenon of interest* (i.e., fenómeno de interesse), “D” *design* (desenho), “E” *evaluation* (i.e., avaliação) e “R” *research type* (tipo de investigação) (Cooke et al., 2012), conforme figura 27. A finalidade centra-se em atingir entendimento ou compreensão sobre as perspetivas das parteiras/enfermeiras, que são provedoras de cuidados em maternidades, quanto a aceitar/rejeitar a aplicação do Partograma/LCG face às características ou atributos do instrumento.

**Questão norteadora:** Quais são as experiências e as opiniões das parteiras/enfermeiras-parteiras sobre a utilização do partograma/LCG?

Elementos SPIDER	Elementos abstratos elegíveis	Elementos concretos de busca	Justificação
S Sample	Amostra	Enfermeiras Enfermeiras-Parteiras Parteiras	A tendência na pesquisa qualitativa são pequenos grupos, assim amostra sugere ser um termo adequado
PI Phenomenon	Topico da pesquisa	Fatores que influenciam a utilização do Partograma/LCG	Razões que explicam os comportamentos e decisões, não a intervenção.
D Design	Técnicas utilizadas para obter os dados qualitativos	Estudos que utilizam métodos qualitativos para recolha e análise de dados	A estrutura teórica da pesquisa, determinará o método usado.
E Evaluation	Achados do estudo	Atitudes, visão para a aceitação/rejeição do Partograma/LCG	Medir os resultados ( <i>outcome</i> ) que podem conter constructos subjetivos, não observáveis [atitudes, visão] realizando-se a avaliação
R Research type	Qual o tipo de estudos a selecionar	Qualitativos, quantitativos, metodos mistos	Três tipos de pesquisa podem ser pesquisados: qualitativos, quantitativos e mistos que reportem dados qualitativos

Figura 27 Elementos SPIDER

Adaptado de Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis.

*Qual Health Res*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>

Fonte: <https://researchguides.gonzaga.edu/qualitative/spider>

## C. Identificação de revisões existentes

Através da pesquisa no balcão de Registo “PROSPERO” observou-se que estão em cursos revisões sistemáticas de literatura, algumas das quais prevendo a realização de meta-análise (figura 28)



Autor/data do registo PROSPERO	Estudos incluídos	Título	Questões de Investigação
Alemu & Gedafaw, 2020	Transversais; caso-controle; prospetivo e retrospectivos de coorte	Barriers to partograph utilization in obstetric practice and birth outcomes: systematic review and meta-analysis in sub-Saharan Africa	1.What is the prevalence of partograph utilization? 2.What are the barriers of partograph utilization? 3.What are the birth outcomes of partograph utilization?
<a href="https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=157040">https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=157040</a>			
Ramesh et al, 2020	Estudos randomizados, quasi-randomizados, ensaios clínicos, coorte, caso controle	Effect of electronic partography tools in improving obstetric outcomes in low resource settings: evidence from systematic review and meta analysis of randomized, control trials	1.To determine the effectiveness of electronic partograph use on perinatal and maternal morbidity and mortality as compared to paper based partography in low resource settings. 2. To synthesize evidence available on safety and effectiveness of electronic partograph as a monitoring tool in women with spontaneous labour and their babies in low resource settings
<a href="https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=139796">https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=139796</a>			
Fikre & Tesfaye, 2020	Literatura branca e cinzenta: transversais, coorte, caso-controle	Factor associated with partograph utilization in Ethiopia. Protocol: systematic review and meta-analysis	1. What determinants/risk factors are affecting partograph utilization in Ethiopia?
<a href="https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=151497">https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=151497</a>			
Tesfaye et al, 2020	Estudos transversais, caso-controle, coorte	Level of Partograph use and associated factors among obstetric care providers in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis protocol	1.What is the level of Partograph utilization in Ethiopia? 2.What are factors associated with Partograph utilization among obstetric care providers in Ethiopia?
<a href="https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=162405">https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=162405</a>			
Haile, et al, 2020	Literatura branca e literatura cinzenta transversais, coorte, caso controle	Partograph utilization and associated Factors in Eastern Africa: systematic review and meta-analysis	1. To Determine the risk factors which are affecting partograph utilization in Eastern Africa?
<a href="https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=190198">https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=190198</a>			
Armari et al, 2021	Ensaos randomizados, ensaios não-randomizados, antes-depois, series de estudos	The effectiveness of partograph education and training for monitoring and managing women in labour: a systematic review.	1. How effective are existing partograph education and training programs at improving skilled health personnel's knowledge, skills and use of the partograph when monitoring and managing labour? 2. What types of partograph education and training programs are most effective at improving knowledge, skills and use of the partograph when monitoring and managing women in labour (e.g. multi-modal, didactic, online)? 3. What are the effects of existing partograph education and training programs related to intrapartum outcomes, women's experiences of care and clinical practices?
<a href="https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=291845">https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=291845</a>			

Figura 28 Resumo das revisões registadas no Balcão PROSPERO

Contudo, tanto quanto foi possível observar nos documentos registados no balcão PROSPERO, nenhum contemplava o novo instrumento LCG.

#### D. Definição das fontes de literatura (bases de dados)

Definiram-se quatro bases de dados, as fontes científicas, onde se realizaria a busca de artigos. Elegeram-se as BD: 1) Web of Science, 2) PubMed, 3) na Editora Ebsco as BD Academic

Search Complete e a CINAHL Plus with full text. No Apêndice I Revisão temática, apresenta-se com maior detalhe o Exercício de Revisão da Literatura

### E. Definição dos descritores e palavras-chave

Considerou-se oportuno iniciar a definição de descritores, pelo Thesaurus da PubMed, já que é frequentemente o ponto de partida das revisões sistemáticas. Contudo, no Thesaurus da PubMed não existe o descritor “Partograph”, facto pelo qual se decidiu iniciar pela Web of Science

### F. Construção da equação booleana

A equação booleana foi construída a partir dos descritores seleccionados. De acordo com as BD, teve ligeira adaptação. No processo de pesquisa exemplifica-se a equação booleana na figura 29.

1ª equação booleana:
(Partograph OR Partogram OR Protocol OR Labour Care Guide)
AND
Parturition OR Childbirth OR Birth OR Pregnancy OR Obstetrics OR (antenatal OR prenatal OR perinatal OR puerperal OR puerperium OR postnatal OR postpartum OR peripartum OR post-natal OR post-partum OR ante-natal OR ante-partum OR obstetric*) OR Postpartum period
AND
experience* OR view* OR perception* OR voice* OR attitude OR behaviour OR narrative* OR qualitative* OR (grounded theory) OR phenomenology OR (action research) OR (Thematic analysis)
AND
(Tool OR instrument OR evaluation OR guide)

*Figura 29 Equação Booleana*

Utilizou-se a truncagem “\*”, com a intenção de ampliar os possíveis resultados, já que assim seria possível identificar palavras a mesma raiz.

### G. Identificação de literatura primária e envio para gestor de referências e gestor de revisões

Após a recolha da literatura primária, os artigos foram enviados para o gestor de Revisões, o software Rayyan. Um total de 466 artigos entrou neste gestor

### H. Rastreio por título/abstract no gestor de revisões

O rastreio dos artigos foi realizado pela mestrande e orientadora. A seleção foi realizada a partir da leitura dos elementos essenciais, título e resumo/abstract. Nas situações de dúvida, optou-se

ainda por olhar sumariamente a secção de método do artigo em causa. Foi um processo moroso e exigente na concentração.

### **I. Apreciação crítica da literatura – COREQ**

No estudo atual, o instrumento foi conhecido, mas não se progrediu com detalhe na apreciação dos artigos, pois o tempo necessário seria algo longo. O instrumento, pode ser consultado em <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/> ou na sua versão <https://acta-ape.org/article/traducao-e-validacao-para-a-lingua-portuguesa-e-avaliacao-do-guia-coreq/> conforme os autores o apresentam em Português do Brasil (Souza et al., 2021)

### **L. Extração de dados/achados**

Os dados dos estudos foram extraídos e podem ser observados em tabela (Apêndice J: Tabela-resumo). Os elementos desta tabela consideraram na identificação do artigo os elementos autor e ano, o objetivo, desenho, método, população, tema identificado e Conclusões.

Na extração de dados, um artigo de 2022 (Pandey et al., 2022), deixou dúvidas sobre a sua inclusão/exclusão, facto que seria a discutir no caso da revisão seguir em frente para manuscrito.

#### **3.1.1.1. Temáticas Emergentes**

### **M. Síntese de dados/achados**

O acompanhamento da mulher em TP, no sentido técnico do termo, é uma prática ancestral. O medo face à dor e/ou ao risco que as transformações fisiológicas acarretam, trouxeram ao longo das gerações, para junto da cabeceira da parturiente uma figura cuidativa. Em todas as culturas, essa figura cuidativa exibe conhecimento/experiência, interpreta sintomas, identifica riscos, acalenta, acompanha. De acordo com o conhecimento culturalmente transmitido ou a educação formal académica ou a localização político-geográfica, do mais recôndito lugar sem recursos materiais, ao mais tecnicista, importa que junto à parturiente se encontre a parteira (Aune et al., 2014; Manjate et al., 2021).

Na figura da parteira, encontram-se mulheres que cuidam outras mulheres e não raras vezes o TP é percebido como uma circunstância de dor, de perigo. O dilema obstétrico, embora atualmente controverso (Haeusler et al., 2021), trouxe uma explicação para tais receios. No evoluir dos tempos, criaram-se instrumentos de registo ou monitorização, para acompanhar a mulher em TP. O Partograma é conhecido desde há décadas, mas surgiu recentemente o LCG, sobre o qual se realizou uma revisão temática que se apresenta seguidamente.

Em manual realizado pela OMS em 2018, o uso da interpretação da cervícometria na proporção de 1 cm por hora (i.e., partograma de Friedman), deve ser abandonada (WHO, 2018). O LCG, divulgado em 2020 (WHO, 2020b) foi considerado pelos provedores de saúde como fácil de usar. De facto, o LCG é um passo importante e muito necessário, mas há mais trabalho a ser feito para remediar as causas de morbi-mortalidade materna e infantil (Bovbjerg et al., 2021). Porém existem barreiras nos cuidados de saúde, que devem ser analisadas. Algumas barreiras residem nos profissionais de saúde, que devem ser motivados através de varias estratégias, tais como: sensibilização, treinamento e incentivos financeiros (Yadav et al., 2022). As estratégias incluem também a supervisão contínua da equipe clínica sénior, auditoria e feedback (Vogel, et al, 2022).

Como o guia de cuidados durante o TP, o LCG orienta-se para cuidados centrados na pessoa, no sentido de se alcançar o melhor resultado físico, emocional e psicológico (Yadav et al., 2022). Os sistemas de saúde devem ser atualizados para fornecer esses cuidados. O LCG, embora de aparência complexa, é simples e viável, e parece ter potencialidade para reduzir o número de cesarianas primárias (Pandey, 2022). Mesmo em locais de poucos recursos o LCG é viável (Vogel et al, 2020)

São necessários estudos de maneira a descrever as experiências das mulheres que foram cuidadas, aplicando-se o LCG. É preciso compreender as suas vantagens/desvantagens, nomeadamente a aplicabilidade, implicações dos cuidados e resultados do TP. Contudo, entre os profissionais de saúde existe a convicção, de que os princípios fundamentais que constituem o instrumento se mantêm, mas pode haver maior conexão entre o partograma modificado e o novo instrumento (Ghulaxe et al., 2022). Alguns estudos consideram que o partograma existente não deve ser substituído de forma completa e repentina. A substituição deve ser um processo gradual com auditorias contínuas e avaliação de qualidade (Patabendige et al., 2021). Alguns utilizadores manifestam opinião muito favorável ao LCG, considerando que as variáveis são claras, relevantes e apropriadas. Pequenas melhorias, teriam potencial para impactar positivamente a tomada de decisão clínica (Pingray et al., 2021). O LCG evoluiu para refletir essas mudanças e motivará melhores práticas, que agregam o avanço do atendimento excelente e atencioso para todas as mulheres, novas mães e suas famílias (Ghulaxe et al., 2022), permitindo o cuidado centrado na mulher (Vogel et al, 2020). Todavia existe a necessidade de informação, sessões de treinamento, supervisão, além de mudanças específicas de contexto em cada país (Patabendige et al., 2021). O treino e a formação são aspetos referidos por vários autores (Pandey, 2022; Vogel, 2020), de maneira a familiarizar os técnicos de saúde com o instrumento. São necessárias estratégias para promover um ambiente propício para que os

profissionais usem o LCG com eficiência, além de recursos e políticas concordantes (Vogel et al, 2020). Também as formas praticas de monitorizar as mulheres em fase latente precisam ser enfatizadas. Não se deve ter pressa para transitar para o LCG e a implementação gradual e o teste piloto são etapas importantes. O LCG é uma ferramenta alternativa centrada na mulher para o partograma existente, e é necessário um trabalho futuro contínuo sobre essa ferramenta para buscar modificações práticas e garantir os impactos esperados (Patabendige et al., 2021). As propriedades clinimétricas necessitam ser estudadas, mas é já claro que o LCG permite a tomada de decisões durante o TP (Vogel et al., 2020). O LCG é um instrumento que se destina o pessoal de saúde qualificado (Vogel, et al, 2022).

Concorrendo para a análise dos textos seleccionados, construiu-se a figura de temas emergentes (figura 30).

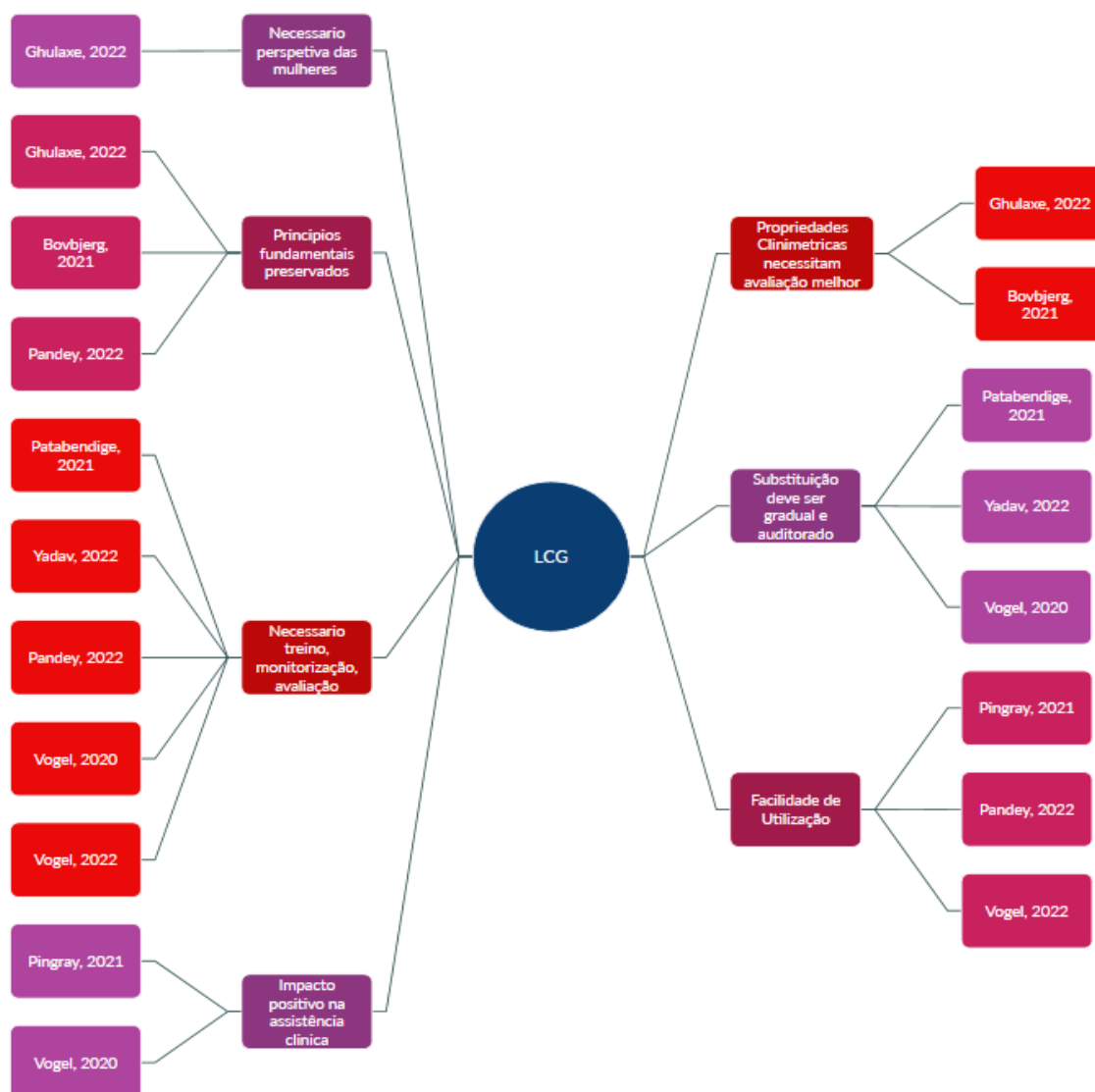


Figura 30 Mapa de temas emergentes na revisão de estudos

### 3.2. ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS NO BLOCO DE PARTOS À LUZ DO MODELO LCG

Durante o estágio nos blocos de partos, a Mestranda pode aplicar o partograma no modelo LCG nos seus registos individuais, no papel de estudante. Utilizou este modelo, transcrevendo do modelo aplicado localmente, no sentido de obter maior treino. Nem todos os campos clínicos onde o estágio foi realizado utilizam qualquer uma das gerações de partograma padronizadas pela OMS, como foi o caso campo clínico 3.

O instrumento utilizado para registo pessoal, apresentava-se em formato papel, individualmente para cada parturiente, conforme modelo OMS(WHO, 2020b). Tornou-se possível traçar o perfil das parturientes cuidadas pela mestranda. A População-Alvo foram todas as mulheres grávidas internadas na sala de partos em fase latente ou fase ativa do TP. Acredita-se que os resultados obtidos coincidem com o fundamento das competências (OE, 2018).

A atual secção apresenta os resultados recolhidos ao longo do campo clínico, recorrendo à técnica de análise estatística descritiva com utilização do IBM® SPSS® Statistics Versão 24. Os dados das práticas, foram analisados à luz do LCG, no sentido do desenvolvimento para maior familiaridade com o modelo.

Na descrição dos resultados, será útil quantificar as experiências da mestranda. No total, assistiu a 103 partos. Desses, partejou 70 (66.99%) e colaborou em 33(33.01%) (figura 31).

Realizando 70 partos, a mestranda supera o número mínimo regulamentado pela Diretiva 2005/36/EC, revista em 2009(WHO-EUROPE & Keighley, 2009), que exige na

formação de parteiras/EESMO, a realização e pelo menos 40 partos, ou em alternativa 30 realizados e 20 participados. Tal encontra-se presente na página 246 (alínea 3), do aviso nº 3916/2021 de 3 de março do Diário da República Portuguesa, onde se explica o programa formativo à luz do Regulamento de Competências da OE.

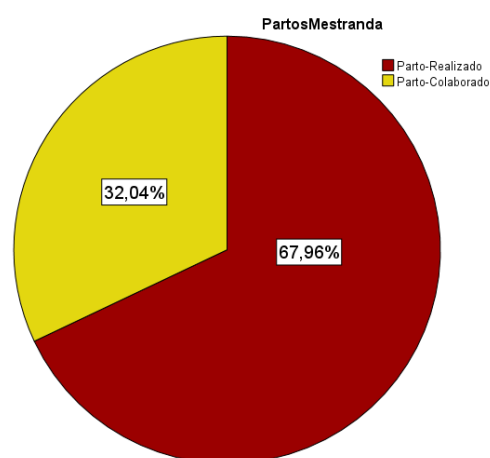


Figura 31 Partos assistidos (realizados e colaborados)

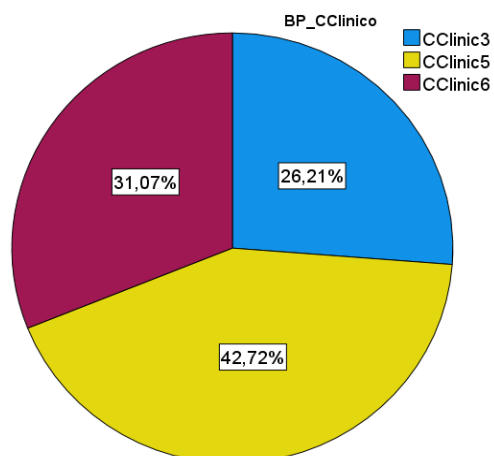


Figura 32 Contabilização dos partos de acordo com o Campo Clínico

A maior parte das experiências em Bloco de partos decorreu em Portugal, nos campos clínicos 3 (n=27; 26.2%) e 5 (n=44; 42.7%), registando-se 32 casos (31.1%) no campo clínico 6 em Moçambique (figura 32)

As experiências dos estudantes em bloco de partos, são técnica emocionalmente muito relevantes e a utilização do LCG, em tempo de formação pode trazer conhecimento

para desenvolvimento futuro (Sim-Sim et al., 2022; Vogel et al., 2021), tal como se observa em estudos que no desenrolar do ensino supervisionado, aplica o instrumento recomendado pela OMS (Khatun et al., 2022; WHO, 2020b)

### 3.2.1. Características Sociodemográficas das parturientes cuidadas nos Blocos de Partos

Relativamente a etnia, das 103 participantes, embora a grande maioria fosse caucasiana (n=52; 50.5%), constata-se a presença notória da etnia Africana (n=34; 33,0%), seguindo-se a etnia Afro-Caucaso-Indígena (n=14; 13,6%). Em menor representação se encontra a etnia Hindu (n=2; 1.9%) tendo a etnia Asiática em representação residual, conforme a tabela 1.

Tabela 1 Origem étnica das parturientes assistidas

	Frequência	Percentagem
Caucasiana	52	50.5
Africana	34	33.0
Asiática	1	1.0
Hindu	2	1.9
Afro-Caucaso-Indígena	14	13.6
Total	103	100.0

### 3.2.2. Labour Care Guide - Secção 1

#### Secção 1 – Os casos (reserva de anonimato)

WHO LABOUR CARE GUIDE				
Name	Parity	Labour onset	Active labour diagnosis [Date	
Ruptured membranes [Date	Time	Risk factors		

#### Paridade.

A paridade nos 103 casos, revelou 32 primigestas.

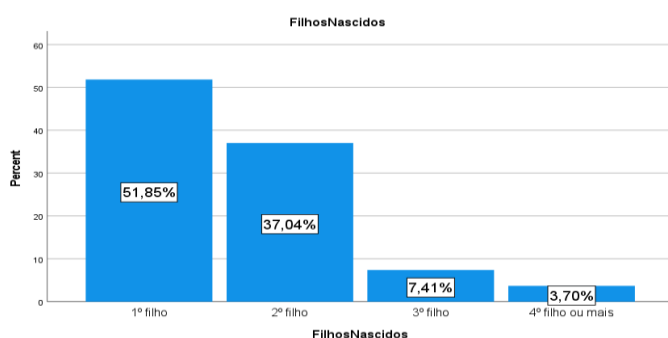


Figura 33 Representação percentual de número de filhos no Campo Clínico 3

1º parto, num país cuja média de nascimentos é de 8.03/1000 hab e a taxa bruta de natalidade nesta região foi de 7.4/1000 hab

<https://www.pordata.pt/municipios/taxa+bruta+de+natalidade-366> no ano 2021

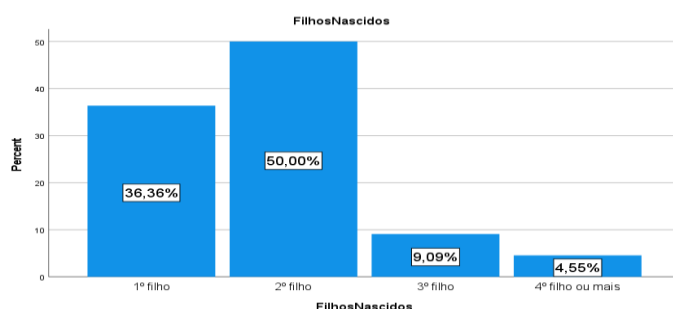


Figura 34 Representação percentual de número de filhos no Campo Clínico 5

A taxa bruta de natalidade dessa zona é de 9.3/1000hab <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+bruta+de+natalidade-366> .

#### Campo Clínico 3

A representação percentual do número de filhos-vivos dos casos assistidos no campo clínico 3, espelha a demografia de uma região envelhecida (figura 33). Cerca de metade das mulheres estava a ter o

#### Campo Clínico 5

A taxa bruta de natalidade do local onde se insere o campo clínico, revela uma região mais jovem, no caso na periferia de uma capital, onde ocorre maior movimento migratório de população interna e de estrangeiros (figura 34).



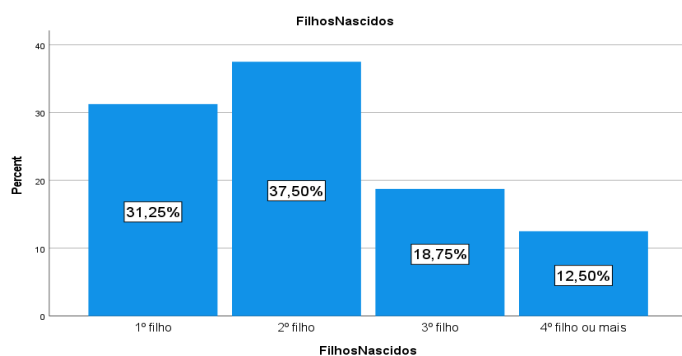


Figura 35 Representação percentual de numero de filhos no Campo Clínico 6

### Campo Clínico 6

O campo clínico, localiza-se em país da África Austral ou Meridional. Nas experiências da mestranda, os casos, revelaram uma representação percentual da ordem dos filhos que é coincidente com família alargada e

maior numero de filhos (figura 35). Os dados são concorrentes com a existência de uma população mais jovem, onde a taxa bruta de natalidade é de 38.63/1000Hab, conforme dados Index Mundi <https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=25>

### Hora de admissão no Bloco de Partos

Relativamente à hora de admissão no Bloco de partos, no campo clínico 3, a maior parte das 27 parturientes, ocorreu ao hospital entre a hora do pôr-do-sol e a hora do nascer de sol (figura 36), predominando as admissões durante a noite (n=12). Por outro lado, no campo clínico 5, a maior parte das 44 mulheres chegou ao hospital no período diurno (n=21), face a 16 (36.4%) que chegaram durante a noite, conforme figura 37.

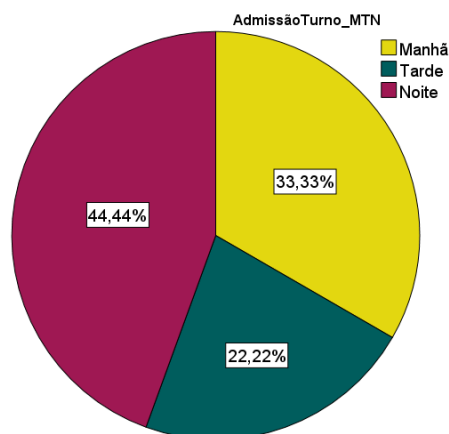


Figura 36 Período de admissão no bloco de Partos no Campo Clínico 3

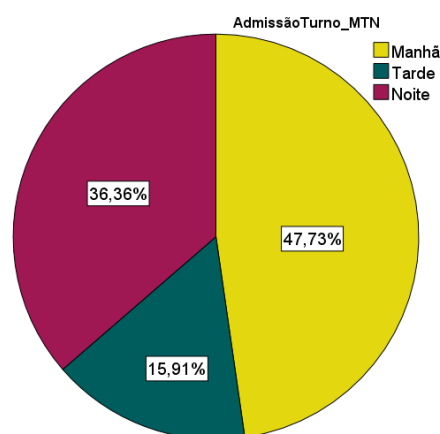


Figura 37 Período de admissão no bloco de Partos no Campo Clínico 5

Relativamente ao campo clínico 6, a maior parte (n=17) chegou durante a manhã, face a 11(34.4%) que chegou ao hospital durante a noite (figura 38). Os dados recolhidos, embora com o viés que é introduzido, pois só se observam os casos assistidos pela mestranda, confirmam no caso do campo clínico 3, o estudo na Turquia (Çobanoğlu & Şendir, 2020), onde se encontra maior numero de TP durante a noite.

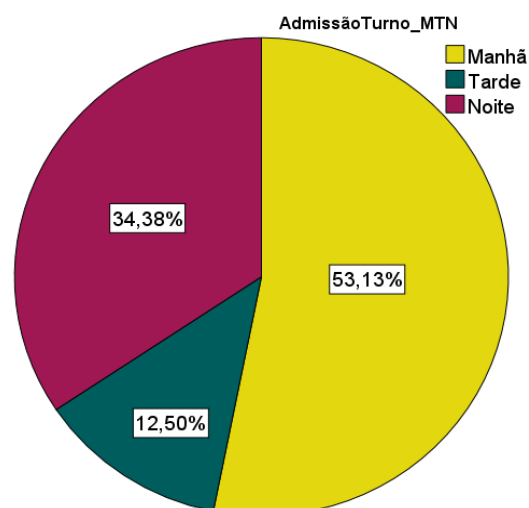


Figura 38 Período de admissão no bloco de Partos no Campo Clínico 6

É um BP acessível, numa cidade pequena da província. No caso dos campos clínicos 5 e 6, encontram-se em periferias ou cidades populosas onde porventura pode ocorrer maior facilidade de transportes no período da manhã.

#### Início da Fase Ativa do TP

WHO LABOUR CARE GUIDE				
Name	Parity	Labour onset	Active labour diagnosis [Date]	
Ruptured membranes [Date	Time	Risk factors		

Dos 103 casos assistidos, foram admitidas em TP espontâneo 66(64.1%) mulheres. Considerando cada um dos três campos clínicos como 100%, a maior percentagem de admissões, por TP espontâneo, observou-se no campo clínico de Africa (75%), seguindo-se o português na periferia de Lisboa (61.4%), e por fim o campo clínico português ao sul do país (55.6%) (figura 39).

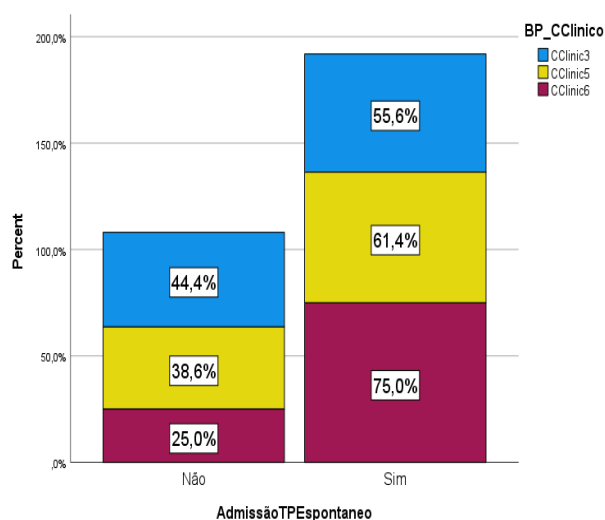


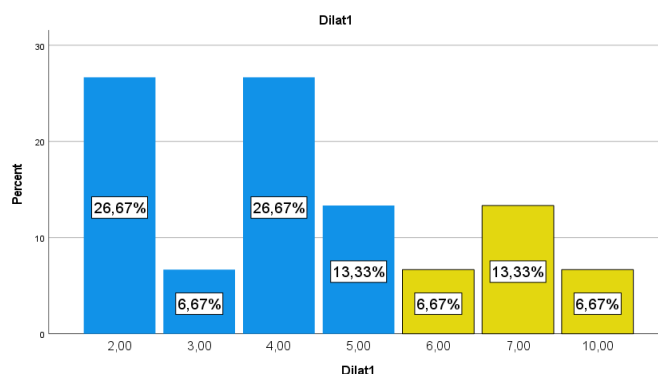
Figura 39 Percentagem de casos admitidos em TP espontâneo

Nas 66 mulheres que entraram por TP espontâneo, observou-se em cada campo clínico, a cervicometria no momento de admissão ao BP.

No Campo Clínico 3 (localizado ao Sul de Portugal), cerca de 70% das mulheres apresentavam uma cervicometria  $\leq 5$ cm, ao momento da admissão no BP, conforme figura 40 e tabela 2, para melhor se constatar a percentagem cumulativa.

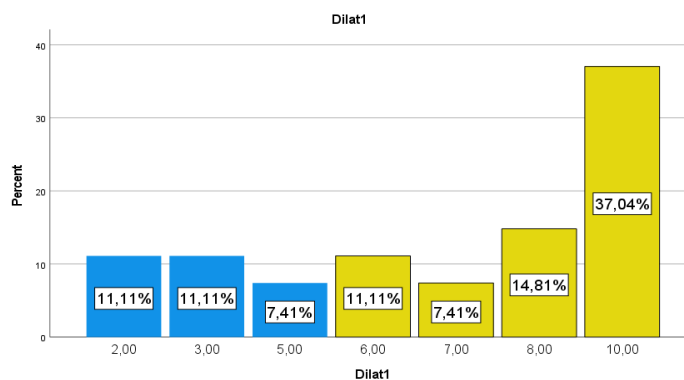
*Tabela 2 Representação percentual acumulada da cervicometria à data da admissão no BP*

cm	Frequencia	Percentagem
2	4	26.7
3	1	6.7
4	4	26.7
5	2	13.3
6	1	6.7
7	2	13.3
10	1	6.7
Total	15	100.0



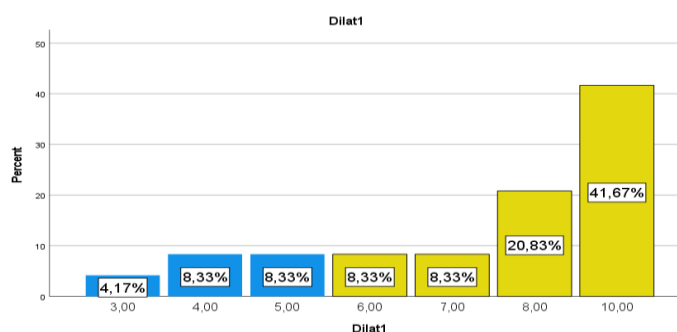
*Figura 40 Representação percentual da cervicometria ao momento de admissão no BP - Campo Clínico 3*

Considerando o Campo Clínico 5 (periferia de Lisboa), constata-se na percentagem acumulada, que na admissão ao BP, cerca de 29.6% das grávidas foram admitidas com dilatação cervical  $\leq 5$ cm, conforme figura 41.



*Figura 41 Representação percentual da cervicometria ao momento de admissão no BP - Campo Clínico 5*

Analisando o Campo Clínico 6, sediado em África, observa-se que cerca de 20.8% mulheres acorreram ao BP quando a cervicometria era  $\leq 5$ cm, conforme ilustra a figura 42.



*Figura 42 Representação percentual da cervicometria ao momento de admissão no BP - Campo Clínico 6*

Numa apreciação global dos três campos clínicos, observa-se que é no Campo Clínico 6, que se verifica maior tendência para a admissão ocorrer quando a mulher se encontra em TP ativo (figura 43).

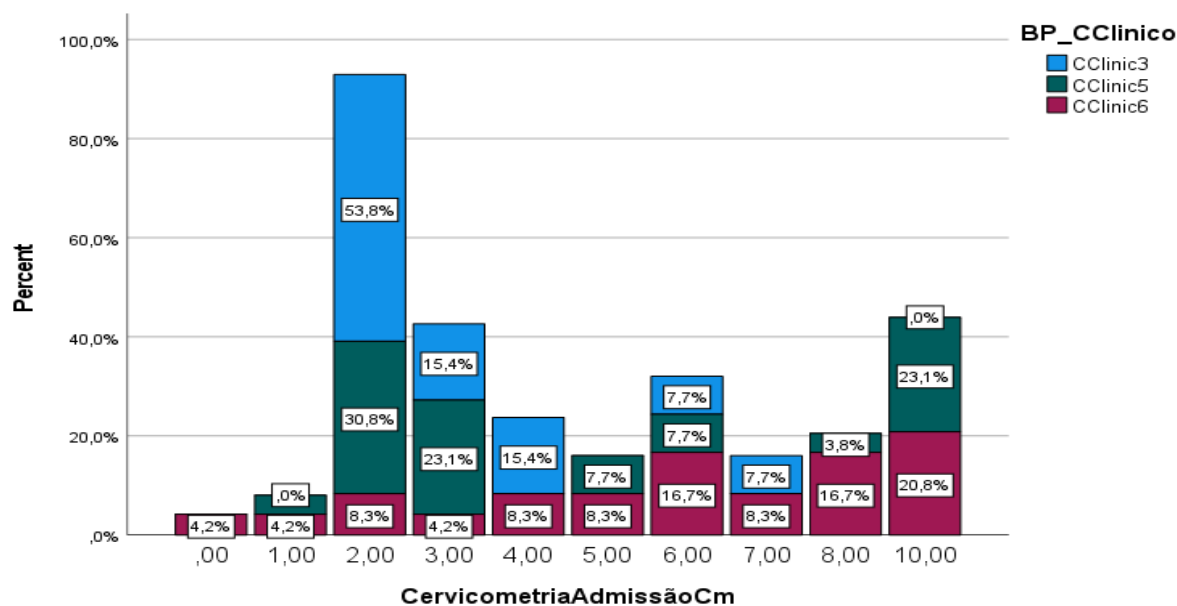


Figura 43 Panorâmica da representação percentual da cervicometria à data da admissão no BP nos três Campos Clínicos

De facto, o início do TP, foi durante algum tempo considerado aos 3cm de dilatação. A fase latente ocupava 8h e o instrumento exibia uma linha de alerta e linha de ação, está 4h à direita da primeira. Utilizava-se nessa época como modelo o “Partograma Composto”, criado em 1994 pela OMS (Neilson et al., 2003). Em 2000, o entendimento sobre o início da fase ativa, sobe para uma cervicometria de 4 cm (*modified partograph, simplified partograph*), retirando-se do modelo de partograma a fase latente (WHO, 2000, 2003). Sugerem os dados, que no Campo Clínico 3, segue-se esta corrente, embora se constatasse localmente que não é utilizado qualquer modelo de partograma. A principal razão de exclusão da fase latente do modelo de 2000, residuiu na maior probabilidade de instrumentalização/intervenção, quando esta fase se prolongava e era sobrediagnosticada (Dalal & Purandare, 2018).

Mais tarde o partograma foi modificado pela OMS, apresentando o “Labour Care Guide”, que define os 5 cm de dilatação como a taxa de dilatação mediana em mulheres de baixo risco, significando que a partir daqui, ocorrerá uma transição com progressão da dilatação cervical mais rápida (Oladapo et al., 2018). Nos campos clínicos 5 e 6, constatou-se que ocorre maior aproximação a estes parâmetros mais modernos, embora não se utilize o LCG. Resta ainda dizer que outras organizações (OE; ACOG) entendem o início da fase ativa aos 6 cm.

#### Motivos de internamento para o parto

Observou-se um conjunto de variáveis referidas ao(s) motivo(s) que levaram as mulheres a procurarem o BP. A observação das variáveis em simultâneo permitiu ver que pelas 103

mulheres, foram invocados 140 motivos. Os motivos mais representados são o TP espontâneo e a REBA (tabela 3).

Tabela 3 Motivos de admissão no BP

\$Motivo <sup>a</sup>	Respostas		
	Frequência	Percentagem	Percentagem de casos
MotAdmissãoTPEspontaneo	66	47.1%	69.5%
MotAdmissãoREBA	36	25.7%	37.9%
MotAdmissãoLAMec	5	3.6%	5.3%
MotAdmissãoHipertensão	5	3.6%	5.3%
MotAdmissãoPreEclampsia	4	2.9%	4.2%
MotAdmissãoEclampsia	2	1.4%	2.1%
MotAdmissãoHipertoniaUterina	3	2.1%	3.2%
MotAdmissãoHemorragia	3	2.1%	3.2%
MotAdmissãoCTCÑtranq	4	2.9%	4.2%
MotCesarianaEletiva	8	5.7%	8.4%
MotCesarianaUrgente	4	2.9%	4.2%
Total	140	100,0%	147.4%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Com maior detalhe, em cada campo clínico, o TP espontâneo e a REBA mantêm-se os casos mais frequentes. As situações de maior divergência nos motivos, são a hipertonia uterina, hemorragia e CTG não-tranquilizador, motivos ausentes no campo clínico 3. Por outro lado, a cesariana eletiva e pré-eclampsia estão ausentes do Campo clínico 5. A eclampsia só está presente no Campo Clínico 6, enquanto a cesariana urgente só é visível no contexto Português (figura 44).

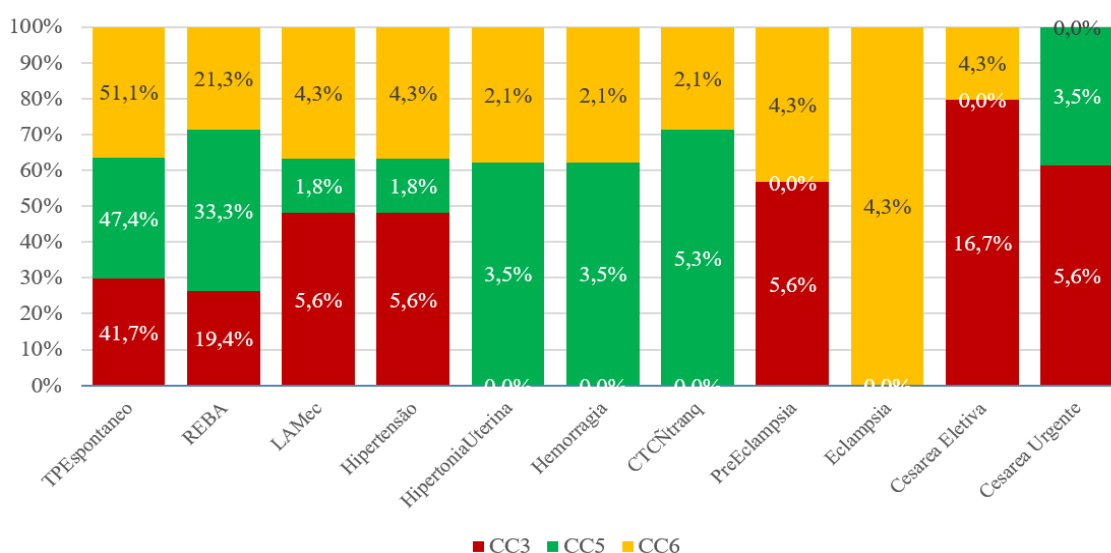


Figura 44 Motivos de admissão ao BP de acordo com os três campos clínicos

### 3.2.3.Labour Care Guide - Secção 2

#### Secção 2 – Horas em trabalho de parto e Apoio Cuidativo

		Time															
		Hours															
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12												1 2 3			
		← ACTIVE FIRST STAGE →												← SECOND STAGE →			
SUPPORTIVE CARE	Companion	N															
	Pain relief	N															
	Oral fluid	N															
	Posture	SP															

O tempo que decorreu entre a admissão da parturiente e o nascimento do seu filho foi em média de 8.61(DP=8.94) horas, variando entre o mínimo de 1 minuto e um máximo de 45.75h

Estiveram acompanhadas pelo seu companheiro/marido/familiar 35 parturientes (34%). No Campo Clínico 3, tal ocorreu em 8:27(29.6%) casos, no Campo Clínico 5 em 27:44(61.4%) casos e no campo clinico 6 nos 32 casos não foi permitido acompanhante. O registo da presença de acompanhante é um elemento destacado no LCG (WHO, 2020b). Em revisão sistemática, o acompanhante durante o TP, na figura do marido ou familiar próximo, contribuiu para o encorajamento da parturiente, foi útil e prestativa no alívio da dor, no toque afetivo. Contribuíram para uma imagem positiva, elogiando, fomentando a auto-confiança das mulheres(Bohren et al., 2016). Em alguns estudos. O acompanhante é ainda reconhecido como uma figura colaboradora dos provedores de cuidados(Chaote et al., 2021). Durante a pandemia Covid-19, houve algumas orientações das organizações de saúde (DGS: Orientação 018/2020 de 30/3/2020; atualizada 27/10/21).

O alívio da dor, através da administração de analgesia loco-regional (Epidural), foi utilizada por grande parte das mulheres nos campos clínicos portugueses (CC3 [63%] e CC5 [75%]). Não foi utilizado no Campo Clínico 6 (tabela 4).

Tabela 4 Utilização de Epidural de acordo com o campo Clínico

Epidural_SimNão * BP_CClinico Crosstabulation									
		BP_Cclinico							
		CClinic3		CClinic5		CClinic6		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Epidural_SimNão	Não	10 <sub>a</sub>	37.0%	11 <sub>a</sub>	25.0%	32 <sub>b</sub>	100.0%	53	51.5%
	Sim	17 <sub>a</sub>	63.0%	33 <sub>a</sub>	75.0%	0 <sub>b</sub>	0.0%	50	48.5%
Total		27	100.0%	44	100.0%	32	100.0%	103	100.0%

Cada letra subscrita anota um subconjunto de categorias BP\_CClinico cujas proporções de coluna não diferem significativamente umas das outras no nível .05.

A OMS faz algumas recomendações sobre a utilização de epidural, relativamente à preparação dos técnicos e recursos necessários, incluindo também a necessidade de consentimento informado assinado (figura 45).

- Figura 45 Destaque de recomendação da OMS sobre utilização de epidural*

### 3.2.4. Labour Care Guide - Secção 3

[illegible]

67

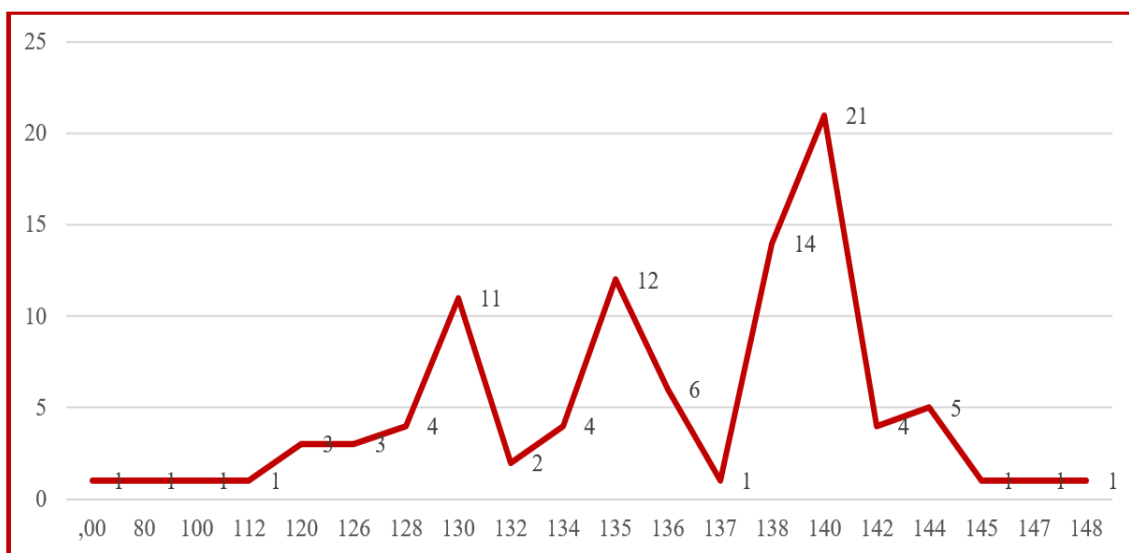


Figura 46 Avaliação dos BCF à data de admissão nos Campos Clínicos

A avaliação da FCF é um dado fundamental para o acompanhamento do TP. A OMS recomenda a auscultação intermitente, seja por meios digitais seja por Pinard (recomendação 18). A R18, embora deixando em aberto a obrigatoriedade, considera que deve haver um padrão de avaliação, considerando: a) intervalo de tempo (no 1º Estádio na fase ativa: ausculta a cada 15-30 minutos; no 2º Estádio: ausculta a cada 5 minutos); b) duração da ausculta (1 minuto; caso não esteja na faixa 110-160, deve fazer um prolongamento que possa cobrir três contrações); c) tempo (auscultar durante a contração e continuar por pelo menos 30seg pós-contração); d) Registo da FCF (registo numérico; presença/ausência de acelerações/desacelerações)(WHO, 2018)

Líquido Amniótico. O Líquido Amniótico (LA), que permite a manutenção térmica, protege de traumas, evita compressão do cordão umbilical e está envolvido nos fenómenos de diferenciação epitelial do pulmão e gastro-intestinal, diminui de volume com o avançar da gravidez(Montenegro & Rezende, 2011). A avaliação do LA é importante na admissão e ao longo do TP. Nas parturientes assistidas, observou-se rotura espontânea de membranas em 64 casos(62.1%) e artificial em 29 (28.2%). LA com aspeto turvo foi identificado em 8 casos (7.8%) e meconial em 4(3.0%).

Posição Fetal. Nos casos da assistência ao TP realizada pela mestranda, a apresentação cefálica, através da manobra de Leopold-1, foi identifica em 96 casos. Na manobra de Leopold-2, identificaram-se 21 posições direitas e 11 esquerdas; a partir desta identificação torna-se mais simples determinar o local para o foco de auscultação fetal. Na manobra de Leopold-3, utilizada para avaliar a mobilidade fetal, relativamente ao polo inferior, identificaram-se 22 casos de

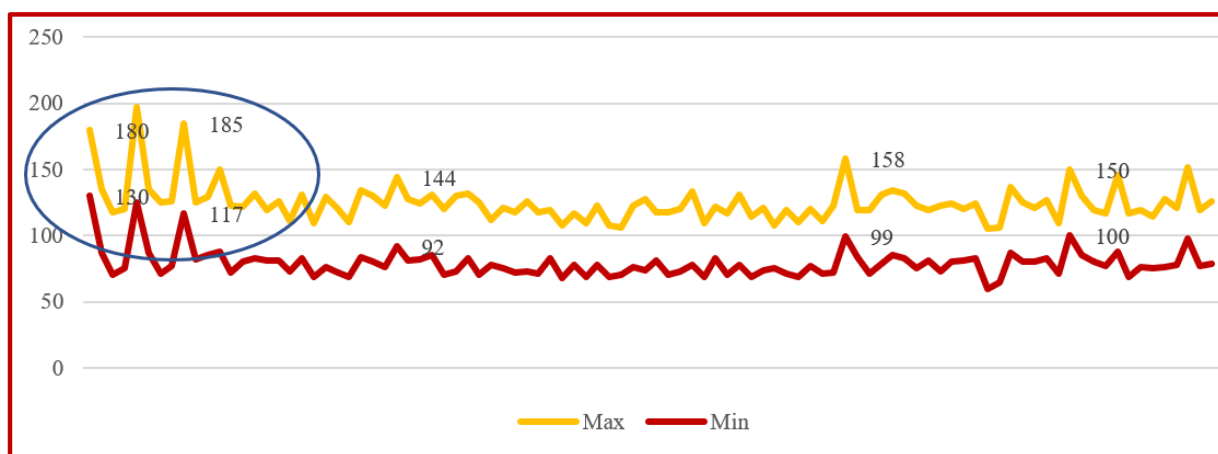


**Cavalgamento.** O cavalgamento dos ossos do crânio fetal foi avaliado em 85 casos, identificando-se 71 casos sem cavalgamento, 11 com cavalgamento + e três casos com cavalgamento ++. O cavalgamento dos ossos do crânio fetal constitui uma facilitação para o parto, já que os diâmetros ficam reduzidos e assim, compatíveis com os diâmetros da bacia materna (Montenegro & Rezende, 2011; Rosenberg & Trevathan, 2002).

#### Secção 4 – Apreciação da mulher-parturiente

[illegible]

TA Diastólica ( $\geq 90$ ). Encontrava-se acima de 90 em 7 casos. A figura 47 ilustra os casos avaliados pela mestrand.



69

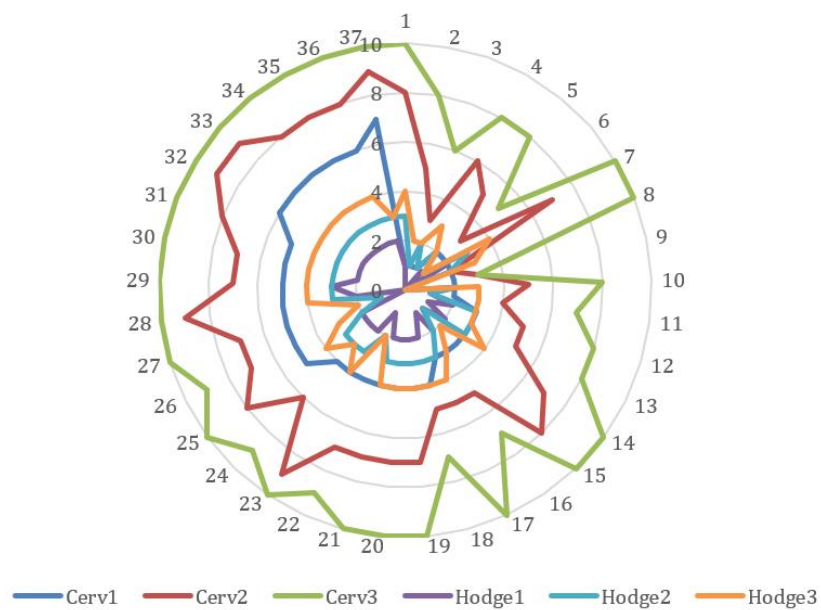
Contrações em cada 10 minutos. Na admissão ao BP, as contrações em cada 10 minutos estavam presentes conforme documenta a tabela 5, estando ausentes em 34 mulheres. Por outro lado, ao avaliar as contrações, constatou-se também que cinco mulheres se encontravam com um quadro de hipertonia (tabela 6).

Cervicometria. A dilatação cervical, conforme o modelo do LCG, diz respeito a mulheres que são admitidos com 5 ou cm de cervicometria. De facto, o LCG, prevê a abertura/início do registo, na fase que define como “Fase ativa do 1º Estádio do TP”. Registaram-se 32 casos de partos cujo as mulheres foram admitidas com 5 ou mais cm de dilatação cervical. A duração média do TP foi de 2.45horas, variando entre 3 minutos e 8.9horas (tabela 7).

*Tabela 7 Duração do TP nos casos de parturientes admitidas com cervicometria  $\geq 5$  cm*

Código	Data	Campo Clínico	Cerv	Duração do TP - horas	Duração do TP - Minutos
1	25/07/21 19:52	CC3	6	0.52	31
16	03/10/21 08:31	CC3	7	4.93	296
20	11/10/21 11:19	CC3	6	2.58	155
29	06/12/21 09:32	CC5	8	1.6	96
31	06/12/21 11:04	CC5	10	0.25	15
30	06/12/21 11:04	CC5	6	3.6	216
33	10/12/21 10:00	CC5	5	4	240
34	10/12/21 14:39	CC5	10	0.15	9
40	13/12/21 10:12	CC5	10	0.13	8
46	29/12/21 06:18	CC5	5	3.37	202
50	04/01/22 19:19	CC5	6	3.8	228
53	11/01/22 05:01	CC5	10	0.17	10
55	12/01/22 01:28	CC5	10	0.35	21
71	16/02/22 06:00	CC6	6	2.83	170
75	17/02/22 10:10	CC6	7	2.17	130
76	18/02/22 09:05	CC6	10	0.1	6
77	18/02/22 10:00	CC6	8	1	60
78	19/02/22 07:50	CC6	7	4.5	270
79	21/02/22 08:48	CC6	8	2.03	122
81	22/02/22 07:28	CC6	10	0.53	32
82	22/02/22 13:40	CC6	8	0.52	31
84	25/02/22 05:00	CC6	5	3.33	200
87	25/02/22 12:20	CC6	10	0.08	5
90	28/02/22 11:00	CC6	10	0.53	32
91	01/03/22 05:30	CC6	6	3.2	192
92	01/03/22 11:28	CC6	10	0.05	3
97	08/03/22 09:30	CC6	5	3.5	210
98	08/03/22 11:00	CC6	6	3.5	210
100	09/03/22 09:00	CC6	6	4.75	285
99	09/03/22 10:00	CC6	8	1.53	92
102	11/03/22 00:00	CC6	10	8.92	535
103	11/03/22 00:00	CC6	7	0.02	1

Nos 37 casos, onde foi possível registar simultaneamente três momentos sequenciais de avaliação da cervicometria e a descida nos planos de Hodge, observa-se a graficamente a relação entre a maior dilatação e a insinuação na pelve, conforme os planos de Hodge (figura 48)



*Figura 48 Relação entre cervicometria e Planos de Hodge*

O processo de aprendizagem foi exigente mas muito empenhado.

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

A reflexão sobre as práticas constitui uma parte fundamental sobre o processo de aprendizagem. Para realizar a reflexão, a estudante rememora as experiências e confronta com as expectativas iniciais, face ao potencial que identificava em si mesmo, para atingir os objetivos. O processo reflexivo acompanha-se de desenvolvimento, pois também promove o amadurecimento pessoal e profissional (WHO, 2014). Em Portugal, a OE definiu um conjunto de competências comuns e específicas para os EESMO. Tal concorre para o conteúdo dos curricula escolares dos mestres em SMO. Nas secções seguintes, com orientação para essas competências, far-se-á uma análise reflexiva da mobilização de competências.

### 4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Abordam-se as competências comuns do EESMO, considerando o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 26. Para a reflexão da mobilização de competências, utilizam-se as experiências profissionais vividas no quotidiano da mestranda.

#### Competências A

##### Responsabilidade profissional, ética e legal

**Competência AI:** *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

Exemplo de Atividades:

- Cuidados Respeitosos aos utentes
- Utilização de princípios éticos
- Manutenção de confidencialidade e garantia de anonimato no relato de experiências/casos clínicos
- Conhecimento de orientações, normas e protocolos locais

**Reflexão.** O Cuidado Respeitoso na Maternidade (*Respectful Maternity Care – RMC*) é um conceito que abrange os cuidados prestados a todas as mulheres, no sentido de assegurar a sua dignidade, privacidade e confidencialidade. Simultaneamente garante a ausência de prejuízo e/ou maus-tratos, permitindo escolhas informadas e apoio contínuo durante o TP (WHO, 2021). Em revisão de estudos, identificaram-se 12 domínios do RMC (Shakibazadeh et al., 2018), a mestranda procurou preservar junto das mulheres que assistiu, nomeadamente privacidade, o trato sem prejuízo, a dignidade da mulher, tanto em TP, como em qualquer outra situação clínica; Também se preocupou em fornecer às utentes a informação sobre o evoluir da sua situação e o consentimento informado, pois é simultaneamente uma das recomendação da OMS (WHO, 2018).

Ocorreu alguma contensão na garantia de acesso contínuo ao apoio familiar e no respeito pelas escolhas da mulher. O período de crise de saúde que se vivenciou durante a Pandemia, trouxe normas, orientações e hábitos, que interrompiam ou interditavam o acompanhamento de familiares. Alguns momentos foram algo críticos, pois eticamente na posição de estudante, haveria que respeitar as normas de serviço, embora fossem conhecidas já as alterações emanadas pela DGS (i.e., Orientação 018/2020 de 30/03/2020, atualizada em 27/10/2021; [https://www.sip-spp.pt/media/x4sjjcia/gravidez\\_parto\\_dgs\\_10\\_2021.pdf](https://www.sip-spp.pt/media/x4sjjcia/gravidez_parto_dgs_10_2021.pdf)). Por outro lado, em alguns momentos, foi também algo dissonante, respeitar as escolhas, nomeadamente em serviços onde o Plano de Parto não é reconhecido como instrumento de maior valia. Na verdade, é algo contraditório, perante as *guidelines* da DGS que fomenta a utilização deste instrumento (DGS, 2020).

O RMC é uma preocupação também dos países africanos. Tal preocupação sugere a procura de resposta, na intenção de diminuir a morbi-mortalidade perinatal. Surgiram recentemente estudos sobre esta temática, na Nigéria, país onde a mortalidade materna no ano de 2017, foi de 917/100000 nados-vivos (conforme indexmundi <https://www.indexmundi.com/map/?v=2223>). Foi um estudo qualitativo, exploratório com 20 parteiras de duas unidades de saúde (figura 49), exibindo os resultados a ideia de que os cuidados

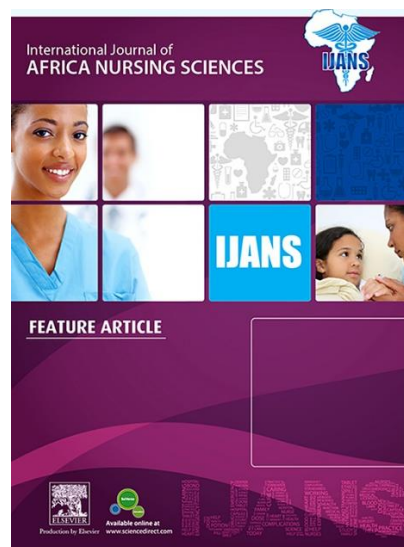


Figura 49 Pagina de Periódico

Fonte:

<https://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-africa-nursing-sciences>

mostram sigilo, disponibilidade de condições de higiene, mas também a necessidade de investir e formar mais os profissionais no sentido de desaparecerem algumas situações de negligência, trato desrespeitoso, não-permissão de acompanhante, consentimento informado entre outros (Ige & Cele, 2021).

Curiosamente, o manual de treino dos formadores da Nigéria, inclui o ensinamento sobre o uso de partograma da OMS (figura 50).



Figura 50 Manual Respectful Maternity Care – Nigeria

Fonte:

[https://www.healthpolicyproject.com/pubs/789\\_WRANToolkit\\_FINAL.pdf](https://www.healthpolicyproject.com/pubs/789_WRANToolkit_FINAL.pdf)

No caso, dado que a publicação é de 2015, o modelo referenciado é o anterior ao *modified WHO partograph*. No modelo apresentado, incluía-se ainda a fase latente, iniciando-se a fase ativa a iniciar 4cm de dilatação (Syal, 2020).

Na verdade foi recompensador para a mestranda constatar que as suas preocupações com o RMC estão progressivamente a ser implantadas no continente africano (White Ribbon Alliance, 2015).

A leitura tanto de orientações, de normas e de protocolos locais favoreceu a integração da mestranda nos vários serviços. Tal foi facilitado por algumas supervisoras e em outros serviços foi conseguido através da busca em página da instituição.

Os princípios éticos foram respeitados no trato com as mulheres/utentes e acautelados nos procedimentos realizados. Assim, na apresentação, a mestranda referia a sua condição de estudante, sempre disponível para realizar cuidados, mas também respeitando as manifestações das utentes. A anonimização dos dados foi também cumprida, nos vários exercícios académicos.

## Competência A – Melhoria Continuada da qualidade

*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 situações comprometedoras para os clientes.

Exemplo de Atividades:

- Realizar práticas seguras
- Proteger os Direitos Humanos

**Reflexão.** Auferir de práticas seguras, é a expectativa dos utentes dos cuidados de saúde. Tal é sobretudo sublinhado nas situações do ciclo gravídico-puerperal, já que as utentes não estão doentes e utilizam os serviços de saúde, na maioria das vezes, por motivo de felicidade. As práticas seguras, através das dotações seguras, são defendidas pela OE, que durante a Pandemia se manifestou identificando défices no SNS. Também a OMS desenvolveu orientações no sentido de prevenir os erros ou quase-erros ou quase-acidente materno ou na denominação inglesa os *maternal near-miss*. Define tal conceito como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o término da gravidez”(WHO, 2011a).

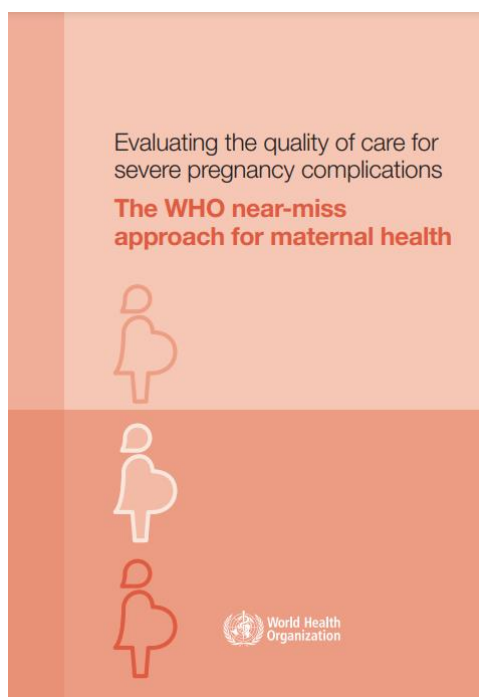


Figura 51 Publicação da OMS - Near-miss approach  
Fonte: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44692>

A figura 51, ilustra o manual da OMS O *maternal near-miss* é um indicador importante de Saúde Materna, estando definido como as situações em que a grávida/parturiente/puérpera passa por uma situação próxima da letalidade, mas não tem o desfecho de morte. São mais frequentes que a morte materna. Levam ao melhor conhecimento das situações críticas e a reflexão sobre como evitá-las. A sua utilidade reside no levantamento das falhas dos sistemas de saúde e é mesmo uma ferramenta importante para criar estratégias de melhoria de cuidados (Chhabra, 2014; WHO, 2011a)

Os Direitos Humanos na área da Saúde Materna constituíram um forte interesse da mestranda, e uma auto-observação do seu desempenho. De facto, esteve presente o espírito de ajuda às mulheres assistidas pela mestranda, o empenho em dar o seu melhor. Houve consciência de que as mulheres em fase gravídico-puerperal estão numa fase sensível e vulnerável da sua vida. Os Direitos Humanos quando pensados no feminino, são ainda carentes, desrespeitando a mulher como pessoa, não reconhecendo verdadeira equidade de género (WHO, 2014a). Muito há ainda a fazer, em particular em situações onde a violência doméstica ou violência por parceiro íntimo são uma realidade pouco assumida.



## Competência B

### Melhoria Contínua da Qualidade

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

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

**Competência3:** Garante um ambiente terapêutico e seguro

**Descritivo B1:** 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.

**Descritivo B2:** 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.

**Descritivo B3:** 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 envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco

Exemplo de Atividades:

- Desenvolvimento para a Qualidade
- Preparação/Previsão de projetos institucionais

A qualidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica dão segurança aos utentes e levam à opção por determinadas unidades de saúde. A qualidade dos cuidados é uma preocupação da OMS, que se exprimiu na formulação dos objetivos de desenvolvimento do Milénio 4 e 5. De facto, era uma área negligenciada e as recomendações incluem, fundamentar com as evidências as intervenções que se pretendem introduzir ou modificar (van den Broek & Graham, 2009).



Figura 52 Manual de Padrões de Qualidade em Saúde Materna – OMS

Fonte:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>

Os estudos começaram a surgir e a OMS criou mesmo uma lista de padrões para a melhoria (figura 52), tanto abordando os profissionais de saúde, como as mulheres (Lazzerini et al., 2020; Lazzerini et al., 2019). Para os profissionais, os indicadores mais relevantes, foram a formação regular, a disponibilidade de protocolos clínicos. No Manual dos Padrões de Qualidade da OMS (WHO, 2016a) a medida 5.3, refere textualmente:

*Padrão 1: Toda a mulher e recém-nascido recebem cuidados de rotina baseados em evidências cuidado e gestão de complicações durante o trabalho de parto, parto e período pós-natal precoce, de acordo com as diretrizes da OMS (WHO, 2016a)*

De entre os cuidados, encontra-se a monitorização do TP utilizando o partograma. Naturalmente que em 2016, o modelo de partograma não se reportava ao LCG. Porventura, mais uma razão que conduziu a mestranda ao interesse de, na sua formação, aprofundar o conhecimento sobre a utilização do LCG.

O tempo de formação é um tempo de preparação para o futuro profissional e também um tempo de previsão ou antevisão daquilo que o mestrado pode ter oferecido para a continuidade e a qualidade de cuidados profissionais. Dado que a mestranda se dedicou ao tema do LCG, desenvolveu conhecimento sobre experiências de aplicabilidade do instrumento (WHO, 2020b).

O instrumento é novo (WHO, 2020b) e alguns estudos investigam sobre a aceitação e satisfação dos profissionais, revelando resultados positivos (Vogel et al., 2021). Na verdade, o facto de ter-se conseguido, no decorrer do seminário sobre o Partograma na UEESESJD em 11 de dezembro através da gentileza e interesse da empresa Speculum-Maternum®, a promessa de um modelo digital de Partograma/LCG para a instituição de proveniência (i.e., Hospital Rural do Songo), deixou entusiasmo na mestranda. Apesar de aplicar o modelo convencional de Partograma, a mestranda treinou também o LCG nas mulheres que assistiu, conforme exemplo no Apêndice K. O treino deixou preparação que se julga necessária e suficiente, para após o mestrado, ser possível desenhar um projeto de aplicação do LCG no Hospital Rural do Songo em Cahora Bassa.

## **Competência C**

### **Domínio da Gestão de Cuidados**

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

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

**Descritivo C1:** 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.

**Descritivo C2:** 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

**Descritivo B3:** 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 envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco

Exemplo de Atividades:

- Integração e colaboração nas equipas
- Tomada de decisões cuidativas
- Uso de recursos no sentido da qualidade
- Gestão dos diferentes ambientes de cuidados

Integrar uma equipa de cuidados, é um desafio, em particular quando se está na situação de estudante, acrescentando-se o facto de a mestranda ser proveniente de outro país. O processo de integração foi progressivo e naturalmente, a referência da mestranda, baseou-se no seu conhecimento anterior, tanto teórico como clínico

Para a integração, foi necessário, nas várias colocações/campos clínicos, comunicar eficazmente com os pares profissionais, foi necessário identificar as fronteiras de autonomia enquanto estudante, já que como referem alguns autores, nos estudantes das áreas de saúde, existe uma certa incerteza no início da experiência em cada campo clínico (van Dijk et al., 2017). A vontade de colaborar com as equipas levou à socialização profissional, passando a mestranda, de um lugar periférico (i.e., a estranha/estrangeira que chega à equipa), para uma posição participativa, que revelou à sua aceitação na comunidade profissional dos vários locais do ENPRF. A mudança da posição periférica, para a posição participativa, foi também influenciada pela motivação dos elementos da equipa, dos supervisores, que no seu papel proporcionam experiências, oferecem pontos de vista e realizam críticas construtivas. De facto, os membros da equipa, ao facilitar esse processo também beneficiam, pois a aprendizagem é mútua (Thrysoe et al., 2010).

A superação bem-sucedida de experiências melhorou a compreensão sobre assistência e o desenvolvimento pessoal/profissional, conforme reconhecem alguns estudos (Stoffels et al., 2022), permitindo à mestranda, uma abordagem pessoal na aprendizagem, com a consequente tomada de decisão supervisionada. Na verdade, o interesse da tomada de decisão supervisionada, procurou atingir padrões de qualidade. Seja o exemplo do treino de utilização do LCG, que foi exigente para a mestranda, pois na gestão dos cuidados durante o TP, o modelo presente em Portugal, mantém-se ainda no formato anterior. Porventura espelha-se nesta competência do Domínio da Gestão de Cuidados, a afirmação de alguns autores (Stoffels et al., 2022), quando reconhecem que o facto de os alunos se sentirem suficiente seguros nas

colocações clínicas, convertem as experiências em situações de aprendizagem significativas, ocorrendo discussões críticas na equipe.

Os diferentes ambientes de cuidados onde ocorreram as práticas, foram um exemplo da capacidade de adaptação da mestranda. Nomeadamente no tipo de situações/mulheres que foram objeto de cuidados, considerando os recursos locais. Seja o exemplo do hospital em Moçambique, onde os recursos disponíveis para lidar com a dor, dependem sobretudo da capacidade de interação EESMO-/parturiente, dos métodos não-farmacológicos, assente numa perspetiva de parto não-medicalizado, conforme sustenta a OMS (WHO, 2018) *versus* a forte expectativa das parturientes dos hospitais portugueses, em obter uma experiência de parto medicalizada, não raras vezes, sugerida pelos profissionais. De facto, na gestão dos cuidados nos diferentes ambientes, o estilo e recursos da mestranda, para atingir a qualidade, respeitar a ética cuidativa, seguir *guidelines* da OMS, cumprir orientações locais e sobretudo prestar cuidados respeitosos, resultaram na aquisição de competências que se enquadram nos três domínios da aprendizagem: 1) saber (domínio do conhecimento ou cognitivo), 2) saber ser (domínio relacional ou socio-afetivo) 3) saber fazer (domínio instrumental ou psico-motor). Apesar de ser uma teoria dos anos 50 (i.e., 1956), os três domínios da Teoria de Aprendizagem de Bloom continuam presentes na investigação sobre os processos educativos em estudantes da saúde (Adams, 2015) e foram uma referência da mestranda no seu processo de aprendizagem

## Competência D

### Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

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

**Competências D2:** *Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*

**Descritivo D1:** 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.

**Descritivo D2:** 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

### Exemplo de Atividades:

- Assistência assertiva em condições de pressão.
- Gestão do autoconhecimento e de sentimentos
- Reconhecimento de recursos/limites pessoais/profissionais.

- Colaboração em estudos
- Criação de oportunidades de maior conhecimento através de análise fundamentada de situações clínicas

As atividades desenvolvidas para atingir esta competência, desenrolam-se num espaço pessoal privado, onde as autorreflexões sobre potencialidades/dificuldades pessoais são pesadas e avaliadas. Refletirão, para o espaço público, em fase posterior, a capacidade pessoal/profissional de cada pessoa.

No contexto da saúde das mulheres, qualquer que seja a faixa etária, ou fase do ciclo obstétrico-ginecológico em que a EESMO presta assistência, revelam-se casos de dilemas, enquadramentos de felicidade/drama/tristeza/alegria com os quais a mestranda contactou. Se o nascimento provoca no EESMO lágrimas de felicidade, também lhe proporciona elevado stress. Seja o exemplo de distocia com aplicação de fórceps, hemorragia pós-parto grave por atonia uterina, interrupção da gravidez por defeito de encerramento da abobada craniana, entre outras. A hemorragia pós-parto é ainda um grave problema na saúde materna. Nas mortes maternas que subiram nos últimos 20 anos, nos USA, de 7.2% para 16.9%, destas 11% são devidas a hemorragia pós-parto (Wiesehan et al., 2023). Subsiste nos profissionais que vivem estas situações, a ideia que alguns casos poderiam ser evitados, aspeto que é emocionalmente duro. De facto, a gestão de sentimentos é fundamental nas experiências das parteiras. Consideram alguns autores em revisão sistemática de literatura, que as profissionais que presenciam partos traumáticos podem ficar emocionalmente afetadas. São por vezes situações deste tipo que levam a baixa autoconfiança. No círculo profissional, o apoio dos colegas, pode ser fundamental para partilhar a experiência traumática (Aydın & Aktaş, 2021). Durante o estágio foi possível discutir com os supervisores vários pontos de vista, sobre diferentes situações clínicas mais difíceis, identificando os recursos/limites e assim encontrar a progressão para o sucesso nos campos clínicos e para a construção da identidade profissional. A identidade profissional das parteiras, nem sempre percorre um caminho simples, observando-se que surgem por vezes conflitos no percurso de formação (Sun et al., 2022), porém superados se perduram o empenho, a motivação e o fascínio pela profissão e pelo conhecimento na área (Sim-Sim et al., 2022; Sun et al., 2022).

O crescer do conhecimento obstétrico-ginecológico foi uma das competências de grande investimento da mestranda. Ao longo do ENPRF houve oportunidade de documentar-se em fontes de informação científica. O acesso a BD tanto de forma livre, através da Internet (i.e., exemplo PubMed), como de BD assinadas pela Universidade, foram um excelente contributo para o desenvolvimento. De facto, ao surgir de situações clínicas pouco frequentes, ou a

discussão de temáticas, assim como a elaboração de reflexões clínicas, forneceram os motivos para a pesquisa da melhor evidência. Tal, acarretou outros ganhos, nomeadamente a familiarização com gestor de referências para stock de informação e escrita “*cite while you write*” (i.e., EndNote Web), gestor de bibliografia para revisão temática (i.e., Rayyan), além de outros software (i.e., SPSS).

## 4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências específicas do EESMO, constituem o substrato fundamental das funções e simultaneamente o desempenho que se espera nas atividades profissionais quando os/as utentes ou a equipa deles necessitam. Estão formalmente definidas no Diário da República, 2ª Serie, nº 85, de 3 de maio de 2019, no Regulamento nº 391/2019. As competências representam uma gama de habilidades, *skills*, a utilizar no quotidiano das situações normais saúde/doença e nas ocorrências críticas. As competências profissionais das EESMO são sobreponíveis às das *midwives* em todo o mundo e nas suas grandes áreas abarcam a gravidez segura, o parto seguro, a contraceção, a assistência à saúde da mulher e em alguns países, dá-se ênfase à violência e infeções sexualmente transmissíveis (Mirmohammad Ali Ie et al., 2021; WHO, 2014). Assim, regressando ao contexto português, orientando-nos pelos descritivos do Regulamento nº391/2019, se expõem e analisam as atividades e contributos para a aquisição de competências

### Competência 1

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

**Descritivo 1:** *Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade*

De forma resumida, se sintetiza as principais atividades realizadas

- Avaliação do peso, tensão arterial (TA).
- Entrega de métodos contraceptivos orais (ACO), anéis, apoio na inserção e remoção de implantes (Implanon) e dispositivos intrauterinos (Mirena e Kyleena) respetivo ensino/reforço.
- Escolha de um método de contraceção para o início de uma Vida Sexualmente Ativa
- Intervenções para proteção da saúde e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis.
- Entrega preservativos e reforçados ensinamentos sobre a utilização dos mesmos;
- Registos em Boletim de SR/PF e SClínico®.

**Reflexão:** O controlo da fertilidade foi a situação que trouxe mais casos à experiência da mestrandia, enquanto decorreu o campo clínico orientado para o período pré-concepcional.

O Regulamento das Consultas de Planeamento Familiar, publicado no Diário da República (i.e., Portaria 52/85 de 16 de janeiro), foi um marco importante, tanto para os profissionais de saúde, no sentido da gestão sobre o atendimento, como para os utentes, no sentido de auferir gratuitamente orientações e métodos, aspetos condicentes com decisões responsáveis sobre a sua saúde sexual e reprodutiva.



*Figura 53 Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (Capa)*

A DGS em Portugal, fez sair uma circular informativa (i.e., n.º01/DSMIA de 16/1/2006), que orienta sobre os procedimentos e dados a recolher no Boletim (figura 53). Neste modelo de Boletim, a mestrandia teve oportunidade de fazer os registos sobre as mulheres observadas.

Em Portugal a taxa de nascimentos tem vindo a diminuir acentuadamente desde 1960 (24.1/1000hab, tendo ocorrido no ano de 2021 cerca de 7665 nascimentos, o que significa uma taxa 7.7/1000 habitantes, um declínio de .44% relativamente ao ano anterior (Pordata, 2022). O índice de sintético de fecundidade em Portugal era no ano

2021 de 1.34, sabendo-se que desde 1981 que não existe reposição de gerações, pois não se atingiu o mínimo necessário para tal (i.e., ISF=2.1).

Respondendo a esta competência, a mestrandia teve oportunidade de a) cuidar de adolescentes/jovens/adultas e seus parceiros quando presentes em consulta ou quando necessitavam de contraceção, b) identificar situações de risco na vivência da sexualidade de forma supervisionada. A presença do parceiro sexual não acontece com frequência, deixando à mulher a responsabilidade contracetiva. Porém, nem sempre há concordância dos elementos do par na decisão, nomeadamente do elemento masculino, denominando-se este comportamento “interferência contracetiva”. Tal comportamento no par heterossexual, acarreta frequentemente conflito verbal e sexual e desempoderamento da mulher, já que não vê respeitada a sua vontade nos aspetos mais íntimos da sexualidade (Katz & LaRose, 2018). Conforme referem os autores citados, estas mulheres correm risco de gravidez indesejada, IST, mimetizando coerção reprodutiva, uma das formas de coerção sexual (Moore et al., 2010). A consulta pré-concepcional, foi assim um espaço de interação relacional, procurando também perscrutar o/a utente/cliente quanto à satisfação no uso dos métodos, vontade de mudança, entre outros, além do fornecimento de contraceção.



Uma das situações mais desafiadoras nos contactos com as situações clínicas, foi a interrupção de gravidez por malformação fetal defeito no encerramento da abóbada craniana. A “acalvária primária”, constitui uma malformação congénita, na qual as estruturas ósseas da abóbada do crânio estão ausentes além da dura-máter (Hawasli et al., 2014; Rios et al., 2010). A acalvária é uma alteração na fase embriológica. Tem sido atribuída a migração anormal do tecido mesenquimal no início da quarta semana de desenvolvimento. É rara, com poucos casos relatados na literatura. Para melhor conhecimento da temática, a mestranda realizou uma busca em BD (Wiley Online Library: Apendice L: Acalvária)

## Competência 2

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

**Descritivo 2:** *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*

De forma resumida, se sintetiza as principais atividades realizadas

- Avaliação do peso (aumento ponderal), TA, e observação de edemas (não fisiológicos) - Combur (exame sumário da urina).
- Observação dos exames realizados (análises - Norma DGS nº 37/2011 e ecografias).
- Medição da altura do fundo uterino, e aplicação das manobras de Leopold.
- Auscultação dos batimentos cardio-fetais (BCF).
- Orientação e administração da vacina contra a tosse convulsa, tétano e difteria (Orientação DGS - nº 002/2016 de 15 de Julho).
- Confirmação de fator RH, das grávidas e do cônjuge.
- Administração de Imunoglobulina anti -D (Circular normativa DGS nº 2/DSMIA, 15/01/07) e respetivo registo no BSG e no sistema informático.
- Atualização, e registo no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e respetivo registo Informático de todos os focos em sistema SClínico®.
- Acompanhamento e administração de fármacos para IMG por gravidez ectópica, aborto retido e interrupção por malformação congénita trissomia 21 (Metotrexato e Misoprostol).
- Ensinos sobre os cuidados a ter durante a gravidez, sinais de perigo durante a gravidez, preparação da mala para a maternidade, amamentação, alimentação durante a gravidez e sinais e sintomas de risco e de início de TP.
- Diagnóstico precoce (Norma DGS nº 012/2017), sobre o período de puerpério e movimentos fetais de Cardiff. (OE, 2015).

**Reflexão:** Durante a experiência clínica para atingir esta competência realizou-se a observação e o acompanhamento de 145 mulheres na consulta nos CSP. A maior parte dos casos era de mulheres com gravidez desejada e planeada. A capacidade reprodutiva permite a continuidade das gerações, mas o desejo de gravidez, o desejo de ter um filho e a tomada de decisão para engravidar é diferente de acordo com o envolvente social, como demonstram as estatísticas indexmundi (figura 54), onde se registam os opostos, ou seja, os países com maior e menor taxa de fertilidade.



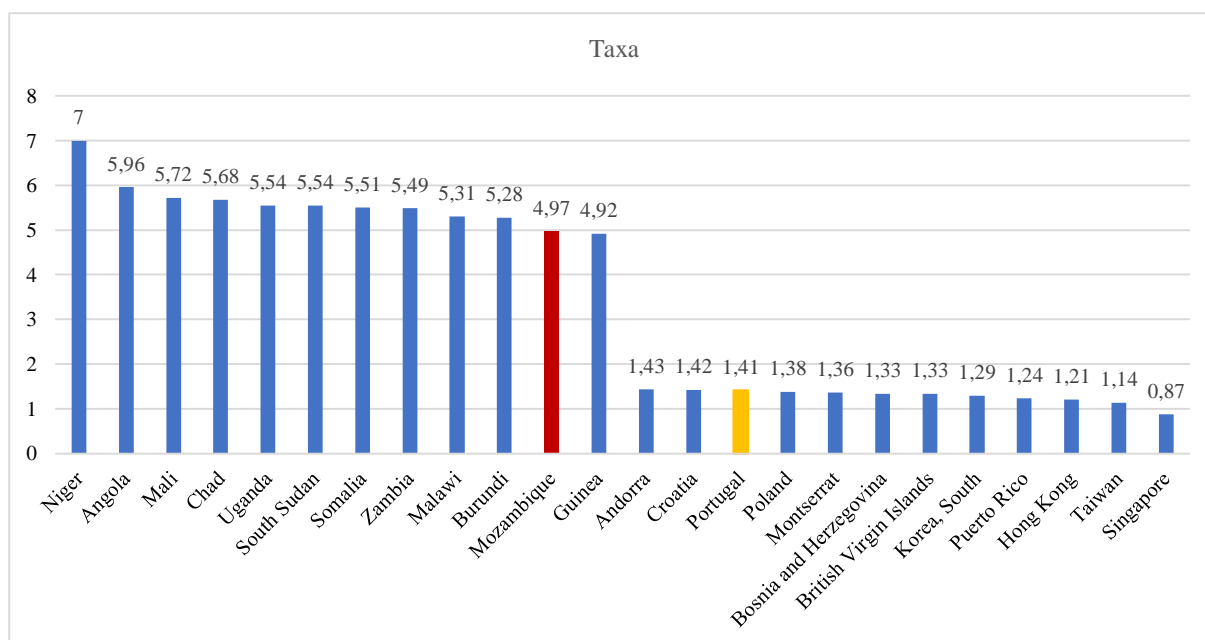


Figura 54 Taxa de fertilidade em mulheres em idade reprodutiva

Fonte: <https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?t=0&v=31&l=en>

Em Portugal a idade média da mulher ao nascimento do 1º filho, foi em 2021 de 30.9 anos (i.e., <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805> ) e ao nascimento de 1 filho foi de 32.3 anos (i.e., <https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+de+um+filho-417> ). Foi sensivelmente este o conjunto de utentes que a mestranda teve oportunidade de cuidar. São na generalidade mulheres com carreira profissional já estabelecida, que frequentam, acompanhadas dos seus maridos/companheiros, a Classe de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP). Em geral, são utentes que se interessam pelo aleitamento materno exclusivo (AME), que colocam questões e desejam cumprir orientações da OMS também relativamente ao contacto pele-a-pele. Embora seja ainda residual, algumas destas mulheres solicitaram orientação relativamente ao Plano de Parto. Este instrumento é promovido pelo SNS em Portugal (DGS, 2020) embora tenha pouca aceitação nos BP.

Durante as consultas pré-natais foi possível realizar as denominadas manobras de Leopold (i.e., em homenagem ao obstetra Christian Gerhard Leopold (Superville & Siccardi)), que são um método não-invasivo, de fácil execução, de baixo custo, usadas para determinar a posição, apresentação e nível de descida face à bacia pélvica (Superville & Siccardi, 2022). Através destas manobras é possível identificar alguns riscos, mas a perícia do examinador é relevante, facto pelo qual o treino nesta foi uma matéria de interesse para a mestranda (figura 55).

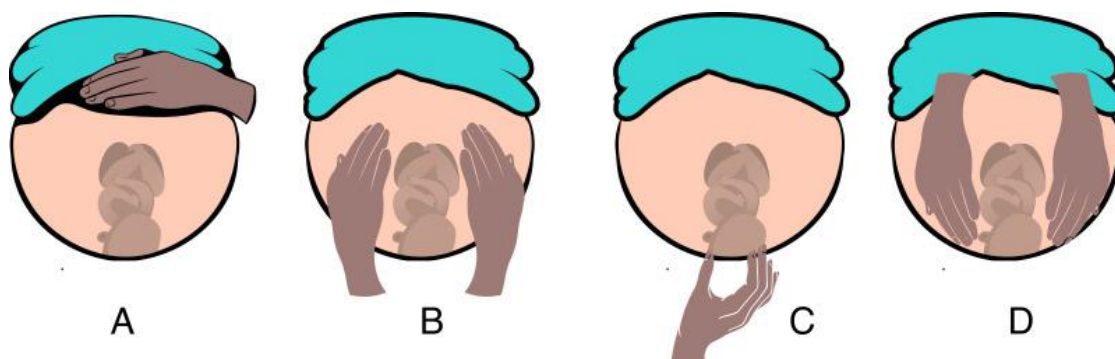


Figura 55 Manobras Leopold (A) , Primeira Manobra (B) Segunda Manobra (C) Terceira Manobra (D) Quarta Manobra.  
Ilustrado por Junior Maloney

Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560814/figure/article-24190.image.f1/?report=objectonly>

“Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” é uma competência desafiadora, pois em cada uma das utentes/clientes se encontra um conjunto de expectativas e de recursos pessoais diferentes. Por vezes, receios sobre o desenvolvimento in útero, receios sobre as capacidades/habilidades parentais, receios relativamente ao parto, acrescendo-se o facto da Pandemia por Covid trazer ainda mais ansiedade e *stress* à grávida, como comprovam alguns estudos (Simó et al., 2022). De facto, a ansiedade na gravidez é frequente e embora tenha atributos semelhantes à ansiedade em sentido geral (i.e., cognição, sintomas somáticos, resposta emocional/afetiva) as suas consequências podem levar a depressão pós-parto, parto pré-termo, compromisso do desenvolvimento da criança (Bayrampour et al., 2016). Algumas organizações profissionais sublinham na ansiedade durante a gravidez, a potencialidade para prejuízo da saúde mental e recomendam o rastreio dos casos (i.e., (ACOG, 2006).

Durante o campo clínico dos cuidados pré-natais, a mestranda teve oportunidade de colaborar nas Classes de Preparação para o Parto e Parentalidade, apresentando os tópicos: a) “Banho do Bêbé” e b) “Prevenção e Cuidados face à Cólica do Recém-Nascido”.

### Competência 3

#### Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP

**Descritivo 3:** *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.*

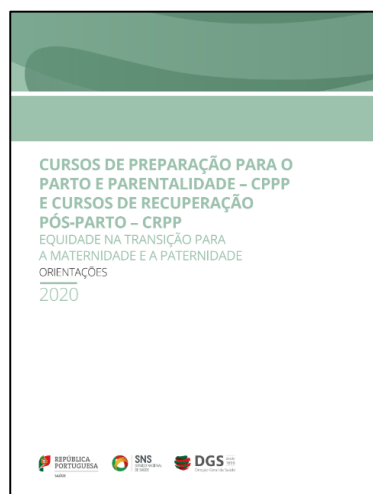
De forma resumida, se sintetiza as principais atividades realizadas

- Admissão e participação ativa na preparação de grávidas ou parturientes para o TP e parto.
- Participação ativa nos cuidados à grávida em processo de ITP.

- Participação na execução de aplicação de medidas farmacológicas (analgesia endovenosa, epidural sequencial,).
- Participação na execução de aplicação de medidas não farmacológicas (massagens, técnicas de respiração e relaxamento).
- Avaliação da evolução do TP através da Monitorização Fetal externa, interna.
- Cervicometria e medidas observacionais dos comportamentos da parturiente
- Realização e participação em partos eutócicos e distócicos.
- Realização de episiotomia, episiorrafias e perineorrafias, manobra de Ritgen e de Somersault.
- Inserção de DIU no pós-parto.
- Identificação e monitorização de desvios à gravidez fisiológica, fazendo-se o devido encaminhamento das situações que iam além da área de atuação, como na situação de
  - Hemorragia anteparto
  - Hemorragia pós-parto
  - Doença Hipertensiva
- Participação ativa na resolução das complicações do parto (distocia de ombros).
- Registo no Boletim de Saúde da Grávida (BSG- Ficha pré-Natal), livros de registo da sala de partos e na plataforma SClínico®.

**Reflexão:** a competência 3, não menosprezando as restantes, é porventura a que, em termos de imagem social e porventura na opção pela carreira (Sim-Sim et al., 2022), melhor caracteriza a EESMO/Parteira. Mesmo no discurso das parteiras tradicionais, as TBAs (Manjate et al., 2021), a sua imagem ou a memória da representação de si mesmas, autocaracteriza-se, em particular, na assistência à parturiente.

A mestranda teve oportunidade de realizar diretamente, de forma supervisionada 70 mulheres em parto eutócico. Poucas destas utentes apresentavam Plano de Parto ou Plano de Nascimento,



*Figura 56 Modelo de Plano de Nascimento - Manual DGS*

conforme passou a ser formalmente sugerido (i.e., figura 56; pagina 34 e seguintes), em Manual da DGS (DGS, 2020). Tal levou a mestranda, tanto quanto lhe foi possível, a equilibrar os seus cuidados, tanto seguindo as orientações do protocolo local, como o estilo da figura do/a supervisora, como também a procurar responder aos desejos/necessidades da mulher em TP e ainda na busca da sua autoimagem identitária de profissional em SMO. De facto o “parto centrado na mulher”, que sugere ser denominado “parto humanizado”, em particular na literatura

brasileira, é reconhecido como algo fundamental na obstetrícia (Davis et al., 2021) e uma recomendação da OMS (WHO, 2018)

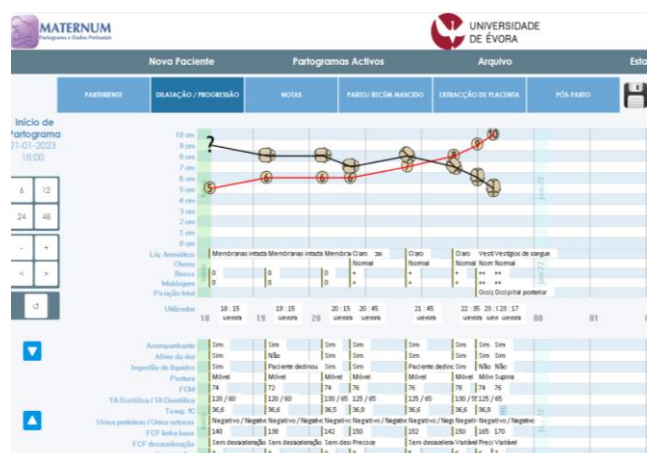
Alguns estudos revelam a preocupação sobre este assunto e apresentam mesmo instrumentos de autorrelato, tendo como sujeitos as parteiras, para autoavaliação dos cuidados oferecidos à parturiente. É exemplo o *Woman-Centred Care Scale-Midwife Self Report* (WCCS-MSR), um

instrumento com 40 itens, ainda não validado para português e porventura interessante para um estudo futuro.

Durante a fase de experiência clínica em Sala de Partos, a mestranda teve oportunidade de observar os estilos de partejar dos pares, realizando a sua própria análise relativamente às abordagens, com tendências mais ou menos medicalizadas, mais ou menos organizadas através do controlo pela parteira, mais ou menos centradas no desempenho da mulher. De entre os elementos que se relacionavam com os estilos de abordagem, a dor, foi porventura o mais marcante, tanto no agir dos profissionais, como nas respostas das parturientes. Foi notório o efeito da (in)disponibilidade e/ou aceitação/rejeição de métodos de analgesia farmacológica, *versus* a utilização de métodos não-farmacológicos. Ou seja, as abordagens profissionais, poderiam também ser observadas ou caracterizadas, através das reações das utentes/clientes: a) as parturientes que lutam contra a dor *versus* b) as parturientes que lidam com a dor. Em revisão de literatura, que reúne estudos do United Kingdom, Irlanda, USA e Austrália, constatou-se um impacto positivo das estratégias de *coping* sugeridas pela parteira, enquanto envolve a mulher no evento do seu próprio parto (i.e., algo intrínseco, que acontece em si mesma), levando essa mulher a tomar as decisões ao longo do decurso do parto. Tal, parece levar a mulher a melhor compreensão do evento, a perceção menos dramática da dor, reconhecendo a face positiva/necessária da dor, numa gestão do parto sem riscos, sem complicações (Šalanská & Moravcová, 2019).

Durante o TP das parturientes, o treino para a utilização correta do Partograma e LCG foi uma preocupação da mestranda (figura 56). De facto, existia já na mestranda, conhecimento sobre esta matéria, uma vez que no seu serviço de proveniência (i.e., Hospital Rural do Songo), um modelo de partograma é já utilizado na clínica. O treino iniciou-se ainda na fase teórica, não só através dos exercícios de partograma em papel, mas também da utilização do partograma digital, que gentilmente a empresa Speculum® criou para os docentes e estudantes da Universidade de Évora, através de um link (i.e., <http://uevora.omniview.eu/>). Para ilustrar neste relatório, o treino realizado, criou-se um exemplo simulando a “parturiente Rosa Silveira”, assistida pela enfermeira “Luisa Valente” que se encontra no Apêndice G.





## Competência 4

**Descritivo 4:** *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.*

- Avaliação da temperatura e TA.
- Acompanhamento da puérpera (Invólucro uterino; eliminação de lóquios) e RN (adaptação ao meio extrauterino, identificação de Síndrome de Depressão Respiratória (SDR), em contexto de internamento do puerpério.
- Prestação/reforço da higiene e conforto da puérpera e do RN.
- Encaminhamento de situações de desvio de saúde no RN que vão além das competências do EESMO (sinalização da hiperbilirrubinemia e perda de peso do RN, à equipa de Neonatologia).
- Ensinos sobre a sexualidade após o parto.
- Avaliação/orientação sobre os cuidados ao Recém-nascido (RN); - Amamentação/Alimentação RN:

Em fase pós-natal a mestranda teve oportunidade e cuidar 188 mulheres. No internamento hospitalar do puerpério houve oportunidade de adquirir a competência 4, por exemplo treinando atividades tais como: a) exame da puérpera, em termos físicos e de recuperação, b) exame físico do RN e reflexos típicos, c) ajuda e capacitação da puérpera para o autocuidado e para os cuidados ao RN, d) apoio na amamentação, e) surgimento de complicações pós-parto, f) comportamentos sugestivos de não-adaptação à transição para a parentalidade g) atividades de

planeamento familiar, h) observação de atitudes ou comportamentos que sugerissem perturbação emocional, uma vez que é frequente um quadro de blues pós-parto (Balaram & Marwaha, 2022). Define-se o *blues* pós-parto (i.e., *maternity blues*, tristeza pós-parto) como um quadro de humor deprimido, com uma sintomatologia leve, transitória e limitada no tempo (i.e., aproximadamente até duas semanas, começando a desaparecer sensivelmente a partir deste período). É frequente a puérpera, cerca de dois a três dias após o parto, referir ou mostrar irritabilidade ou instabilidade de humor, choro fácil, tristeza, cansaço elevado, falta de concentração, entre outros (Howard et al., 2014). O quadro de *blues* pós-parto ocorre em cerca de 50% das puérperas. Parecem ser sobretudo causas fisiológicas, como a grande diminuição de estradiol, progesterona e prolactina após o parto, que levam ao *blues* pós-parto (O'Hara & Wisner, 2014). É um quadro diferente da depressão pós-parto (DPP), a qual ocorre aproximadamente em uma de cada 7 puérperas e surge frequentemente cerca das 6 semanas pós-parto (Mughal et al., 2022). Outros autores mostram dados epidemiológicos mais elevados com cerca de 15% das puérperas, denominando o quadro de perturbação depressiva major, que emerge cerca de 1 mês pós-parto, mas que também pode ocorrer mais tardiamente ou mais precocemente (i.e., ainda na gravidez) (Pearlstein, 2008; Pearlstein et al., 2009). A DPP é mais grave, mais prolongada no tempo e mais incapacitante, pois não só a mãe fica perturbada, mas o relacionamento com o RN fica afetado. Algo preocupante, pois dado o estigma da doença mental, não raras vezes a mulher cala, não procura ajuda ou nem a família compreende o quadro e hostiliza ou retira o apoio (Mughal et al., 2022). É uma situação relativamente à qual os ESMO devem ter atenção, nomeadamente identificando casos de riscos, fazendo a triagem. Em Portugal, a DGS recomenda este rastreio em documentos de assistência à gravidez/parto/puerpério (DGS, 2005, 2015), contudo não foi possível observar esta prática nos serviços onde decorreram as práticas clínicas. De facto, a DPP acontece e será importante que os profissionais compreendam a importância do rastreio e atuem, pois na verdade, até mulheres que são ícones do sucesso, da beleza, da popularidade sofrem de DPP, mas dão o seu contributo público (i.e., Brooke Shields), para que o quadro seja mais conhecido e tratado a tempo (Moulton Belec, 2015) ([https://video.ebscohost.com/c/xyo2ah/details/1\\_hwy9qexe?q=Brooke%20Shields%20on%20postpartum%20depression&deviceId=343f0b4a-cd87-424a-99b3-76673b7dd4bc&lang=en&minDate=&maxDate=](https://video.ebscohost.com/c/xyo2ah/details/1_hwy9qexe?q=Brooke%20Shields%20on%20postpartum%20depression&deviceId=343f0b4a-cd87-424a-99b3-76673b7dd4bc&lang=en&minDate=&maxDate=))).

Uma das situações críticas decorreu por hemorragia ante-parto por descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI), conforme Apêndice M.



As principais preocupações das mulheres em fase de internamento hospitalar no pós-parto são a alimentação do RN e para aquelas que tiveram episiorrafia/perineorrafia ou cesariana, a mobilidade. O aleitamento materno exclusivo (AME) é atualmente um esforço mundial nas instituições de saúde. Tal foi patente nos campos clínicos onde as EESMO procuravam acompanhar as puérperas, assistindo aos episódios de amamentação, observando a pega do RN. Na verdade, a OMS e a UNICEF, há cerca de 30 anos, em 1991, criaram um programa mundial, a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), ou também chamado *Baby Friendly Hospital Initiative – BFHI*, existindo em Portugal desde 1992 uma Comissão Nacional que orienta (<https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>; ver também Parecer da OE PARECER N.º 16/ 2012: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO\\_Parecer\\_16\\_2012\\_Unidades\\_de\\_Saude\\_Amigas\\_dos\\_Bebes.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_16_2012_Unidades_de_Saude_Amigas_dos_Bebes.pdf)).



ENTIDADES AMIGAS DOS BEBÉS	
Hospital Garcia de Orta Reavaliado em 2008   2011   2014	1ª Avaliação 2005
Maternidade Bissaya Barreto Reavaliado em 2010   2014   2018	1ª Avaliação 2007
Hospital Barlavento Algarvio (Portimão) Reavaliado em 2013   2016	1ª Avaliação 2008
Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) Reavaliado em 2013   2017	1ª Avaliação 2009
Maternidade Dr. Alfredo da Costa Reavaliado em 2014/15	1ª Avaliação 2009
Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca Reavaliado em 2013   2016	1ª Avaliação 2010
Hospital São Bernardo Reavaliado em 2015   2018	1ª Avaliação 2011
Hospital Pedro Hispano Reavaliado em 2015	1ª Avaliação 2011
Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro Reavaliado em 2016	1ª Avaliação 2013
Hospital de Santa Maria Reavaliado em 2016	1ª Avaliação 2013
Hospital S. Teotónio Reavaliado em 2018	1ª Avaliação 2015
Hospital da Horta, Açores N/A	1ª Avaliação 2015
Hospital Sousa Martins Reavaliado em 2018	1ª Avaliação 2015
Hospital de São Francisco Xavier N/A	1ª Avaliação 2016
ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras N/A	1ª Avaliação 2016

NOTA: As avaliações das instituições são efectuadas de 3 em 3 anos. Última actualização: Setembro de 2018

Figura 58 Registo das instituições conforme Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés – UNICEF

Fonte: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

Acredita-se que será necessário um esforço mais concertado das instituições, com políticas mais diretivas, com maior oportunidade de formação e reciclagem/atualização da formação de todos os profissionais (i.e., enfermeiros, médicos, administrativos, auxiliares) que têm contacto com as clientes/utentes.

Em Portugal em 2016 eram 14 hospitais, em 2019 eram 15 hospitais, embora no site da Comissão Nacional, datado 2018, se encontrassem registadas 15 instituições até 2016 (figura 58).

A representação dos hospitais do Alentejo estava ausente. Algumas escolas de enfermagem/universidades e algumas unidades dos CSP, realizam conjuntamente

atividades comemorativas anualmente (figura 59), mas um esforço maior é necessário, pois sabendo-se os benefícios a curto e a longo prazo, o investimento compensará.



Figura 59 Exemplo de atividade conjunta da USF Planície e Universidade de Évora

Fonte:

<https://www.esesjd.uevora.pt/informacoes/noticias/item/23099>

e naturalmente, como acima referido o enquadramento dos agentes de saúde nos programas de formação (Silva et al., 2021).

Portugal, de acordo com Serviço Nacional de Saúde (SNS) apresentava uma taxa de aleitamento de 87.1%, mas destes, apenas 21% ocorrida por AME até aos 6 meses (SNS, 2023). A longo prazo, mostram estudos multicêntricos os benefícios na criança, tal como se evidencia no estudo COSI de 2019 (i.e., *Childhood Obesity Surveillance Initiative*). Este estudo, com dados de 2015-2017, publicado em 2019, mostra que em Portugal, relativamente ao AME, ocorre uma tendência de maior risco para a obesidade em crianças que nunca tiveram este tipo de alimentação, comparativamente com aquelas em AME por 6 meses, o mesmo acontecendo na Albânia e Lituânia (Rito et al., 2019; SNS, 2023).

Em Moçambique, existe desde 2007 um compromisso estatal para promover o AME, manifestado através da adoção do Código Nacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (CCSLM) (i.e., diploma do Ministério: n.º 129/2007).

O AME até aos 6 meses tornou-se uma prioridade e em 2019, a Estratégia Nacional de Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância considerou como objetivo par 2023, um crescimento para 55% (Kavle et al., 2019; UNICEF, 2013) (figura 60).

De facto, alguns autores que estudaram em Portugal o aleitamento nos dois primeiros meses (i.e., amostra de 159), sublinham a diminuição da prevalência, referem a necessidade de abordagens diferentes a cada caso (i.e., parto eutócico *versus* distócico), a necessidade de apoio domiciliar após a alta da maternidade



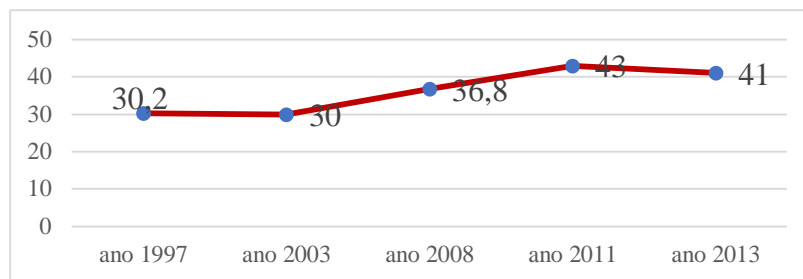


Figura 60 taxa de AME aos 6 meses – Moçambique

Fonte: UNICEF, 2013

Um Banco de Leite Humano foi inaugurado em 2018, resultado da cooperação Moçambique – Brasil - Reino Unido e organizações importantes tais como a ONU e a UNFPA e a UNICEF apoiam fortemente os planos nacionais de maneira a conseguir ainda maior subida nas taxas. No sentido de identificar a taxa de AME em mulheres com VIH, já que a prevalência é elevada em Moçambique (i.e., ♀ >15 anos: 61.4% em 2017), solicitou-se acesso aos dados *Demographic and Health Surveys* (DHS) mas não foi possível obter resposta atempada (i.e., [https://dhsprogram.com/data/dataset\\_admin/index.cfm](https://dhsprogram.com/data/dataset_admin/index.cfm)).

No campo clínico 2, a mestranda teve oportunidade de cuidar mulheres, aquando da realização do teste PKU/TSH, até aos 6 dias pós-parto e na consulta de puerpério, cerca das 6 semanas. Além disso, houve também oportunidade de cuidados no espaço do “Cantinho da Amamentação”, de orientar na recuperação pós-parto, na prevenção de infeções, entre outros.

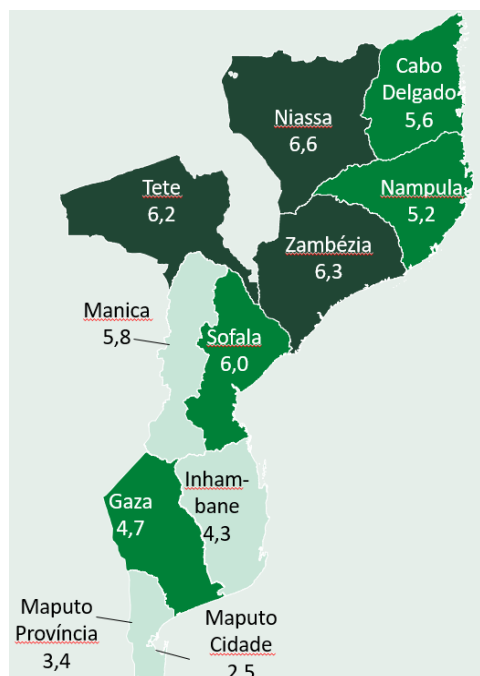


Figura 61 taxa de fertilidade por província 2013-2015

Fonte: IMASIDA:

<https://www.dhsprogram.com/publications/publication-PPT60-Survey-Presentations.cfm>

facto/casadas usam contraceção moderna (i.e., injetável=13%; Oral=6% e Preservativo=2%) e 2% usa métodos tradicionais.

Numa perspetiva de Planeamento Familiar em fase pós-natal em Moçambique, houve oportunidade de abordar as mulheres para o controlo da fertilidade (figura 61). Neste país, a poligamia é referida por 17% das mulheres e o intervalo mediano de um parto para o seguinte é de 31.9 meses, sendo reconhecido que um intervalo de 36 meses diminui o risco da mortalidade infantil. De facto, o Planeamento Familiar e o uso de contraceção sugere ser uma matéria de grande interesse no exercício profissional da mestranda, já que em Moçambique, cerca de 25% das mulheres em união de

No âmbito do Planeamento Familiar, a mestranda teve oportunidade, nos Campos Clínicos 2 e 6, de colocar sob supervisão implantes contraceptivos e DIU em fase pós-parto. Tal concorre para a formalização do parecer da Ordem dos Enfermeiros (i.e., OE. Parecer nº13/2021 de 29 de junho de 2021).

## **Competência 5**

### **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério**

**Descritivo 5:** *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.*

#### **Exemplo de atividades Realizadas**

- Avaliação do peso e TA.
- Ensinos sobre o período do climatério e menopausa (SPG 2016).
- Orientações sobre o Rastreio do colo do útero.
- Troca de pessário.

A menopausa consiste no último episódio menstrual, que reflete a falência dos ovários, de maneira definitiva. É assumida após um ano de amenorreia. A idade média da menopausa, observada em revisão sistemática por alguns autores, varia um pouco de acordo com a região geográfica (i.e., Europa: 50.1 a 52.8anos; América do Norte: 50.5 a 51.4 anos; América Latina: 43.8 a 53 anos; Ásia 42.1 a 49.5 anos), o que significa que o tempo de fertilidade das mulheres europeias se estende um pouco mais (Palacios et al., 2010). A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) considera que a sua localização está na faixa 45-55 anos (Fatela et al., 2021). A sintomatologia vasomotora que a acompanha, é porventura vivida, interpretada ou (des)valorizada de maneira diferentes, já que é referida na Europa por 74% das mulheres, 36 a 50% nas Norte-Americanas, por 45-69% das latino-americanas e somente 22-63% nas mulheres asiáticas (Palacios et al., 2010). O climatério, é um período da vida da mulher, que localizado previa e posteriormente à menopausa, se acompanha de um conjunto de sintomas típicos. Não existe uma patologia, e enquanto algumas mulheres nada referem, outras manifestam desconforto frequente, insatisfação, incomodo (Fatela et al., 2021).

O SNS orienta os CSP para três rastreios e no Alentejo, de acordo com a informação disponível na Net, ao resultados de 2016 foram os seguintes: a) Cancro da mama, com realização de mamografia 2/2 anos dos 50-69 anos (convidadas=44396, rastreadas 27927; taxa de adesão 62.9%), b) Cancro colorrectal, com pesquisa de sangue oculto dos 50-74 anos (selecionados de ambos os sexos=3658, rastreados=1951; taxa de adesão 53.3%) e c) cancro do colo do útero,

com entre os 20-30anos, até aos 60 anos (convidadas=22873, rastreadas=16775; taxa de adesão 73.33%) (ARS-Alentejo, 2017).

Relativamente ao Rastreio do Cancro do Colo Uterino, houve oportunidade de realizar a recolha de espécimen em meio líquido. O objetivo é rastrear a presença do Vírus do Papiloma Humano (HPV), realizando a citologia periodicamente de 5/5 anos.



Figura 62 Material para RCCU  
Fonte: Fotografia própria

Treinou-se a aplicação do espéculo, a afloragem ao colo, o toque vaginal com palpação bi-manual (figura 62).

Estas atividades foram enquadradas no quotidiano da unidade de saúde, que participa num projeto nacional o Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU).

## Competência 6

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

**Descritivo 6:** *Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.*

#### Exemplos de atividades realizadas

- Prestação de cuidados na troca de pessário
- Participação e prestação de cuidados á mulheres no intra e pós-operatório de ressectoscopias, hysterectomias, salpingectomias.
- Registo em plataforma SClínico®.

Para a mestranda, o atingir das competências passou por várias atividades, destacando-se neste relatório a troca de pessário.



Figura 63 Pessário uterino

Fonte:

<https://www.afarmaciaonline.pt/pessario-rusch-pessario-silic-85mm-16685.html>

O pessário (figura 63) pode utilizar-se durante a gravidez, em situações de colo curto, facto que é identificado geralmente na eco do 2º trimestre. É um recurso para evitar o parto pré-termos, já que o crescimento do concepto e anexos, progressivamente aumenta o peso no colo, que se torna incompetente. Em estudo recente, no Reino Unido, revelou sucesso no resultado da gravidez e boa tolerância pelas grávidas que o utilizaram (Ivandic et al., 2020).

Na experiência clínica da mestranda, o uso do pessário, ocorria em mulheres com idade  $\geq 75$  anos, habituais utentes/clientes da Unidade de Saúde Familiar. A aplicação necessita ser cautelosa, deixando o pessário bem centrado, no sentido de evitar trauma do colo. O momento era de grande privacidade, impedindo a entrada de outros técnicos, não estando presentes outras pessoas, além da mestranda e supervisora.

## Competência 7

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

**Descritivo 7:** *Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população*

Para exemplo, enunciam-se algumas atividades:

- Ao atuar-se na mulher e recém nascido e nos comportamentos, promove-se uma melhoria para a saúde da população.
- Promoção e aconselhamento sobre o PNV e PTV.
- Participação ativa na realização de citologias para despiste do cancro do colo do útero.

A Pandemia por COVID-19, trouxe algumas limitações relativamente a atividades de educação para a saúde realizadas na comunidade. O incentivo à vacinação convencional das grávidas e também contra o SARS-Cov-2, foi matéria que ocupou a mestranda.

De facto, nem todas as grávidas entendem a vacinação como necessária e vacilam na sua decisão. Contudo, de acordo com estudo recente, as grávidas correm maior risco de contrair COVID-19 e assim vacinar-se, nas doses e reforços, é considerado uma prioridade. Em Meta-análise multicêntrica/internacional, os autores sublinharam o maior risco de desfechos graves e de morte materna quando a grávida fica infetada com COVID-19, maior risco de cesariana, para os RN filhos destas mães, colocava-se risco de parto pré-termo, baixo peso ao nascer, internamento em Neonatologia (Smith et al., 2023). É compreensível que na gravidez, o típico

quadro de ansiedade e stress fique agravado e hesitem na vacinação, como mostra um estudo polaco (Janik et al., 2022), ou não sejam a favor da vacinação, conforme mostra um estudo alemão (Schaal et al., 2022). Assim, revela-se mais um campo, onde o conhecimento da ESMO, na interação com a mulher grávida, pode desfazer crenças, diminuir receios e pelo contrário, criar melhores condições para um resultado positivo na díade mãe-bebé.

## 5.Considerações Finais

O ENRF decorreu em seis campos clínicos, existindo oportunidade de adquirir as necessárias competências, conforme o exige o Plano curricular do MESMO. Através do atual relatório demonstrou-se o percurso realizado, o desenvolvimento adquirido, documentado com apêndices que exemplificam contextos particulares do processo de aprendizagem. A análise reflexiva realizada, sublinhou os ganhos e exigiu maior aprofundamento, no sentido da descrição fundamentada das várias aprendizagens.

O atual Relatório, centra uma das suas secções na temática do LCG, dado que corresponde ao título do projeto. Foi um desafio interessante e simultaneamente difícil, já que o tema é novo, não se aplica na clínica em Portugal e Moçambique e assim a inexistência de exemplos. Acredita-se, porém, que exatamente pela dificuldade e inovação, se tornou um tema aliciante e um treino para exercício profissional futuro. Ao realizar a revisão temática da literatura, apurou-se o conhecimento e aumentou-se a bagagem do conhecimento. De acordo com a literatura revista, o LCG é um instrumento promissor, que deve ser aplicado na vigilância da mulher em TP. Acredita-se que a partir da experiência vivida pela mestranda, se abrem perspectivas para desenvolvimento futuro.

As atividades que se realizaram nos vários campos de estágio, sempre sob supervisão, apoiaram-se na evidência e na relação teoria-prática imprimida pelos orientadores clínicos. Foi possível contar com os seus saberes e discutir ideias, situações, casos vivenciados.

A descrição da aquisição de competências realizou-se a partir dos itens que a Ordem dos Enfermeiros discrimina. Nessa perspectiva, sobre cada uma, apresentou-se reflexão pormenorizada. Nas competências comuns dos enfermeiros especialistas, abriram-se perspectivas de análise, que aumentaram a capacidade de decisão da mestranda, naturalmente orientado para o pensamento em SMO. Nas competências específicas do especialista SMO, uma maior atenção foi dada à especificação e exemplificação de atividades na área do conhecimento. Além destas competências, outras paralelas se trabalharam, nomeadamente o manuseio de software estatístico, de software de organizações de referências, de software de gestão de referências.

Foram sentidas algumas limitações, nomeadamente aquelas que resultaram da crise da Pandemia. Contudo, acredita-se que o investimento realizado pela mestranda, o seu desenvolvimento, o esforço realizado, foram enriquecedores para os horizontes profissionais.

Fica um desafio de futuro, porventura a curto prazo, no sentido de um projeto de aplicação o LCG, investigando sobre as suas propriedades clinimétricas. Será interessante conhecer a sua aplicação prática no formato clássico em papel e no formato moderno digital.

Termina-se a formação académica com maior envolvimento na área, mais conhecimento e sobretudo com mais consciência da identidade profissional. Vinca-se desta forma a pertença a um território específico o *Birth Territory*, onde assenta a prática da Saúde Materna e Obstétrica ou espaço de domínio da parteira.

# REFERÊNCIAS

- APA. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association*. American Psychological Association.
- Apostolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Aune, I., Amundsen, H. H., & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001>
- Barata, C. (2022). "Mix of Races, Bad Uterus": Obstetric Violence in the Experiences of Afro-Brazilian Migrants in Portugal. *Societies*, 12(3).
- Bohren, M. A., Munthe-Kaas, H., Berger, B. O., Allanson, E. E., & Tunçalp, Ö. (2016). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. In *Cochrane Database Syst Rev* (Vol. 2016). Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012449>
- Borah, R., Brown, A. W., Capers, P. L., & Kaiser, K. A. (2017). Analysis of the time and workers needed to conduct systematic reviews of medical interventions using data from the PROSPERO registry. *BMJ Open*, 7(2), e012545. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012545>
- Büscher, A., Wagner, L., & World Health Organization. Regional Office for, E. (2005). Munich Declaration : nurses and midwives : a force for health - analysis of implementation of the Munich Declaration 2004 / by Andreas Büscher and Lis Wagner. In: Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- Chaote, P., Mwakatundu, N., Dominico, S., Mputa, A., Mbanza, A., Metta, M., . . . Serbanescu, F. (2021). Birth companionship in a government health system: a pilot study in Kigoma, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03746-0>
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Costa, J. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FclE8SMITPAJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7863989.pdf+&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Dalal, A. R., & Purandare, A. C. (2018). The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise? *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 68(1), 3-14. <https://doi.org/10.1007/s13224-017-1051-y>
- Dutta, A., Perales, N., Silva, R., & Criville, L. (2014). *Necessidades de Recursos Estimados e Impacto do Plano Estratégico do Sector de Saúde de Moçambique 2014-2019*. Futures Group, Projeto de Políticas de Saúde.
- Ferrão, A. C., Sim-Sim, M., Almeida, V. S., & Zangão, M. O. (2022). Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *J Pers Med*, 12(7). <https://doi.org/10.3390/jpm12071090>
- Galle, A., Manaharlal, H., Cumbane, E., Picardo, J., Griffin, S., Osman, N., . . . Degomme, O. (2019). Disrespect and abuse during facility-based childbirth in southern Mozambique: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 369. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2532-z>
- Gironés, A., Belvis, F., Julià, M., & Benach, J. (2018). *Desigualdades nos cuidados de saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidade do atendimento*. Relatório Técnico. MedicusMundi.
- Haeusler, M., Grunstra, N. D. S., Martin, R. D., Krenn, V. A., Fornai, C., & Webb, N. M. (2021). The obstetrical dilemma hypothesis: there's life in the old dog yet. *Biol Rev Camb Philos Soc*, 96(5), 2031-2057. <https://doi.org/10.1111/brv.12744>



- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2022). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3* (Cochrane, Ed.)
- Hobday, K., Hulme, J., Homer, C., Zualo Wate, P., Belton, S., & Prata, N. (2018). "My job is to get pregnant women to the hospital": a qualitative study of the role of traditional birth attendants in the distribution of misoprostol to prevent post-partum haemorrhage in two provinces in Mozambique. *Reproductive Health*, 15(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0622-4>
- Hofmeyr, G. J., Bernitz, S., Bonet, M., Bucagu, M., Dao, B., Downe, S., . . . Oladapo, O. T. (2021). WHO next-generation partograph: revolutionary steps towards individualised labour care [<https://doi.org/10.1111/1471-0528.16694>]. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 128(10), 1658-1662. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1471-0528.16694>
- INE. (2021). *Anuário Estatístico - Maputo Cidade: 2021*. Instituto Nacional de Estatística. Delegação de Maputo Cidade.
- Johnson, R., Browning, K., & DeClerk, L. (2021). Strategies to Reduce Bias and Racism in Nursing Precepted Clinical Experiences. *J Nurs Educ*, 60(12), 697-702. <https://doi.org/10.3928/01484834-20211103-01>
- Khatun, M., Akter, P., Yunus, S., Alam, K., Pedersen, C., Byrskog, U., & Erlandsson, K. (2022). Challenges to implement evidence-based midwifery care in Bangladesh. An interview study with medical doctors mentoring health care providers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 31, 100692. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100692>
- Lavender, T., & Bernitz, S. (2020). Use of the partograph - Current thinking. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 33-43. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.010>
- Lazarus, J. (2016). Precepting 101: Teaching Strategies and Tips for Success for Preceptors. *J Midwifery Womens Health*, 61(S1), 11-21. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12520>
- Long, Q., Kempas, T., Madede, T., Klemetti, R., & Hemminki, E. (2015). Caesarean section rates in Mozambique. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0686-x>
- Manjate, C., Barros, M., & Sim-Sim, M. (2021). *O Parto. Testemunho de Parteiras Tradicionais do Distrito de Cahora Bassa, Moçambique* r RCAS. 4ª Reunião Internacional Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, Benguela. Angola.
- Mehra, R., Alspaugh, A., Joseph, J., Golden, B., Lanshaw, N., McLemore, M. R., & Franck, L. S. (2022). Racism is a motivator and a barrier for people of color aspiring to become midwives in the United States [<https://doi.org/10.1111/1475-6773.14037>]. *Health Services Research*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1475-6773.14037>
- Ministério da Saúde. (2009). *Salvando a vida dos recém-nascidos. Moçambique*. Ministério da Saúde.
- MISAU. (2009). *Plano Integrado para o Alcance dos Objetivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio*. Ministério da Saúde.
- Montenegro, C. B., & Rezende, J., Jr. (2011). O Puerpério. In C. B. Montenegro & J. Rezende, Jr. (Eds.), *Rezende Obstetrícia* (11 ed., pp. 291-295). Guanabara Koogan.
- Morais, A., Cossa, M., Tivane, A., Come, J., Venetsky, V., Torres, F., . . . Santos, L. L. (2018). Identifying barriers and finding solutions to implement best practices for cancer surgery at Maputo Central Hospital, Mozambique. *Ecancermedicalscience*, 12, 878. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.878>
- Neilson, J. P., Lavender, T., Quenby, S., & Wray, S. (2003). Obstructed labour. *Br Med Bull*, 67, 191-204. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldg018>
- Noyes, J., Booth, A., Cargo, M., Flemming, K., Harden, A., Harris, J., . . . Thomas, J. (2022). Qualitative evidence. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022)*. Cochrane.
- Oladapo, O. T., Diaz, V., Bonet, M., Abalos, E., Thwin, S. S., Souza, H., . . . Gülmezoglu, A. M. (2018). Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *Bjog*, 125(8), 944-954. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14930>

- Ollerhead, E., & Osrin, D. (2014). Barriers to and incentives for achieving partograph use in obstetric practice in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 281. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-281>
- ONU-Moçambique. (2022). *Programa conjunto das Nações Unidas salva cerca de 20 recém-nascidos prematuros por mês*. Retrieved 27 Dez from <https://mozambique.un.org/pt/89830-programa-conjunto-das-nacoes-unidas-salva-cerca-de-20-recem-nascidos-prematuros-por-mes>
- Pandey, D., Bharti, R., Dabral, A., & Khanam, Z. (2022). Impact of WHO Labor Care Guide on reducing cesarean sections at a tertiary center: an open-label randomized controlled trial. *AJOG Glob Rep*, 2(3), 100075. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2022.100075>
- Philpott, R. H., & Castle, W. M. (1972). Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II. The action line and treatment of abnormal labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*, 79(7), 599-602. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1972.tb14208.x>
- Romero, R. (2016). A profile of Emanuel A. Friedman, MD, DMedSci. *Am J Obstet Gynecol*, 215(4), 413-414. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.07.034>
- Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *Bjog*, 109(11), 1199-1206. <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x>
- Sacarlal, J., Muchanga, V., Mabutana, C., Mabui, M., Mariamo, A., Cuamba, A. J., . . . Moon, T. D. (2018). Research ethics review at University Eduardo Mondlane (UEM)/Maputo Central Hospital, Mozambique (2013-2016): a descriptive analysis of the start-up of a new research ethics committee (REC). *BMC Med Ethics*, 19(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0291-4>
- Sim-Sim, M., Zangão, O., Barros, M., Frias, A., Dias, H., Santos, A., & Aaberg, V. (2022). Midwifery Now: Narratives about Motivations for Career Choice. *Education Sciences*, 12(4). <https://doi.org/10.3390/educsci12040243>
- Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2018). Scientific literature reviews: types, methods and applications in nursing. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1, 46-55. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- Souza, V. R. d. S., Marziale, M. H. P., Silva, G. T. R., & Nascimento, P. L. (2021). Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
- UN. (2015). *The global strategy for women's children's and adolescents' health (2016-2030)*. United Nations.
- UNFPA. (2017). *UNFPA. Relatório Anual de Moçambique 2017*. United Nations Population Fund.
- UNFPA. (2023). *Cooperação Sul-Sul em Ação: Enfermeiros unem-se além fronteiras para reduzir a mortalidade materna e neonatal na Província de Tete, Moçambique*. United Nations Population Fund. Retrieved 17th jan from <https://mozambique.unfpa.org/pt/news/coopera%C3%A7%C3%A3o-sul-sul-em-a%C3%A7%C3%A3o-enfermeiros-unem-se-al%C3%A9m-fronteiras-para-reduzir-mortalidade-materna>
- Vogel, J. P., Comrie-Thomson, L., Pingray, V., Gadama, L., Galadanci, H., Goudar, S., . . . Oladapo, O. T. (2021). Usability, acceptability, and feasibility of the World Health Organization Labour Care Guide: A mixed-methods, multicountry evaluation. *Birth-Issues in Perinatal Care*, 48(1), 66-75. <https://doi.org/10.1111/birt.12511>
- WHO. (1994a). The Partograph: the application of the WHO partograph in the management of labour, report of a WHO multicentre study, 1990-1991. In. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1994b). World Health Organization partograph in management of labour. *The Lancet*, 343(8910), 1399-1404. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)92528-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)92528-3)
- WHO. (1994c). World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. *Lancet*, 343(8910), 1399-1404.
- WHO. (2000). *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC): Managing Complications in Pregnancy and Childbirth - A Guide for Midwives and Doctors*. World Health Organization, Division of Reproductive Health and Research.

- WHO. (2003). *Pregnancy, childbirth, postpartum, and newborn care: a guide for essential practice*. World Health Organization.
- WHO. (2007). *Managing complications in pregnancy and childbirth : a guide for midwives and doctors*. In. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2011). *Strengthening Midwifery Toolkit. Module 7 - Supervision of Midwives*. World Health Organization.
- WHO. (2014). *WHO recommendations for augmentation of labour*. World Health Organization.
- WHO. (2015). *Postnatal care for mothers and newborns. Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines*. World Health Organization.
- WHO. (2016a). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. In. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2016b). *WHO recommendation on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization.
- WHO. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: web annex; evidence base CC BY-NC-SA 3.0 IGO*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260215>
- WHO. (2020a). *Clinical management of Covid-19: Interim guidance 27May 2020*. World Health Organization.
- WHO. (2020b). *WHO Labour Care Guide. User's Manual*. World Health Organization.
- WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.
- WHO-EUROPE, & Keighley, T. (2009). *European Union Standards for Nursing and Midwifery: Information for Accession Countries*. World Health Organization.
- WHO/EURO. (2021). *Guide to qualitative evidence synthesis: evidence-informed policy-making using research in the EVIPNET framework*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health, O. (2007). *Managing complications in pregnancy and childbirth : a guide for midwives and doctors*. In. Geneva: World Health Organization.
- WRA. (2015). *Respectful Maternity Care: A Nigeria-focusde Health Workers' Training Guide*. White Ribbon Alliance. Futures Group, Health Policy Project.
- Çobanoğlu, A., & Şendir, M. (2020). Does natural birth have a circadian rhythm? *J Obstet Gynaecol*, 40(2), 182-187. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1606182>

## Apêndices

## Apêndice A: Projeto

 Universidade Nova de Lisboa Serviço Académico	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	<b>MODELO T-005</b>
	<b>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	Ano Letivo: _____/_____

<b>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</b> (A ser emitido apenas em GesDOC)	<b>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO</b> (A ser emitido apenas em GesDOC)
--	---

  
**3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE**

Nome Completo: Cristina Margarida Manjate

Número: m46841      Ciclo de Estudos: ☐ 3.º Ciclo    ☒ 2.º Ciclo    ☐ Mestrado Integrado

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Especialização/Plano Alternativo: \_\_\_\_\_

  
**4. CONTACTOS DO ESTUDANTE**

Tel.: 925864099      E-mail: m46841@alunos.uuevora.pt

  
**5. PROPOSTA**

☒ Entrega de 1.ª Projeto    ☐ Entrega de Projeto Reformulado    ☐ Entrega de 2.ª Projeto por Reingresso  
☐ Proposta de Alteração de Projeto

(Note que, anexado ao quadro desta formulário em que preenche alterações (X) deve preencher os seguintes quadros)

☐ 6.    ☐ 7.    ☐ 8.    ☐ 9.    ☐ 10.    ☐ 11.    ☐ 12.    ☐ 13.

  
**6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO** *(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)*  

<b>7. TIPO DE TRABALHO</b> <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i> <small>PRESENCIAL OU CURSO DE PRESENCIAIS DE DESLOCAÇÃO</small> <input type="checkbox"/> Tese <input checked="" type="checkbox"/> <b>Formato do Tese</b> <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicáveis <input type="checkbox"/> Outra (se conjuntos dos citados, ou realizações, com carácter inovador (se dentro das áreas)	<b>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
---	---

  
**9. TÍTULO DO TRABALHO**

Título (na língua de redação):  
Labour Care Guide: Transition for the Partogram of new generation

Título em Inglês:  
Labour Care Guide: Transition to the Next Generation Partograph

<b>10. ORIENTAÇÃO</b> <i>(Anexar declaração(ões) de orientação)</i>	
Nome: <b>Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim</b> Universidade/Instituição: <b>Universidade de Évora</b>	
N.º Identificação Civil: <b>04857663</b> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Tel.: <b>93671517</b> E-mail: <b>msimsim@uevora.pt</b> ID ORCID: <b>0000-0002-0028-2654</b>	
Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____      Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Tel.: _____      E-mail: _____      ID ORCID: _____	
Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____      Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Tel.: _____      E-mail: _____      ID ORCID: _____	
<b>11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO</b>	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <b>Ciências da Saúde</b> <i>Consulte a lista de Áreas FOS em: <a href="http://www.igeam.uevora.pt/pt/28">http://www.igeam.uevora.pt/pt/28</a></i>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <b>Parto; Trabalho de Parto; Enfermagem; Assistência; Vigilância</b>	
<b>12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</b> Assinatura no Trabalho de Parto	
<b>13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA</b> <i>(Se necessário submeter como anexo a este impresso)</i> Enviado em ficheiro anexo	
<b>14. DOCUMENTOS ANEXOS</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Plano de Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Consenso <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input checked="" type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <i>(Obrigatório para os Orientadores, a Pósgre e os Estúdios de Investigação em que estiverem a trabalhar e a Universidade de Évora). Remeta para dentro de 15 dias</i> <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <b>CV das Mestrandas</b>	
<b>15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE</b>	
Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Trabalho Dissertação/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 8 do impresso) de que, após aprovação pelo Conselho Científico, está efetuado o respetivo registo no Serviço Académico da Universidade de Évora.  Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederá nos termos da referida regulamentação, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega do T.D.E.T.P.	

13 RESUMO

O Movimento em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Universidade de Évora, possui um programa curricular, lecionado em dois anos, que se concretiza num ano teórico e ano clínico. No ano clínico, a mestrandia, robustecida com as matérias da área, tem oportunidade para atingir conhecimentos e competências que refletem o perfil definido nas competências gerais e específicas da área. Este trabalho apresenta os resultados da investigação realizada no âmbito do MESMO, entre 2013/2019 e 2014/2019 da Ordem dos Enfermeiros). Tal enquadra-se e reflete orientações internacionais da formação nesta área de conhecimento (ex.: *International Confederation of Midwives e Nursing and Midwives Council*), proporcionando uma visão abrangente dos desafios da prática profissional, bem como a importância da formação continuada. O MESMO encontra-se em diversos países, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e nos Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) e Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF). Nesses contextos práticos, assiste casos clínicos, desenvolvimento de competências instrumentais e relacionais, além de recolher informação que possibilita desenvolvimento nas competências de natureza profissional. No caso do atual projeto, o tema dirige à utilização do *Portugalam* clássico e da sua última versão *Labours Care Guide (LCG)* (Instituto recomendado pela Organização Mundial da Saúde) que tem sido desenvolvido no longo dos anos, desde 1963 (Lundberg, 1963, 2007, 2020; World Health, 2007). Mantém assim a meta do bem-estar da mulher e do feto/neonato (RN).

O termo *portugalam* é usado como equivalente do termo *portugalam* e ambas designações são encontradas na literatura. O *portugalam* *portugalam* é um instrumento de monitorização do trabalho de parturda (TP) que é usado, ao nível mundial, para avaliar a qualidade da assistência obstétrica, assim como a sua utilização, a fim de garantir a segurança da mulher e do feto/neonato. De acordo com alguns autores (Souza et al., 2015), o *portugalam* é uma ferramenta gráfica que mostra o progresso do parto de acordo com o eixo do XLI de dilatação cervical em centímetros (eixo do Y). Para Lavender e Benitz (2020) o *portugalam* fornece informações precisas e oportunas, permitindo a avaliação da qualidade da assistência obstétrica. A utilização do *portugalam* caracteriza-se fundamentalmente desta ferramenta sob as linhas de alerta e ação, que tem a particularidade de funcionar como sinalizador de intervenções durante o parto. A linha de alerta e direção (linha e representa a taxa de dilatação cervical de 1 cm por hora, embora esta progressão seja atípica, embora não seja o caso de todas as mulheres). Enquanto a linha de ação é paralela com a linha de alerta e a visão da linha, quatro horas para esgotar a linha de alerta. Estas duas linhas são paralelas. A dilatação e a linha de alerta, estão anualmente em conformidade com as agendas das instituições contendo a utilizar estes parâmetros. A curva designada *portugalam*, desenvolvida por Friedman, possui um alerta para algumas alterações. No seu estudo, o *portugalam* procurava avaliar a qualidade da assistência obstétrica em 100 mulheres, com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência obstétrica. O estudo prospectivo em 624 mulheres primíparas no Zimbábue, Phylipott, adicionou o *portugalam* uma linha de alerta para detectar o parto prematuro. Com a introdução do *portugalam* em Inglaterra, o ginecologista britânico, John Studd, fez algumas alterações ao *portugalam* clássico (Lundberg, 1963, 2007, 2020; World Health, 2007). O *portugalam* clássico é utilizado em Portugal e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). Um estudo conduzido pela OMS no Sudeste da Ásia, envolvendo 35.484 mulheres concluiu que o uso do *portugalam* contribuiu para reduzir o parto prolongado de 6,4% para 3,4%, pois necessitava de aumento de Oxitocina de 20,7% para 9,1%, redução de cesarianas de 9,9% para 8,3% e redução de episiotomias de 10,3% para 7,3%. O *portugalam* também foi utilizado para avaliar a qualidade da assistência obstétrica em todos os centros de saúde para monitorizar o TP, registar o progresso anormal e fornecer intervenção logo que necessário. Desde essa altura o *portugalam* tem sido usado nas principais ferramentas de gestão do parto para prevenir mortalidade materna e fetal (Lundberg e Benitz, 2020; Lavender et al., 2018; Lavender et al., 2013; Lavender et al., 2015; Lavender e Mause, 2016; Zarnaw, 2017).

A temática do *portugalam* possui importância, pois apesar das recomendações da OMS, a sua utilização é carente e como se encontra em fase de transição para um novo modelo (ex.: LCG), importa, a partir do conhecimento do modelo clássico (WHO, 2007) e do modelo atual (LCG), avaliar a sua utilização, a fim de garantir a segurança da mulher e do feto/neonato. O objetivo principal do estudo foi avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a utilização do *portugalam* clássico e do *portugalam* atual, bem como a sua utilização e a prática cuidativa na área obstétrica (Mause, 2016) (Mause, 2016). De acordo com os objetivos específicos, incluídos no estudo, a pesquisa teve como objetivo principal avaliar a

<p><b>Objetivo 2:</b> Cuidar a mulher/casal no período pré-natal</p> <p><b>Objetivo 3:</b> Cuidar a mulher/casal no 1º TP</p> <p><b>Objetivo 4:</b> Cuidar a mulher/casal no período pós-natal</p> <p><b>Objetivo 5:</b> Desenvolver trabalho educativo p/ uso Paraguma Célula e Paraguma Célula</p> <p><b>Objetivo 6:</b> Cuidar a mulher/casal no período pós-parto</p>	<p>Ortô e/ou assistência a mulheres em fase de decisão para a realização de consultas/paraguma celular conforme DOPS</p> <p>Orientação e assistência a mulheres em risco de interrupção involuntária</p>	<p>(2.2) Diagnóstica preconceito e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de aborto espontâneo</p> <p>(3.1) Promover a saúde da mulher durante o 1º TP e otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina</p> <p>(3.2) Diagnóstica preconceito e previne complicações para a saúde da mulher e RN no período pré-natal</p> <p>3.3. Prevenção cuidados à mulher com psicóloga</p> <p>(4.1) Promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal</p> <p>(4.2) Diagnóstica preconceito e previne complicações para a saúde da mulher e RN no período pós-natal</p> <p>(5.1) Prevenção cuidados às situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-parto</p> <p>Atuação em SMO complicações comuns de Especialidade:</p> <p>(6.1) Assistência às mulheres em fase I e legal (a);</p> <p>(6.2) Assistência às mulheres em fase II e legal (a);</p> <p>(6.3) Gestão dos responsáveis (c);</p> <p>(6.4) Prevenção e cuidados a gestantes profissionais (D);</p> <p>(6.5.1) Promover a saúde da mulher e no processo de transição à maternidade;</p> <p>(6.5.2) Diagnóstica preconceito e previne complicações para a saúde da mulher durante o climatério;</p> <p>(6.6) Prevenção cuidados à mulher que vivencia adaptação à maternidade;</p> <p>(6.7) Prevenção a saúde ginecológica</p> <p>(6.7.2. 6.3.2) Diagnóstica e Cuidado a mulher com alérgico do sistema gastrointestinal e ou mama e facilitação da adaptação;</p>	<p>Bolero SRP e Grávida</p> <p>Sistema compresivo</p> <p>Paraguma Célula</p> <p>Região IAP</p> <p>Região IIAP</p> <p>Região IIIAP</p> <p>Região IVAP</p> <p>Região VAP</p> <p>Região VIAP</p> <p>Região VIIAP</p> <p>Região VIIIAP</p> <p>Região IXAP</p> <p>Região XAP</p> <p>Região XIAP</p> <p>Região XIIAP</p> <p>Região XIIIAP</p> <p>Região XIVAP</p> <p>Região XVAP</p> <p>Região XVIAP</p> <p>Região XVIIAP</p> <p>Região XVIIIAP</p> <p>Região XIXAP</p> <p>Região XXAP</p> <p>Região XXIAP</p> <p>Região XXIIAP</p> <p>Região XXIIIAP</p> <p>Região XXIVAP</p> <p>Região XXVAP</p> <p>Região XXVIAP</p> <p>Região XXVIIAP</p> <p>Região XXVIIIAP</p> <p>Região XXIXAP</p> <p>Região XXXAP</p> <p>Região XXXIAP</p> <p>Região XXXIIAP</p> <p>Região XXXIIIAP</p> <p>Região XXXIVAP</p> <p>Região XXXVAP</p> <p>Região XXXVIAP</p> <p>Região XXXVIIAP</p> <p>Região XXXVIIIAP</p> <p>Região XXXIXAP</p> <p>Região XXXXAP</p> <p>Região XXXXIAP</p> <p>Região XXXXIIAP</p> <p>Região XXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXIVAP</p> <p>Região XXXXVAP</p> <p>Região XXXXVIAP</p> <p>Região XXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXAP</p> <p>Região XXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXXIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXIVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIAP</p> <p>Região XXXXXXXXXXVIIIAP</p>
---	--	---	--

*Figura 64 Projeto Submetido*



## Apêndice B: Registo de Experiências



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final  
Ano Letivo 2021/22

Nome do/a Aluno/a: Cristina Margarida Manjate

Nº 46841

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	295
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente  • Partos eutócicos (40) -----	70
• Participação ativa em partos pélvicos [simulação]-----	1
• Participação ativa em partos gemelares -----	2
• Participação ativa noutros partos -----	35
• Episiotomia -----	23
• Episiorrafia / perineorrafia-----	51
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)  • Gravidez -----	81
• Trabalho de parto -----	35
• Puerpério -----	41
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	188
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	164
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	21
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções ginecológicas.	83

Rubrica Professor

*Margarida Sim-Sim*

## Apêndice C: Exploração Temática – Ameaça de Parto Pré-Termo

### Explorações Temáticas sobre Casos Clínicos Assistidos

**Nome:** Cristina Margarida Manjate

**Data:** 5-12 de julho de 2021

**Campo Clínico:** Internamento ginecologia e grávidas

**Local:** HES-Évora

**Tema:** Ameaça de Parto Pré-Termo

### Caso Clínico Assistido – Narrativa

Esta semana na Enfermaria de grávidas patológicas, prestei cuidados de enfermagem a uma grávida com o diagnóstico de Ameaça de Parto Pré-Termo com o feto na apresentação pélvica. Este caso despertou meu interesse por tratar-se de uma gravidez preciosa, pelo historial que a mãe passou desde as consultas externas de Ginecologia. Trata-se de uma utente que fez correção do útero bicórneo em 2020, gravidez resultante de uma estimulação ovárica, Streptoco B+.

O TP desencadeou-se às 25 semanas, sendo medicada com o Tractocile e outros fármacos: enuncio o Tractocile por tratar-se de um fármaco novo para a minha experiência por ter uma grande eficácia na prevenção de partos pré-termos embora este não seja para este caso, pois o organismo da senhora teve reações mais elevadas embora a medicação que a senhora fazia. Culminou com um parto por cesariana de um RN do sexo Feminino com um peso de 800gr, que foi encaminhado para os serviços de Neonatologia.

À puérpera foi oferecido todo o apoio emocional e psicológico. Tratou-se de uma gravidez de Alto risco.

### Caso Clínico Assistido – Comentário de Exploração Temática

Embora alguns mamíferos tenham útero bicórneo (i.e., alguns roedores: camundonga coelha, cobaia), na espécie humana é uma situação patológica (Machado et al., 2022). Este tipo de anomalias que se originam na organogénese são pouco frequentes

Antes da diferenciação sexual, os ductos Wolfianos (Ductos de Wolff) e Müllerianos (Ductos de Müller) são equivalentes em ambos os genótipos. Iniciando-se a produção pelo testículo fetal, de hormona Anti-Mülleriana (Amh), testosterona e insulina-like 3, os ductos Müllerianos sofrem regressão, os ductos Wolfianos diferenciam-se e desenvolvimento conduz ao fenótipo masculino. Pelo contrário, a ausência de AMH, permite a diferenciação dos ductos Müllerianos, progredindo o desenvolvimento para um trato reprodutivo feminino (ovidutos, útero, vagina superior), ocorrendo degeneração passiva dos ductos Wolfianos (Kobayashi & Behringer, 2003; Mullen & Behringer, 2014), conforme figura 65

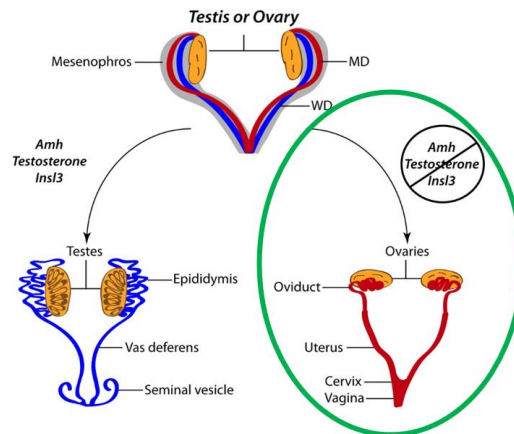


Figura 65 Desenvolvimento embrionário

Fonte: (Kobayashi & Behringer, 2003), citados por Mullen RD, Behringer RR. Molecular genetics of Müllerian duct formation, regression and differentiation. Sex Dev. 2014;8(5):281-96. doi: 10.1159/000364935. Epub 2014 Jul 12. PMID: 25033758; PMCID: PMC4378544.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378544/#R62>

O desenvolvimento normal dos ductos de Müller depende da conclusão de três fases: organogênese, fusão e reabsorção septal. O útero bicórneo, resulta da falha da 2ª fase, a fusão (Chandler et al., 2009). O útero bicórneo advém de problema nos processos embrionários e na sequência desses processos.

As alterações da morfologia uterina que provém de processos de organogênese perturbados são vários. A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (SAMR) apresenta uma classificação com base na estrutura, podendo haver anomalias que não se enquadram absolutamente na figuração concebida. A SAMR, define: I) Hipoplasia/ Agenesia, II) Unicórneo, III) Didelfos, IV) Bicornio, V) Septado. Já depois de ter terminado o campo clínico e na revisão de texto para submissão do Relatório, foi possível saber que a SAMR fez sair uma nova classificação em 2021 (Pfeifer et al., 2021), publicada na PubMed em novembro de 2021.

O diagnóstico de útero bicórneo é frequentemente oculto para a mulher, até que as perdas gestacionais comecem a ser recorrentes e/ou o TP ocorra prematuramente. A razão frequente destes desfechos está geralmente associada a um colo curto (i.e., <25 mm) (Airoidi et al., 2005). A correção cirúrgica do útero bicórneo (i.e., metroplastia), instaura a possibilidade de gravidez com sucesso elevado (Rechberger et al., 2009)

## Tractocile / Atosibano

Tipo: agente tocolítico

- ❖ Substância ativa: atosibano
- ❖ Função: protelar o TP em mulheres ente as 24-33 semanas de gravidez, quando há sinais de possível PPT.



- ❖ Administração: Via endovenosa
- ❖ Estudos sobre a Eficácia do Tractocile:
- ❖ Eficácia da Terapia (Yu et al., 2020):
  - Idades gestacionais baixas: sem diferenças entre Atosibano e tratamento convencional
  - Idades gestacionais altas: Grupo-Atosibano teve maior eficácia que o Grupo de tratamento convencional (84% Vs 37.5%)

## Referências

- Airoidi, J., Berghella, V., Sehdev, H., & Ludmir, J. (2005). Transvaginal ultrasonography of the cervix to predict preterm birth in women with uterine anomalies. *Obstet Gynecol*, 106(3), 553-556. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000173987.59595.e2>
- Chandler, T. M., Machan, L. S., Cooperberg, P. L., Harris, A. C., & Chang, S. D. (2009). Mullerian duct anomalies: from diagnosis to intervention. *Br J Radiol*, 82(984), 1034-1042. <https://doi.org/10.1259/bjr/99354802>
- Kobayashi, A., & Behringer, R. R. (2003). Developmental genetics of the female reproductive tract in mammals. *Nature Reviews Genetics*, 4(12), 969-980. <https://doi.org/10.1038/nrg1225>
- Machado, D. A., Ontiveros, A. E., & Behringer, R. R. (2022). Chapter Three - Mammalian uterine morphogenesis and variations. In T. Gridley & L. Oxburgh (Eds.), *Current Topics in Developmental Biology* (Vol. 148, pp. 51-77). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/bs.ctdb.2021.12.004>
- Mullen, R. D., & Behringer, R. R. (2014). Molecular genetics of Müllerian duct formation, regression and differentiation. *Sex Dev*, 8(5), 281-296. <https://doi.org/10.1159/000364935>
- Pfeifer, S. M., Attaran, M., Goldstein, J., Lindheim, S. R., Petrozza, J. C., Rackow, B. W., . . . Ramaiah, S. D. (2021). ASRM müllerian anomalies classification 2021. *Fertil Steril*, 116(5), 1238-1252. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.09.025>
- Rechberger, T., Monist, M., & Bartuzi, A. (2009). Clinical effectiveness of Strassman operation in the treatment of bicornuate uterus. *Ginekol Pol*, 80(2), 88-92.
- Yu, Y., Yang, Z., Wu, L., Zhu, Y., & Guo, F. (2020). Effectiveness and safety of atosiban versus conventional treatment in the management of preterm labor. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 59(5), 682-685. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.07.010>

## **Apêndice D: Exploração Temática – Histeroscopia**

### **Explorações Temáticas sobre Casos Clínicos Assistidos**

**Nome:** Cristina Margarida Manjate

**Data:** 15-22 de julho de 2021

**Campo Clínico:** Internamento ginecologia e grávidas

**Local:** HES-Évora

**Tema:** Histeroscopia

### **Caso Clínico Assistido – Narrativa**

No dia 15 de julho foram admitidas 4 utentes vindas de consultas externas, para cirurgia eletiva por método histeroscópico no mesmo dia, as mesmas já tinham passado por consultas. Antes da cirurgia, todas utentes foram admitidas, e feito todos cuidados e procedimentos de enfermagem para uma cirurgia. O importante foi perceber que todas elas tinham quase senão o mesmo quadro clínico Sangramento Uterino Anormal (SUA) embora a diferença de idades.

A histeroscopia surgiu como um método para avaliar pacientes com sangramento uterino anormal. Esta técnica permite ao ginecologista diagnosticar pólipos, miomas, neoplasia endometrial, além de obter pequenas biópsias dirigidas (Novak 1998)

Histeroscopia é o melhor método para avaliação da cavidade uterina, pois além da visualização direta da cavidade e do endométrio, permite biópsias dirigidas e a instituição de métodos terapêuticos quando possível. (Passos et al., 2017).

### **Atividades Semanais**

Está semana foi caracterizada por diversas afeções do fórum ginecológico, dos quais todos tiveram cuidados de enfermagem prestados por minha parte.

Esta semana foi interessante para mim pois pude fazer a admissão e poder participar do exame diagnóstico assim como da cirurgia (ressectoscopia,) feita através da histeroscopia.

Onde as utentes sob efeito anestésico geral foram feitas a ressectoscopia dos fragmentos na cavidade uterina, algumas utentes apresentavam fragmentos menos complicados que as outras, as duas que tiveram fragmentos complicados tiveram um tempo demorado durante a cirurgia.

A essência é, todas elas terem sido submetidas a um ato cirúrgico sem muita exposição dos órgãos internos e a doente pode ter alta no próprio dia do procedimento e não necessita de ficar internada.

## Apêndice E: Exploração Temática – Parto sem Analgesia

### Explorações Temáticas sobre Casos Clínicos Assistidos

**Nome:** Cristina Margarida Manjate

**Data:** 3-10 outubro de 2021

**Campo Clínico:** Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

**Local:** HES-Évora

**Tema:** Parto sem Analgesia

### Caso Clínico Assistido – Narrativa

No dia 3 de outubro acompanhei a utente V.S.D.C. de 32 anos, casada com IO: 1001, IG 39 semanas + 3 dias. Deu entrada no mesmo dia as 4h 06 minutos com diagnóstico de REBA 2 cervicometria com 2 dedos francos. Na passagem do turno (no meu turno das 8h até as 16h) a parturiente continua com 2 dedos francos, as 8:50 na visita médica orientou-se que a parturiente fizesse ¼ de misoprostol jugal e assim foi feito as 9h. Assim que iniciassem as dores devíamos solicitar a equipe de anestesia para epidural.

O impressionante foi quando fui administrar o misoprostol e a parturiente disse que não pretendia um parto com analgesia, mas sim com a presença do seu marido. Elogiei-a pela sua determinação e disse-lhe que iria estar com ela na sua tomada de decisão. Concordei com a parturiente e expliquei-lhe que o marido podia sim participar do parto desde que não haja nenhuma intervenção instrumental. Os estudos realmente referem que a presença do cônjuge é uma forma de reforçar laços afetivos, de melhorar a auto-imagem do parceiro no sentido do homem moderno. Nos países em desenvolvimento, é necessário reforçar as atitudes e comportamentos dos maridos/parceiros e os serviços de saúde possuem responsabilidade sobre essa matéria, não só no TP, como nas decisões contraceptivas e saúde materno-infantil (Kashaija et al., 2020)

Quando começou com dores fui observá-la por volta das 11h e a cervicometria apresentava dilatação completa com ligeiro rebordo superior lateral, chamei a supervisora e confirmou o diagnóstico e orientou que a parturiente passasse a sala de parto, o marido esteve presente durante o parto e dando apoio a esposa.

Foi um parto precipitado e com um período expulsivo rápido que culminou com a laceração do III grau. Realizei a sutura sob supervisão da enfermeira e foi muito gratificante foi quando o casal agradeceu pelo trabalho. No decurso da conversação, o casal questionou-me se conhecia uma outra parturiente (identificaram a senhora), a qual, nas palavras do casal, lhes garantiu que seriam bem bem assistidos. O conhecimento era anterior, das aulas de preparação para

o parto, onde a interação tinha decorrido otimamente. De facto, senti-me muito gratificada com esta apreciação e claramente me iluminou a importância da profissão de parteira/EESMO para a sociedade, para a população. Relendo o texto “Birth Territory” (Fahy & Parratt, 2006), fez-se mais luz sobre o espaço de atuação profissional das parteiras e vincou-se-me a opção pessoal quanto à motivação para a escolha de carreira, conforme demonstram alguns estudos (Sim-Sim et al., 2022)

Depois a puérpera passou para o quarto junto do filho e do seu marido e fui apoiá-la para poder amamentar. Foi mesmo gratificante, saber que consigo ter o meu comportamento e ser a mesma pessoa fora do meu País.

### **Competências desenvolvidas nesta consulta:**

Sinto que desenvolvi nesta intervenção competências como: a) Garante um ambiente seguro durante o TP e parto (3.1.2); b) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (3.1.3); c) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (3.1.4); d) Identifica e monitoriza o TP(3.2.1); e) Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação (H3.2.4); f) ) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (3.3.5) (OE, 2015).

## Apêndice F: Diapositivos de aula sobre Partograma Digital

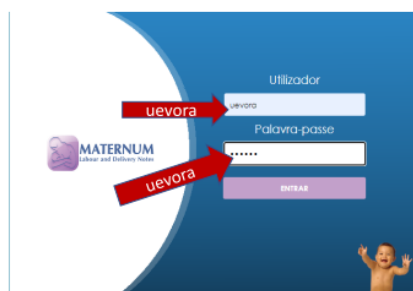
Exemplos com permissão da docente para este relatório

### Partograma Digital

Versão online do partograma Maternum

❖Gentilmente criado para os Estudantes e Professores da Univ. Évora, por Dr. Hugo Ferreira & Drª Eleonor Castillo

link [uevora.omniview.eu](http://uevora.omniview.eu)



### Partograma Digital



**Admissão**

Início de Partograma: 16 : 15  
27-02-2022

Rotura de Membranas Prévia: 15 : 00  
27-02-2022

Semanas gestação: 40 + 2

Gestações: 1

Paridade: 0

**Análises**

Grupo sanguíneo: O+

Hemoglobina: 12.2 g/dL

Plaquetas: 147 x10<sup>9</sup>/µL

Alergias: não

Strepto B: Negativo

COVID 19: + -

Data Covid: 26-02-2022

**Serologias**

Alghbs: + -

VDRL: + -

HIV1 e 2: + -

Toxoplasmose: Não imune

Rubéola: Imune

**Início do Trabalho de Parto**

Início TP: 16 : 15

Forma início TP: Espontâneo

Hora de Indução: -

Matéria Indução: -

Método Indução: -

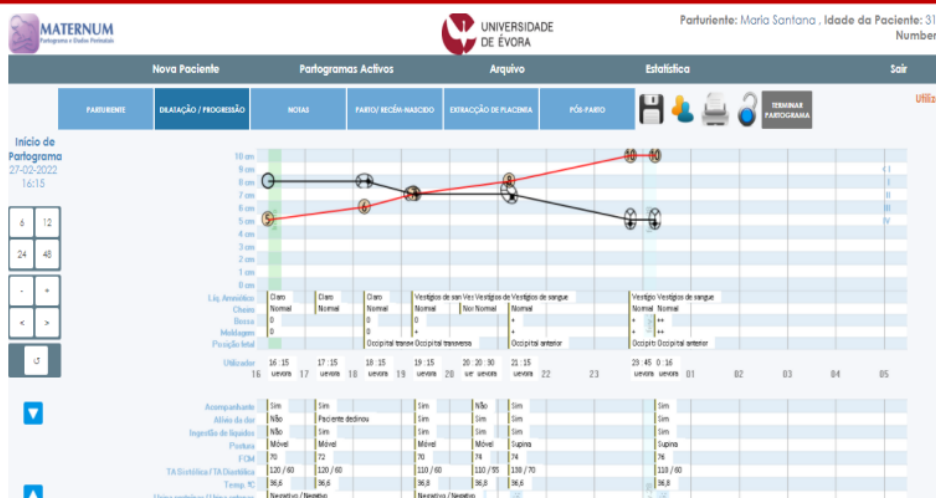
**Factores de risco:**

Não tem

**Comentários:**

Parturiente chegada à unidade hospitalar caminhando pelo seu pé, acompanhada do marido. Admitida no Bloco de Partos às 15:45, proveniente da sua casa. REBA em casa, cerca das 18:00 (abundante e corado) como cloro (2C). Refere 2 a 3 contrações em 10 minutos

### Partograma Digital



## Apêndice G: Exemplo de Partograma Digital



### DETALHES DA PACIENTE

Parturiente:

Rosa Silveira

Número	Idade da Paciente:	Data de nascimento	Fim de Partograma:	Duração
2345678	35	20-03-1987		----

### PARTURIENTE

ADMISSÃO	ANÁLISES	SEROLOGIAS	INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO
<b>Início de Partograma</b> 18 : 00 21-01-2023	<b>Grupo sanguíneo</b> O+	<b>AtgHbs</b> -	<b>Início TP</b> :
<b>Rotura de Membranas Prévia</b> :	<b>Hemoglobina</b> 11,9 g/dL	<b>VDRL</b> -	<b>Forma Início TP</b> Espontâneo
<b>Semanas gestação</b> 40 + 1	<b>Plaquetas</b> 185 x10 <sup>9</sup> /L	<b>HIV1 e 2</b> -	<b>Hora de Indução</b> :
<b>Gestações</b> 1	<b>Alergias</b> não	<b>Toxoplasmose</b> Não Imune	<b>Motivo Indução</b>
<b>Paridade</b> 0	<b>Strepto B</b> Negativo	<b>Rubéola</b> Imune	<b>Método Indução</b>
<b>Cesarianas Ant.</b> 0	<b>COVID 19</b> -		
<b>Abortos</b> 1	<b>Data Covid</b> 27-09-2022		
<b>Vigilância da Gravidez</b> Bem vigiada			
<b>Status de referência e causa</b>			
<b>Altura da sínfise-fundo</b> 36			

### Factores de risco:

Sem fatores de risco

### Comentários:

### NOTAS

Data	Utilizador	Notas
21/01/2023 18:15:00	uevora	Parturiente admitida por contrações regulares, três em 10 minutos. Colaborante, animada; designou como acompanhante o companheiro. BCF = 150/m
21/01/2023 19:15:00	uevora	Parturiente colaborante; mobiliza-se no quarto e utiliza Bola de Pilates; exprimiu vontade de realizar parto natural sem intervenção de terapêutica farmacológica. Auscultação fetal 140/m
21/01/2023 23:00:00	uevora	Parturiente necessita presença constante de ESMO; sugere estar em momento emocionalmente difícil relativamente ao controlo da dor. Foi feita massagem dorsal; está acamada por vontade própria; manteve-se quarto em semi-obscuridade, porta fechada. Não se permite a entrada a outros que não seja por motivo justificado
22/01/2023 09:25:00	uevora	Puerpera sempre acompanhada por companheiro. Revela alguma ansiedade nas competências para cuidar o RN. Dificuldades da pega para aleitamento; chora, mas pede ajuda e mostra empenho.

## PARTO/ RECÉM-NASCIDO

Recém-Nascido: 1

PARTO	TIPO DE PARTO	GASIMETRIA DO CORDÃO	ÍNDICE APGAR
<b>Data</b> 00 : 10 22-01-2023	<b>Eutócico</b>	<b>Grupo Sangu</b> Não	<b>1min</b> 9
<b>Nado Vivo</b> ✓	<b>Eutócico</b> Cefálico	<b>Bilirrubinas</b> Não	<b>5min</b> 10
<b>Sexo</b> F	<b>Ventosa</b>	<b>Gasimetria</b> Não	<b>10min</b> 10
<b>Peso(g)</b> 3650	<b>Ventosa</b>	<b>Células estaminais</b> Não	Notas Adicionais
	<b>Fórceps</b>	<b>Exclusão SCU</b>	<b>Contacto pele-pele</b> Sim
	<b>Fórceps</b>	<b>pH</b>	<b>Aleitamento materno</b> Materna
	<b>Cesariana</b>	<b>V-pH</b>	
	<b>Apresentação</b> Cefálica-Vértice		

## Observações:

RN em contacto pele-a-pele imediato à expulsão; colocado sobre o tórax materno, evidenciou movimentos de reptação até aos mamilos; sucção satisfatória; deglutição presente. Acrocianose peribucal. Vernix abundante. Profiláticos [vitK] realizado

# EXTRACÇÃO DE PLACENTA

Recém-Nascido: 1

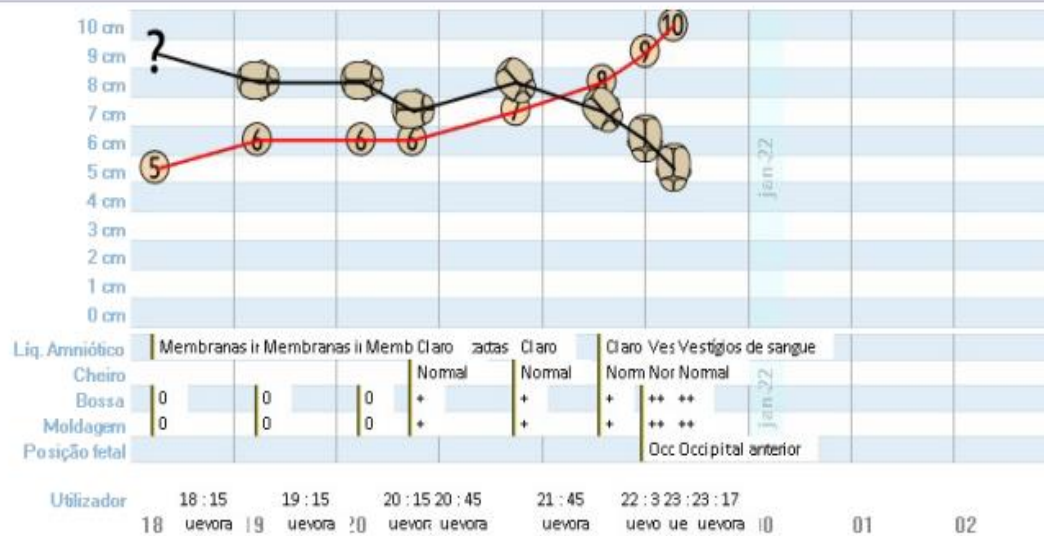
PLACENTA	CORDÃO
<b>Data</b> 00 : 35 22-01-2023	<b>Hora do Corte</b> 00 : 25
<b>Dequitação</b> Espontânea	<b>Número de Vasos</b> 3
<b>Placenta</b> Completa	<b>Inserção do Cordão</b> Central
<b>Membranas</b> Completas	<b>Circular</b> Cervical
<b>Peso Placenta(g)</b>	<b>Nó</b> X
<b>Anatomia Patológica</b> ✓	<b>Cordão curto</b> X
<b>Tipo de placenta</b> Normal	<b>Larga</b>

# PÓS-PARTO

PARTURIENTE		
<b>Episiotomia</b>	<b>Tampão Vaginal Pós-parto</b> Retirado	<b>Comentários:</b>
<b>Laceração</b> Perineal 1ºG	<b>Hemorragia</b> Normal	Puérpera que exprime alguma ansiedade no aleitamento materno exclusivo, mas muito empenhada em conseguir
<b>Episiorrafia</b> Pontos Separados	<b>Gelo</b> Sim	
<b>Períneo/ Vulva</b> Normal	<b>Hemorroidas</b> Sim	
<b>Altura Uterina</b>	<b>Revisão do canal de parto</b> Sim	
<b>Tónus Uterino</b> Contraído		



# DILATAÇÃO / PROGRESSÃO



Acompanhante	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim				
Alívio da dor	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim				
Ingestão de líquidos	Sim	Paciente dedi	Sim	Sim	Paciente de	Sim	Não	Não					
Postura	Móvel	Móvel	Móvel	Móvel	Móvel	Móvel	Móvel	Móvel	Móvel				
FCM	74	72	74	76	76	78	74	76					
TA Sistólica / TA Diastólica	120 / 60	120 / 60	130 / 60	125 / 65	125 / 65	130 / 125 / 65							
Temp. °C	36,6	36,6	36,5	36,8	36,6	36,6	36,8						
Urina proteínas / Urina cetonas	Negativo / Ne	Negativo / Ne	Negativo / Ne	Negativo / Ne	Negativo / Ne	Negativo / Ne	Negativo / Ne						
FCF linha base	140	138	142	150	152	150	165	170					
FCF desaceleração	Sem desacel	Sem desacel	Sem d	Precoce	Sem desac	Varia	Pre	Varia					
Contracções	3	3	3	3	5	6	6	7					
Contracções duração	20	20	30	40	50	60	60	60					
Ocitocina UI/L	0	0	0	0	0	0	0	0					
Ocitocina gotas/min	0	0	0	0	0	0	0	0					
Fluidos IV	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não					
Observações	Parturiente admitida por co...												
Notas	Parturiente colaborante; mo...												
Utilizador	18	18:15	9	19:15	0	20:15	20:45	uevora	21:45	uevora	22:30	23:17	uevora

Hora da Observação

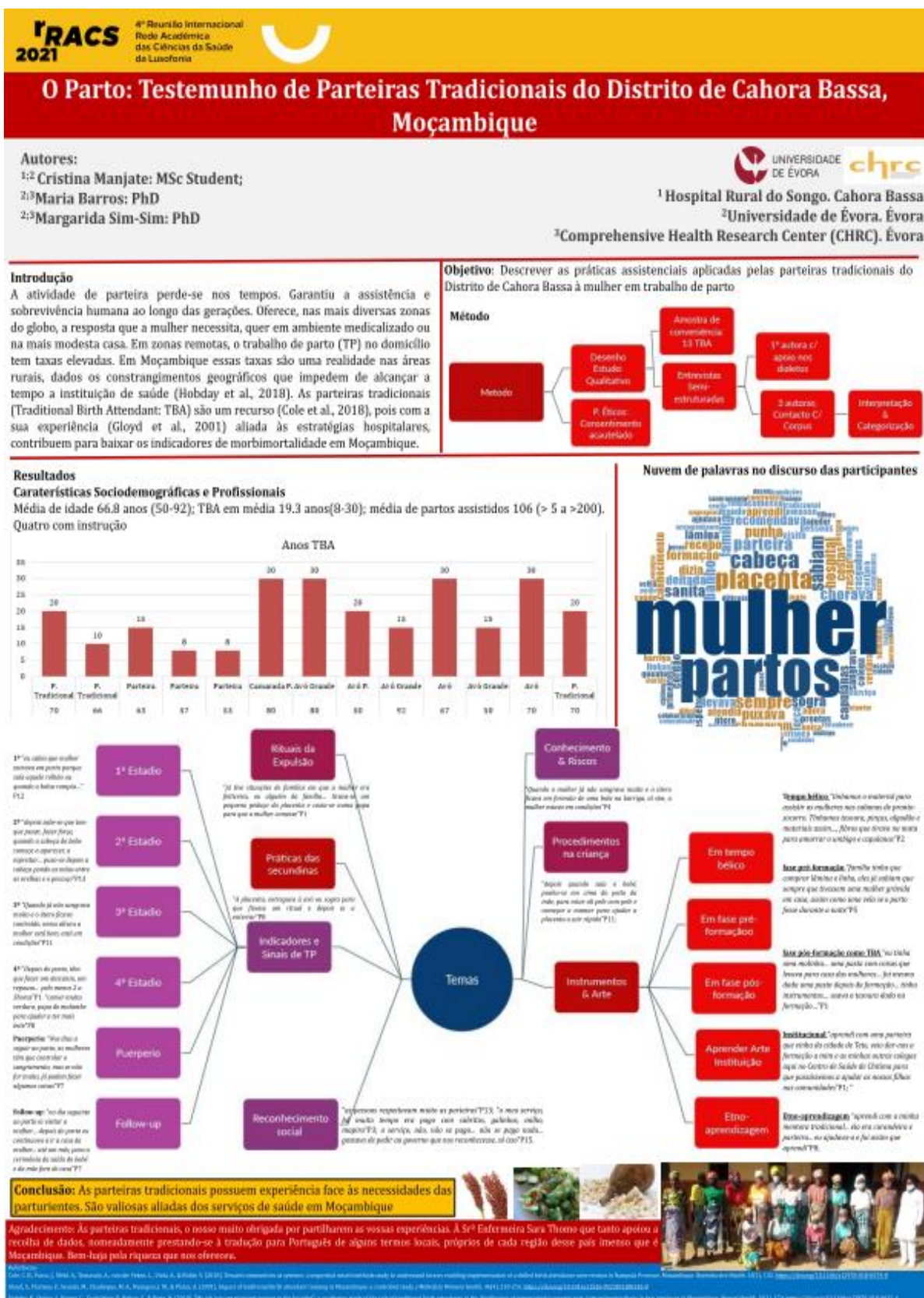
Utilizador:		Data da Observação	Dilatação (cm)	Planos de Hodge
uevora	?	21/01/2023 18:15:00	5	<I
uevora		21/01/2023 19:15:00	6	I
uevora		21/01/2023 20:15:00	6	I
uevora		21/01/2023 20:45:00	6	I
uevora		21/01/2023 21:45:00	7	I
uevora		21/01/2023 22:35:00	8	I
uevora		21/01/2023 23:00:00	9	II
uevora		21/01/2023 23:17:00	10	IV

Utilizador:	Data da Observação	Liq. Amniótico	Cheiro	Bossa	Moldagem	Posição fetal
uevora	21/01/2023 18:15:00	Membranas intactas		0	0	
uevora	21/01/2023 19:15:00	Membranas intactas		0	0	
uevora	21/01/2023 20:15:00	Membranas intactas		0	0	
uevora	21/01/2023 20:45:00	Claro	Normal	+	+	
uevora	21/01/2023 21:45:00	Claro	Normal	+	+	
uevora	21/01/2023 22:35:00	Claro	Normal	+	+	
uevora	21/01/2023 23:00:00	Vestígios de sangue	Normal	++	++	Occipital anterior
uevora	21/01/2023 23:17:00	Vestígios de sangue	Normal	++	++	Occipital anterior

Utilizador:	Data da Observação	Acompanhante	Alívio da dor	Ingestão de líquidos	Postura	FCM	TA Sistólica	TA Diastólica	Temp. °C	Urina proteínas	Urina cetonas	FCF linha base	FCF desaceleração	Contracções	Contracções duração	Ocitocina U/L	Ocitocina gotas/min	Fluidos IV
uevora	21/01/2023 18:15:00	Sim	Sim	Sim	Móvel	74	120	60	36,6	Negativo	Negativo	140	Sem desaceleração	3,00	20	0	0,00	Não
uevora	21/01/2023 19:15:00	Sim	Não	Paciente declinou	Móvel	72	120	60	36,6	Negativo	Negativo	138	Sem desaceleração	3,00	20	0	0,00	Não
uevora	21/01/2023 20:15:00	Sim	Sim	Sim	Móvel	74	130	65	36,5	Negativo	Negativo	142	Sem desaceleração	3,00	30	0	0,00	Não
uevora	21/01/2023 20:45:00	Sim	Sim	Sim	Móvel	76	125	65	36,8	Negativo	Negativo	150	Precoce	3,00	40	0	0,00	Não
uevora	21/01/2023 21:45:00	Sim	Sim	Paciente declinou	Móvel	76	125	65	36,6	Negativo	Negativo	152	Sem desaceleração	5,00	50	0	0,00	Não
uevora	21/01/2023 22:35:00	Sim	Sim	Sim	Móvel	78	130	55	36,6	Negativo	Negativo	150	Variável	6,00	60	0	0,00	Não
uevora	21/01/2023 23:00:00	Sim	Sim	Não	Móvel	74	125	65	36,8	Negativo	Negativo	165	Precoce	6,00	60	0	0,00	Não
uevora	21/01/2023 23:17:00	Sim	Sim	Não	Supina	76						170	Variável	7,00	60	0	0,00	Não

21/1/2023 18:15:00	Parturiente sugere estar em grande expectativa com o trabalho de parto; pede para não a deixarem só
21/1/2023 19:15:00	Parturiente pediu para deambular
21/1/2023 20:15:00	Deambulação acompanhada
21/1/2023 20:45:00	Parturiente lida com a dor, exprimindo vontade de não utilizar métodos farmacológicos
21/1/2023 21:45:00	Parturiente tem períodos que prefere estar acamada
21/1/2023 22:35:00	Parturiente aumentou a solicitação de apoio a ESMO e companheiro de medidas de alívio da dor
21/1/2023 23:00:00	Parturiente algo agitada necessitando presença constante de ESMO e companheiro; exprime medo, chora
21/1/2023 23:17:00	Parturiente iniciou esforços expulsivos

## Apêndice H: Poster no Evento RACS 2021



*Figura 67 Poster no Evento RACS 2021*

## Apêndice I: Exercício de Revisão de Literatura



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Assunto:** Exercício de Revisão de Literatura

**Mestranda:** Cristina Margarida Manjate

**Título:** Protocolo para síntese qualitativa de experiências na utilização Partograma/LCG por enfermeiras/parteras que assistem mulheres em TP

Acronimo SPIDER (Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation and Research type) (Cooke et al., 2012), para definir os criterios de inclusão:

- Sample [Amostra]: Provedores de cuidados [parteras, enfermeiras] envolvidos nos cuidados de assistência a parturientes [do 1º ao 4º estadio]
- Phenomenon of Interest [Fenomeno de Interesse]: Utilização do LCR na clinica
- Design [Desenho]: Estudos qualitativos, fases qualitativas de estudos de métodos mistos.
- Evaluation [Avaliação]: Temas que possam refletir a visão, atitude, comportamento, experiencia dos provedores de cuidados ao utilizar o LCG
- Research type [Tipo de Investigação]: Estudos Qualitativos, quantitativos, metodos mistos publicados em Inglês, Português e Espanhol




**Questão de Revisão:** Quais são as experiências e as opiniões das parteras/enfermeiras-parteras sobre a utilização do partograma/LCG?

Elementos SPIDER	Elementos abstratos elegíveis	Elementos concretos de busca	Justificação
S Sample	Amostra	Enfermeras Enfermeiras-Parteras Parteras	A tendência na pesquisa qualitativa são pequenos grupos, assim amostra sugere ser um termo adequado
PI Phenomenon	Topico da pesquisa	Fatores que influenciam a utilização do Partograma/LCG	Razões que explicam os comportamentos e decisões, não a intervenção.
D Design	Tecnicas utilizadas para obter os dados qualitativos	Estudos que utilizam métodos qualitativos para recolha e análise de dados	A estrutura teórica da pesquisa, determinará o método usado.
E Evaluation	Achados do estudo	Atitudes, visão para a aceitação/rejeição do Partograma/LCG	Medir os resultados ( <i>outcome</i> ) que podem conter constructos subjetivos, não observáveis [atitudes, visão] realizando-se a avaliação
R Research type	Qual o tipo de estudos a selecionar	Qualitativos, quantitativos, metodos mistos	Três tipos de pesquisa podem ser pesquisados: qualitativos, quantitativos e mistos que reportem dados qualitativos

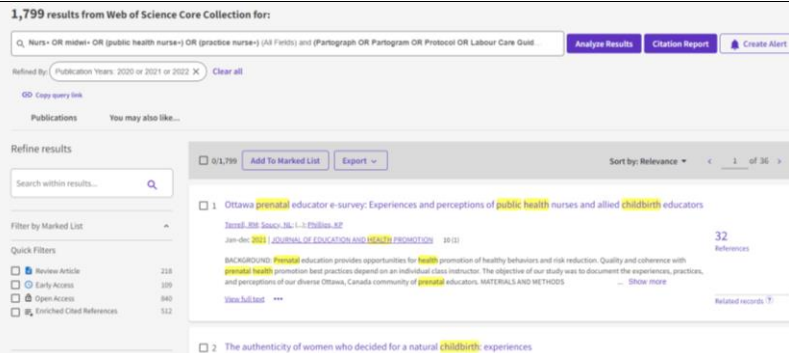
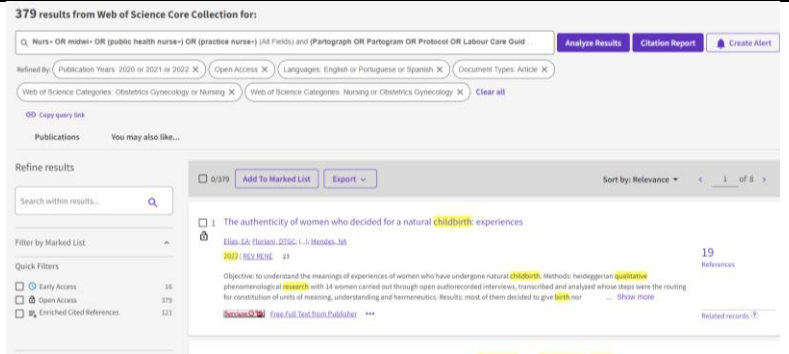
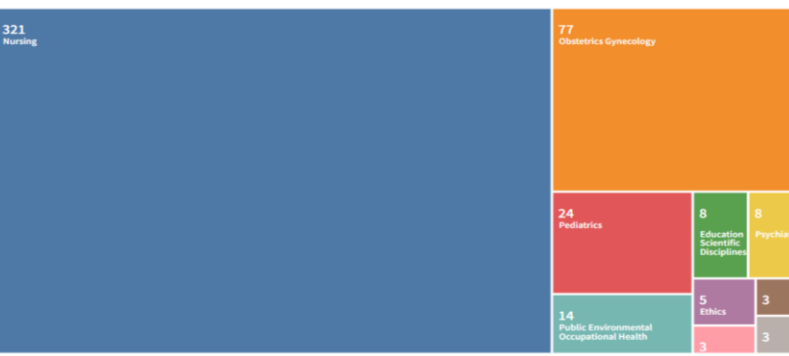
Adaptado de Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>

Fonte: <https://researchguides.gonzaga.edu/qualitative/spider>



Plano de Pesquisa		
	<b>S</b> Sample [Amostra]: Nurs* OR midwi* OR (public health nurse*) OR (practice nurse*) AND	
<b>PI</b> Phenomenon of Interest [Fenomeno de Interesse]: (Partograph OR Partogram OR Protocol OR Labour Care Guide) AND Parturition OR Childbirth OR Birth OR Pregnancy OR Obstetrics OR (antenatal OR prenatal OR perinatal OR puerperal OR puerperium OR postnatal OR postpartum OR peripartum OR post-natal OR post-partum OR ante-natal OR ante-partum OR obstetric*) OR Postpartum period AND <b>ER</b> Evaluation [Avaliação]- Research type [Tipo de Investigação]: experience* OR view* OR perception* OR voice* OR attitude OR behavior OR narrative* OR qualitative* OR (grounded theory) OR phenomenology OR (action research) OR (Thematic analysis) AND (tool OR instrument OR evaluation OR guide)		
	((((((((("Nurses"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh] OR "Practice Patterns, Nurses"[Mesh] OR "nursing" (Rodrigues et al.) OR "Nurse's Role"[Mesh] OR "Obstetric Nursing"[Mesh]) OR ( "Licensed Practical Nurses"[Mesh] OR "Rural Nursing"[Mesh] OR "Nurses, Public Health"[Mesh] OR "Nursing Research"[Mesh] )) OR ( "Nurse Clinicians"[Mesh] OR "Military Nursing"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh] OR "Nurses, Neonatal"[Mesh] OR "Specialties, Nursing"[Mesh] )) OR ( "Nursing Faculty Practice"[Mesh] OR "Neonatal Nursing"[Mesh] )) OR ( "Clinical Nursing Research"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh] )) OR ( "Education, Nursing"[Mesh] OR "Nurse Specialists"[Mesh] )) OR "Midwifery"[Mesh]) OR "Maternal Health Services"[Mesh]) OR "Advanced Practice Nursing"[Mesh]) AND (((("Practice Guidelines as Topic"[Mesh]) OR "instrumentation" (Rodrigues et al.)) OR ( "Patient Care Planning"[Mesh] OR "Patient Care Management"[Mesh] OR "Clinical Protocols"[Mesh] ))) AND (((("Parturition"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]) OR "Natural Childbirth"[Mesh]) OR "Peripartum Period"[Mesh])) AND (((("Life Change Events"[Mesh]) OR ( "Attitude"[Mesh] OR "Attitude to Health"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh] )) OR "Personal Narratives as Topic"[Mesh])) AND ((((("Attitude"[Mesh] OR "Attitude to Health"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) OR "Life Change Events"[Mesh]) OR "Personal Narratives as Topic"[Mesh]) OR "Qualitative Research"[Mesh]) OR "Grounded Theory"[Mesh]) OR "Health Services Research"[Mesh])	
	Academic Search Complete	(Partogram OR Partograph OR labour care guide) AND (midwi* OR nurs*) AND (qualitative OR attitude OR narrative OR grounded theory OR thematic analysis OR phenomenology)
	CINAHL Plus with Full Text	(Partogram OR Partograph OR labour care guide) AND (midwi* OR nurs*) AND (qualitative OR attitude OR narrative OR grounded theory OR thematic analysis OR phenomenology)

Web of Science	
<p>DOCUMENTS</p> <p>Search in: Web of Science Core Collection™ Editions: All</p> <p>DOCUMENTS CITED REFERENCES STRUCTURE</p> <p>All Fields Example: Enter disease index single Nurs* OR midwi* OR (public health nurse*) OR (practice nurse*)</p> <p>And All Fields Example: Enter disease index single (Partograph OR Partogram OR Protocol OR Labour Care Guide) AND Parturition OR Childbirth</p> <p>And All Fields Example: Enter disease index single at* OR (grounded theory) OR phenomenology OR (action research) OR (Thematic analysis)</p> <p>+ Add row + Add date range Advanced Search</p> <p>Clear Search</p>	<p>7,275 results from Web of Science Core Collection for:</p> <p>Nurs* OR midwi* OR (public health nurse*) OR (practice nurse*) OR (Partogram OR Partograph OR Protocol OR Labour Care Guide)</p> <p>Refine results</p> <p>Search within results:</p> <p>Filter by Marked List</p> <p>Quick Filters</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Review Article 175</li> <li>Meta-Analysis 108</li> <li>Open Access 1,028</li> <li>Peer-Reviewed 700</li> </ul> <p>1. Jordanian women's perceptions of postpartum health care 12 Citations</p> <p>2. Factors associated with postnatal anxiety among postpartum mothers in Nepal 11 Citations</p>
Respostas: 7275	

<p>Limites: Ano 2020, data de publicação do Manual para utilizadores (WHO, 2020b)</p>	
<p>Open access + language [English, Portuguese, Spanish] + article + [Nursing Obstetrics Gynecology] = 379</p>	
<p>Grafico TreeMap</p>	

<p>Open access + language [English, Portuguese, Spanish] + article + [Nursing + Obstetrics Gynecology] = 73</p>	
---	--



Análise das referências alojadas no Gestor Rayyan [466 referencias]

1º Rastreo

Identificação de Duplicados e eliminação:

- 

Identificação de tipo de estudos secundários e eliminação:

- Revisões sistemáticas= 5

Identificação de estudos com data anterior a 2020 (WHO, 2020b)

- Ano 2017 = 1 estudo
- Ano 2019 = 4 estudos

Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>

WHO. (2020). *WHO Labour Care Guide. User's Manual*. World Health Organization.



## Apêndice J: Tabela-resumo dos estudos analisados

Autor/ano	Objectivo	Desenho	Método	População	Tema Identificado	Conclusões
Ghulaxe et al., 2022 Índia	Analisar a importância do Guia de Cuidados ao TP da OMS	Estudo teórico-temático	Revisão narrativa	Não se aplica	Avanço em Partografia: Assistência ao Trabalho da OMS Guia Partograma Modificado <i>versus</i> LCG [diferenças entre instrumentos]	Necessário mais investigação que descreva as experiências das ♀ para melhor compreender 1) aplicabilidade 2) implicações dos cuidados, 3) resultados do TP. Profissionais convictos: 1) princípios do Partograma estão mantidos no LCG, 2) LCG é avanço nos objetivos do modelo de Partograma anterior. O LCG evoluiu e reflete mudanças, motivará melhores práticas, avanço na excelência do atendimento, atenção a ♀/família.
Patabendige et al., 2021 Sri Lanka	Reflexão sobre uso de LCG em países de baixa e média renda	Carta ao Diretor	Revisão narrativa	Não se aplica	Guia de Assistência ao Trabalho da OMS como o partograma da próxima geração: Revolucionando a qualidade da assistência durante o TP	LCG é um instrumento robusto; Reforça visão naturalista do TP; Carece de orientação para a fase latente na ♀ que refere dor; Salas hospitalares para ♀ em fase latente são necessárias; a presença de doula é recomendável; a presença de acompanhante depende das políticas locais e deve ser desmistificado; Contudo, apesar do LCG ser mais robusto, a substituição do modelo anterior não deve ser abrupta; a introdução do LCG deve ser gradual, com treino, supervisão, avaliação piloto, auditorias
Bovbjerg et al., 2021 USA	Analisar o LCG da OMS	Artigo de reflexão temática	Revisão narrativa	Não se aplica	Novos recursos para apoiar a prestação de cuidados baseados em evidências para ♀ e bebés	Em 2018 a OMS opta por rejeitar a visão clássica da dilatação de 1 cm/h (Friedman). O LCG exibiu dificuldades, usabilidade difícil, nos provedores de saúde. O LCG é passo importante, muito necessário, mas há mais trabalho a ser feito para remediar as causas de morbilidade e mortalidade materna e infantil globalmente.
Yadav et al., 2022 Índia	Analisar barreiras de implementação LCG; Sugerir medidas para superar barreiras	Artigo de reflexão temática	Revisão narrativa	Não se aplica	Uma análise das barreiras na implementação do LCG na Índia e Possíveis Medidas para ultrapassar	Para usar o LCG os profissionais necessitam motivação através de: sensibilização, treino e incentivos financeiros. Como o LCG visa fornecer cuidados centrados na pessoa para alcançar o melhor resultado físico, emocional e psicológico, os sistemas de saúde precisam atualização para melhoria dos cuidados.
Pingray et al., 2021 Argentina	Explorar opiniões de profissionais qualificados sobre a 1ª versão do LCG	Descritivo qualitativo	Questionário anônimo, estruturado, on-line, com questões fechadas e abertas.	23 países da África, Ásia, Europa e América Latina 110 Prof. de saúde (obst, parteiras, MGF)	O desenvolvimento da Assistência ao Trabalho da OMS Guia: uma pesquisa internacional de prestadores de cuidados de maternidade	As futuras utilizadoras do LCG consideraram as variáveis claras, relevantes e apropriadas; pequenas melhorias são necessárias; LCG tem potencial para aumentar a tomada de decisão clínica e respeito à maternidade.
Pandey., 2022 Índia	Determinar o efeito do LCG sobre os resultados do TP; relação com redução de cesarianas primárias; aceitação pelos profissionais	Estudo aberto randomizado controlado	Estudo aberto randomizado controlado ♀ em grupos de controle e experimental	280 ♀ de baixo risco admitidas em TP na sala de partos (SR) de um centro terciário.	Impacto do Guia de Assistência ao TP da OMS na redução de cesarianas em um centro terciário: um ensaio clínico randomizado	O LCG, partograma de última geração, é ferramenta de monitoração do TP, de aparência complexa, porém simples e viável; pode diminuir o número de DCs primárias, permitindo evolução do TP normal. A implementação e aplicabilidade do LCG requerem treino dos profissionais de saúde e

Autor/ano	Objectivo	Desenho	Método	População	Tema Identificado	Conclusões
					controlado aberto	supervisão nas fases iniciais para familiarização com instrumento
Vogel et al., 2020 Australia	Otimizar o atendimento clínico e vivências das ♀; Avaliar usabilidade do LCG, viabilidade e aceitação dos profissionais na clínica	Quanti-quali	três fases, de métodos mistos: 1. treino p <sup>a</sup> usar o LCG. 2. aplicação do LCG no TP de ♀ baixo risco. 3. discussão das experiências em grupos focais	12 unidades de saúde na Argentina, Índia, Quênia, Malawi, Nigéria e Tanzânia 136 profissionais da saúde (médicos, parteiras ou enfermeiras)	Usabilidade, aceitabilidade e viabilidade do World Health – LCG: uma avaliação multipaíses de métodos mistos.	O LCG foi viável em diferentes hospitais e países com baixo recurso de assistência ao TP. Profissionais satisfeitos, mas identificadas áreas onde o design do LCG poderia melhorar para aumentar usabilidade. Como um partograma da OMS redesenhado, o LCG tem o potencial de promover cuidados centrados na ♀ e com avaliação contínua e tomada de decisão durante todo o TP. A implementação do LCG deve ser acompanhada pelo treinamento inicial e contínuo necessário, supervisão de apoio e estratégias para promover um ambiente propício para que os profissionais usem o LCG com eficiência. Isso inclui garantir que o equipamento essencial esteja disponível e atualizar as políticas das instalações sobre intervenções intraparto eficazes.
Vogel., et al 2022 Índia	Desenvolver estratégias para implementar o LCG; Avaliar implementação de LCG em comparação com os cuidados habituais.	Programa de treino supervisão contínua, auditoria e feedback usando a classificação Robson.	Formulário de avaliação com perguntas abertas e fechadas; Consulta de seniores e observação direta.	Amostra aleatoria 4 hospitais públicos Profissionais de saúde; ♀ e RN durante o TP	Implementando o LCG para reduzir cesarianas em quatro hospitais na Índia: protocolo e plano de análise estatística para um estudo piloto pragmático, escalonado e randomizado por clust	> de 140 milhões de mulheres tem TP a cada ano no mundo e a proporção de partos atendidos por profissionais qualificados está a aumentar. Os resultados deste estudo fornecerão evidências críticas sobre como o LCG. Pode ser implementado de forma mais eficaz e os benefícios estão associados à sua implementação. Como o primeiro estudo randomizado usando o LCG, este estudo fornece evidências robustas para orientar outras atividades de disseminação e implementar o LCG. Porém materiais e ferramentas de educação e treino necessitam ser disponibilizados publicamente para outros.

## WHO LABOUR CARE GUIDE-USER'S MANUAL

## WHO Labour Care Guide

*Figura 68 Exemplo da aplicação do LCG*

## **Apêndice L: Acalvaria**

A calvária é a região superior do crânio, a abóbada craniana composta pelo frontal, parietais e temporais e occipital. Estes ossos continuam a desenvolver-se durante a vida fetal e infância, acompanhando o desenvolvimento cerebral. A ossificação começa cerca da 10<sup>a</sup> semana in-utero e na altura do nascimento está quase completa, excetuando-se as suturas e as fontanelas que permanecem abertas para suportar no nascimento, algum cavalgamento pela acomodação ao canal de parto. As suturas podem ampliar-se nos dois primeiros meses de vida, antes de iniciarem um processo de ossificação progressivo até à adultícia (Matys et al., 2022).

A acalvaria é uma situação congénita que se manifesta pela falta dos ossos planos da abóbada craniana, ausência da dura-mater e da musculatura. É considerada como um defeito pós-neurulação (Chua et al., 2021; Harris et al., 1993). Em termos de desenvolvimento embriológico a acalvária é atribuída a processo anormal do tecido mesenquimal, aproximadamente à 4<sup>a</sup> semana do desenvolvimento do conceito (Harris et al., 1993)

Em geral o sistema nervoso central não está afetado (Chua et al., 2021).

Algumas vezes, nos exames ecográficos pré-natais, é confundida com anencefalia. Porém, enquanto na anencefalia os hemisférios cerebrais não estão presentes, na acalvária o conteúdo craniano geralmente está completo, podendo coexistir alterações neuropatológicas (Harris et al., 1993).

A identificação pode ter dúvidas iniciais, já que algumas vezes faz-se acompanhar de hidrocefalia. Mostram alguns estudos que a ultrassonografia abdominal inicial pode necessitar confirmação por ultrassonografia transvaginal (Moore et al., 1999). A acalvaria também ocorre associada a situação não-neurológicas tais como anomalias cardíacas, onfalocelo, hipertelorismo (i.e., afastamento entre dois órgãos ou partes do corpo, como por exemplo orbitas), lábio leporino e fenda palatina, síndrome da banda amniótica, entre outros (Le et al., 2008)

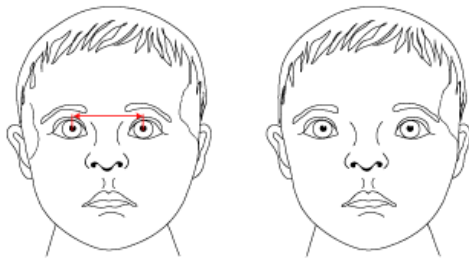


Figura 69 Hipertelorismo

Fonte:

<https://genetics.pediatrics.med.ufl.edu/teaching-resources/facial-dysmorphology/>

**Nota:** hipertelorismo é definido por um aumento da distância interpupilar

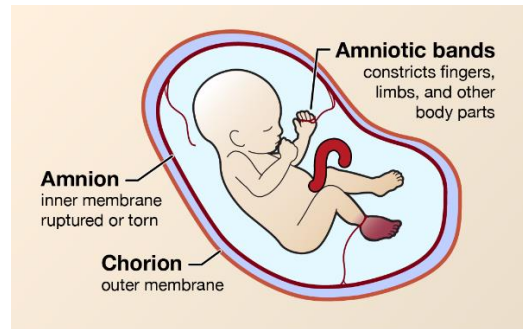


Figura 70 Síndrome da banda amniótica

Fonte: <https://fetus.ucsf.edu/amniotic-band-syndrome/>

**Nota:** O âmnio (membrana interna) rasga, não lesando o córion (membrana externa). Os fragmentos (bandas) flutuam no LA. O fragmento pode enrolar-se à volta de um membro ou qualquer parte fetal, impedindo desenvolvimento; pode levar tanto a sindactilia como a amputação. Na face do feto, a aderência das bandas amnióticas leva por vezes a lábio leporino/fenda do palato.

A Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) é muitas vezes o caminho tomado. Se ocorre o nascimento, por vezes em situações de gravidez não vigiada, a letalidade do RN é elevada. Se há recursos o exame anatomopatológico fetal é realizado

É um quadro raro, sendo acessíveis alguns estudos de caso na literatura das Bases de Dados.

No sentido de maior conhecimento sobre os desfechos das situações de acalvaria, realizou-se uma pesquisa rápida na Wiley Online Library, tendo como as palavra-chave “acalvaria” & “case study”. Resultou em 32 referências (figura 67)

Working off-campus? Learn about our [remote access options](#)

**Wiley Online Library** | Universidade de Évora |   | Margarida

32 results for "acalvaria" anywhere

★ SAVE SEARCH | RSS

**Articles & Chapters (32)**

Applied Filters: Journals x Clear all x

Filters: Publication Date ^

- ☐ Last 3 Months 1
- ☐ Last 6 Months 2
- ☐ Last 2 Years 4
- ☐ Last 5 Years 6
- ☐ Last Year 3

From: 1990 To: 2022 Go

Refine Search v

Export Citation(s)

Article

**Acalvaria: A unique congenital anomaly**

Cheryl P. Harris M.D., Jeannette J. Townsend, John C. Carey

American Journal of Medical Genetics | Volume 46, Issue 6

First published: 1 July 1993

Abstract v

Letter To The Editor

**Acalvaria and occipital scalp defects**

Jean-Pierre Fryns

Figura 71 Resultados da pesquisa na BD Wiley Online Library

Após o rastreio no título e abstract, identificaram-se ..... artigos cujo conteúdo remetia para estudos de caso. Exclui-se 1 artigo em população não-humana (camudongo), artigos teóricos carta ao diretor 4, 1 obituário (i.e., Mason Barr; (Siebert, 2020)), revisão de literatura (Weissman et al., 1997). Os resultados relativos à IVG, letalidade estão no quadro abaixo. A partir da seleção que incluiu 8 artigos.

Autor/Ano	Idade Mãe	Gesta/Para	Decurso da gravidez	Identificação do caso	Dados iniciais	Desfecho
(Barr Jr & Cohen, 1991)	26 (Lupus)	2/0	Vigiada	20ª Sem	Oligodrâmnio, não visualização da bexiga fetal, leve RCIU	33ª sem: parto vaginal ♀ 1440gr Óbito: 14h
	18 (HTA)	1/0	Vigiada	33ª Sem	Nada suspeito até 32-33 Sem	33ª sem: cesariana ♂ 1480gr Óbito: 48h
(Harris et al., 1993)	26	4/3	Vigiada	18ª Sem	Encefalocele parieto-occipital e hidrocefalia	IVG às 21ªSem Indução: Prostaglandinas ♂ 345gr
	17	1/0	Vigiada	24ª Sem	Acrania fetal*	IVG às 24ªSem Indução: Prostaglandinas ♂ 525gr
(Moore et al., 1999)	29	1/0	(?)	18ª Sem	não ossificação da calvária e ossificação normal do condrocrânio	Injeção intracárdica de KCl, seguida de dilatação Evacuação depois (18ª sem) ♀ (?gr)
(Shimura et al., 2000)	31	4/3	Vigiada	26ª Sem	Imagem de anencefalia ou hidrocefalia	28ª Sem: Nado-morto ♂ 800gr
(Le et al., 2008)	18	1/0	Vigiada (toxicodep)	38ª Sem	Ausência de tecido cerebral	38ª Sem: Cesariana ♀ Óbito: horas pós-parto
(Rios et al., 2010)	15	1/0	(?)	31ª Sem	Hidrocefalia unilateral	38ª sem: cesariana ♀ 2815gr Óbito: 5º mês
(Chua et al., 2021)	41	5/4	(?)	26ª Sem	Imagem de crânio fetal fino e hipomineralizado	Cesariana às 37ª Sem ♀ 2650gr Óbito: 37ºdia
(Crowder et al., 2022)	28 Diabetes Gestacional HTA	3/2	(?)	37ª Sem	19ª Sem Recusa amniocentese	Cesariana às 37ª Sem ♀ (?gr) Óbito: 2ºdia

\*Ausência de calote craniana

## Referências

- Barr Jr, M., & Cohen, M. M. (1991). ACE inhibitor fetopathy and hypocalvaria: The kidney–skull connection [<https://doi.org/10.1002/tera.1420440503>]. *Teratology*, 44(5), 485-495. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/tera.1420440503>
- Chua, W. C., Velayudham, V. R. L., Hassan, H. A., Jamil, A. M., Jalal, H. A., & Yahaya, Z. (2021). VP10.07: Fetal acalvaria with transverse cleft lip and palate: a rare presentation [<https://doi.org/10.1002/uog.24160>]. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 58(S1), 132-132. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/uog.24160>
- Crowder, F. N., Deskins, S. J., Decker, M., & Parrish, K. (2022). A Case of Acalvaria in a Full Term, Live Born Male Infant. *Cureus*, 14(2), e22430. <https://doi.org/10.7759/cureus.22430>



- Harris, C. P., Townsend, J. J., & Carey, J. C. (1993). Acalvaria: A unique congenital anomaly [<https://doi.org/10.1002/ajmg.1320460620>]. *American Journal of Medical Genetics*, 46(6), 694-699. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ajmg.1320460620>
- Le, B. H., Anthony, L. L., & Lopes, M. B. S. (2008). NEONATE WITH OCCIPITAL SCALP DEFECT [<https://doi.org/10.1111/j.1750-3639.2008.00214.x>]. *Brain Pathology*, 18(4), 616-618. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1750-3639.2008.00214.x>
- Matys, T., Scoffings, D. J., & Massoud, T. F. (2022). Anatomy of the Calvaria and Skull Base. *Neuroimaging Clinics of North America*, 32(3), 447-462. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nic.2022.04.011>
- Moore, K., Kapur, R. P., Siebert, J. R., Atkinson, W., & Winter, T. (1999). Acalvaria and hydrocephalus: a case report and discussion of the literature [<https://doi.org/10.7863/jum.1999.18.11.783>]. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 18(11), 783-787. <https://doi.org/https://doi.org/10.7863/jum.1999.18.11.783>
- Rios, L. T. M., Martins, M. d. G., Simões, V. M. F., Nunes, M. d. V., Marques, P. F., & Godoy, S. H. C. d. S. (2010). Acalvaria primária: relato de caso. *Radiologia Brasileira*, 43.
- Shinmura, Y., Tsutsui, Y., Nishiguchi, T., & Kobayashi, T. (2000). Acrania: an autopsy case and review of the literature [<https://doi.org/10.1111/j.1741-4520.2000.tb00907.x>]. *Congenital Anomalies*, 40(1), 40-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1741-4520.2000.tb00907.x>
- Siebert, J. R. (2020). Mason Barr and the Face of Humanity [<https://doi.org/10.1002/bdr2.1718>]. *Birth Defects Research*, 112(12), 895-897. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/bdr2.1718>
- Weissman, A., Diukman, R., & Auslender, R. (1997). Fetal acrania: Five new cases and review of the literature [[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0096\(199711/12\)25:9<511::AID-JCU10>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0096(199711/12)25:9<511::AID-JCU10>3.0.CO;2-7)]. *Journal of Clinical Ultrasound*, 25(9), 511-514. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0096\(199711/12\)25:9<511::AID-JCU10>3.0.CO;2-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0096(199711/12)25:9<511::AID-JCU10>3.0.CO;2-7)

## Apêndice M: Exploração Temática – Hemorragias na Gravidez

### Explorações Temáticas sobre Casos Clínicos Assistidos

**Nome:** Cristina Margarida Manjate

**Data:** 7-12 de Março de 2021

**Campo Clínico:** Bloco de Partos

**Local:** HCM- Maputo

**Tema:** Hemorragias na gravidez e pós-parto

### Caso Clínico Assistido – Narrativa

Esta semana no bloco de partos prestei cuidados de enfermagem e obstétricos a várias parturientes e no dia 9 de mês em curso fiz a admissão a parturiente com iniciais:

L.D.C de 38 anos IO: 3003 Dum: 24-06-2021, DPP: 01-04-2022 IGC: 36s+6 dias Serologia atualizada. Parturiente admitida no bloco de partos as 9h e 20 min vinda de casa com história de dor hipogástrica intensa sem intervalos de repouso e diminuição de movimentos fetais.

Exame objetivo: bom estado geral, mucosas coradas e hidratada. Sinais vitais TA: 114/76 mmhg, fc: 88bpm.

Abdomem gravídico BCF com bradicardia, à razão de 80bpm, útero hipertónico AFU:36cm.

Cervicometria: colo central permeável a 1 dedo cefálico alto.

**Diagnóstico da Mestrandia:** Gravidez de termo (GT) em pródromo, Sofrimento fetal agudo (SFA) e descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI inicial [?]) Informado o médico de urgência que orientou que se fizesse o CTG, oxigénio 6 l/m. As 9h e 53 min a parturiente teve um sangramento abundante escuro e com coágulos. Foi preparada de imediato para o bloco operatório, para cesariana emergente. Com o diagnóstico final de DPPNI com SFA.

### Exploração Temática – Hemorragias no 3º trimestre da gravidez

A hemorragia, no enquadramento do ciclo gravídico-puerperal é uma matéria de interesse, dada a relevância que possui para a morbi-mortalidade perinatal. É um assunto que surge nos relatórios de saúde da mulher.



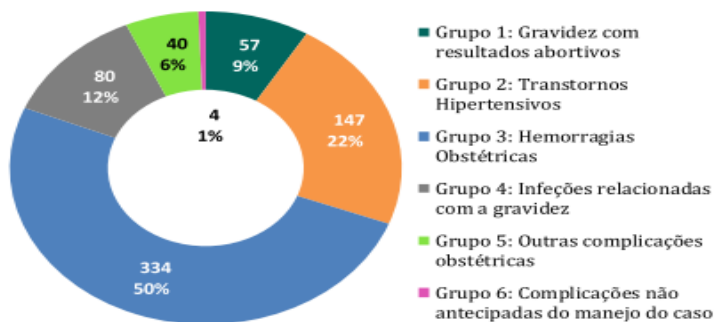


Figura 72 Causas de mortalidade materna em Moçambique

Fonte: Relatórios dos Comitês Provinciais de Auditoria de Mortes Maternas, Perinatais e Neonatais

Em Moçambique, por exemplo, no relatório de 2017 (MISAU, 2017), a hemorragia figurava como a principal causa de morte materna, na figura 73 o grupo 3.

Curiosamente, na província de Tete, a representação da mortalidade materna por razões de hemorragias é mais baixa que a representação nacional. Predominam nesta região, os estados hipertensivos (figura 74). Em Portugal, as mortes por hemorragia/coagulopatias (i.e., 5 em 12 falecimentos, ou seja 41.66%) deveram-se a mesma causa (DGS, 2022).

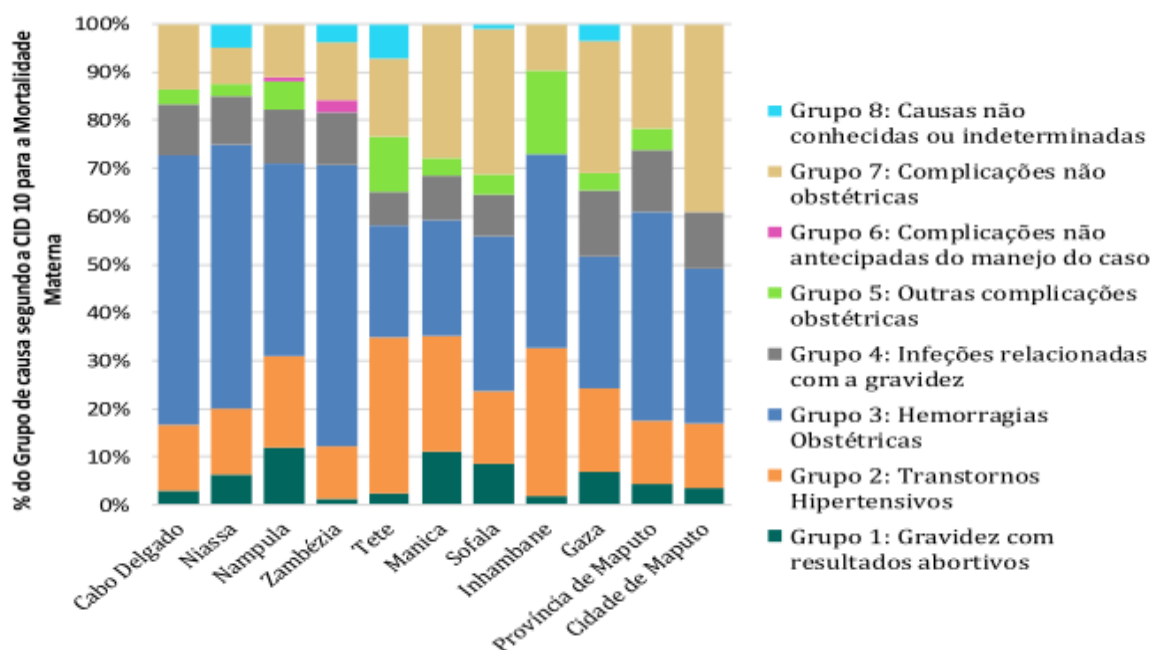


Figura 73 Representação das causas de morbi-mortalidade em Moçambique

Fonte: Relatórios dos Comitês Provinciais de Auditoria de Mortes Maternas, Perinatais e Neonatais

A hemorragia no 3º trimestre, pode ter um carácter residual, não significativo quanto ao volume de sangue perdido ou ter um carácter profuso e grave.

- ❖ Na hemorragia com carácter residual, as causas do sangramento são o amadurecimento do colo. De facto, no final da gravidez o colo tende a ficar elástico, mais irrigado e turgido, apresentando o tecido mais friável. Pequenos traumas como o coito, o exame do canal vaginal podem deixar algum sangramento (Young & White, 2019).

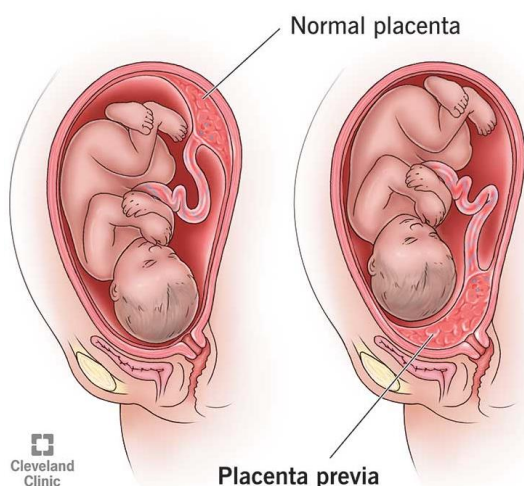
❖ No sangramento com caráter profuso, pode tornar-se grave, ocorrendo em situações como:

### 1. Placenta prévia

A placenta prévia acontece com maior frequência nas mulheres multíparas e com idade mais avançada. Nos fatores comportamentais, os hábitos tabágicos e toxicodependência por cocaína, por curetagem anterior, cesariana anterior.

Na categorização define-se: 1) A placenta baixa, ou baixamente inserida, a cerca de 2 até 3,5 cm do orifício interno da cérvix, 2) placenta prévia marginal, quando a borda placentar está dentro do orifício da cérvix cerca de 2cm, 3) a placenta prévia total, oclui o orifício da cérvix (Anderson-Bagga & Sze, 2022) (figura 75).

É um fator de risco para a hemorragia pós-parto (HPP), afetando a mulher e a criança. A placenta prévia é diagnosticada por ecografia, na fase inicial da gravidez. As mulheres com placenta prévia também estão mais condicionadas ao espectro do acretismo placentar (i.e., acreta, increta, percreta)



Cleveland  
Clinic

Figura 74 Placenta prévia

<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/24211-placenta-previa>

Nos anos 90, em estudo americano, a placenta prévia ocorria uma vez em cerca de 200 mulheres (Mabie, 1992). Estudo de 2013 mostra variações na prevalência, sendo mais elevada na ásia 12,2/1.000 gestações; mais baixa na Europa (3,6/1.000 gestações), USA (2.9/1000gestações) e mais baixo na Africa Sub-Sahariana (2.7/1000) (Cresswell et al., 2013).

### 2. Descolamento prematuro da placenta ou *abruptio placentae*

Acontece quando a placenta se destaca precocemente do endométrio, de forma total ou parcial. O risco de morbi-mortalidade é elevado; a identificação da situação é geralmente por ecografia. O descolamento pode não ser visível, ficando encarcerado no útero (figura 76), dificultando a identificação.

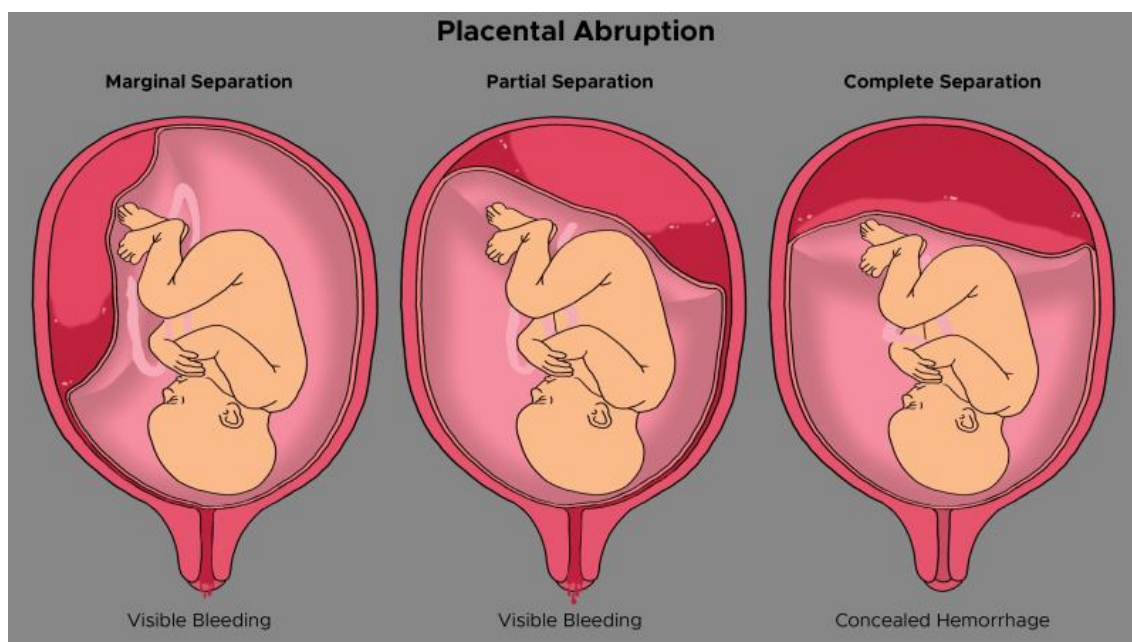


Figura 75 Descolamento prematuro da placenta ou *abruptio placentae*

Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482335/#!po=9.37500>

Será necessário o parto o mais breve possível. A maior incidência acontece entre as 24 e 26 semanas, frequentemente antes da 37ª semana (Anderson-Bagga & Sze, 2022).

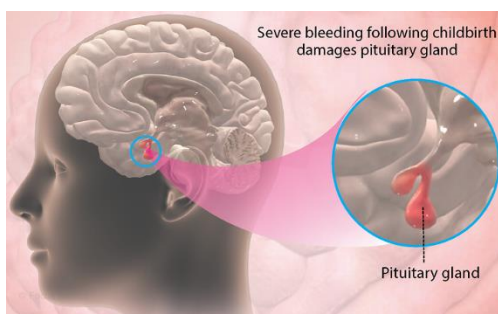


Figura 76 Síndrome de Sheehan

Fonte: <https://www.msn.com/en-us/health/condition/Sheehan%27s%20syndrome>

de aleitamento, além de outros (Karaca et al., 2016; Schmidt et al., 2022).

Além da hemorragia, no descolamento prematuro da placenta ou *abruptio placentae*, há risco de histerectomia, CID, insuficiência renal. A síndrome de Sheehan (hipopituitarismo pós-parto) também se coloca, pela intensa hemorragia, conduzindo a necrose da hipófise (figura 77) a assim problemas na produção da prolactina e consequente problema

### 3. Rotura Uterina

A rotura uterina consiste na solução de continuidade das três camadas uterinas, isto é (camada epitelial interna), o miométrio (camada muscular lisa) e o perimétrio (superfície serosa externa). É uma ocorrência rara e a maior parte das vezes que acontece, localiza-se na gravidez. Um enquadramento frequente é a tentativa de TP. A morbi-mortalidade materna e fetal é elevada (Togioka & Tonismae, 2022; Turner, 2002).

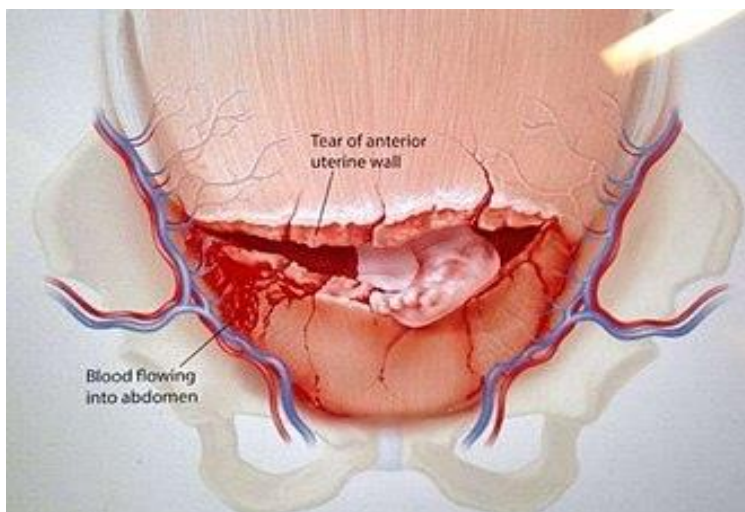


Figura 77 Rotura uterina

[https://en.wikipedia.org/wiki/Uterine\\_rupture](https://en.wikipedia.org/wiki/Uterine_rupture)

de lesão da bexiga e a vigilância de hematúria é um dos cuidados (Togioka & Tonismae, 2022).

Na situação de rotura uterina da mulher grávida, um dos indicadores mais sensíveis é a diminuição da frequência cardíaca fetal, já que o fluxo sanguíneo diminui. Esta rotura causa dor na linha média abdominal. A rotura uterina (figura 73) faz-se acompanhar frequentemente

#### 4. Vasa previa

A vasa previa é rara. Consiste na apresentação anômala dos vasos que em situação normal, estariam no cordão umbilical, rodeado pela geleia de Wharton. Quando ocorre a vasa prévia, os vasos estão pendentes nas membranas que rodeiam o feto, tendendo a colocar-se próximo da cérvix (figura 74).

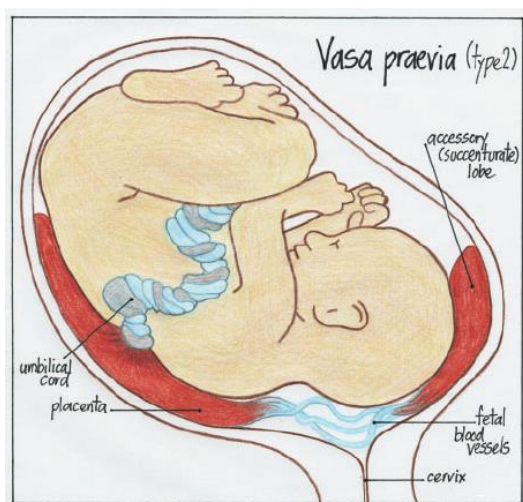


Figura 78 Vasa prévia

[https://www.researchgate.net/figure/Illustration-of-a-vasa-praevia-type-2\\_fig2\\_228653356](https://www.researchgate.net/figure/Illustration-of-a-vasa-praevia-type-2_fig2_228653356)

Se as membranas sofrerem rotura, os vasos sanguíneos do cordão caem e ficam expostos no canal vaginal ou no exterior. O risco de hemorragia fetal é grande, assim como de hemorragia materna (Bronsteen et al., 2013). A triagem com ecografia, com base no risco de vasa previa, o internamento da mulher grávida (30-34 semanas) são recomendações identificadas em vários estudos (Swank et al., 2016)

#### Referências

Anderson-Bagga, F. M., & Sze, A. (2022). Placenta Previa. In StatPearls. StatPearls Publishing  
Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.

- Bronsteen, R., Whitten, A., Balasubramanian, M., Lee, W., Lorenz, R., Redman, M., . . . Comstock, C. (2013). Vasa previa: clinical presentations, outcomes, and implications for management. *Obstet Gynecol*, 122(2 Pt 1), 352-357. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31829cac58>
- Cresswell, J. A., Ronsmans, C., Calvert, C., & Filippi, V. (2013). Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health*, 18(6), 712-724. <https://doi.org/10.1111/tmi.12100>
- DGS. (2022). Mortes Maternas. Portugal 2017-2018. Direção Geral da Saúde.
- Karaca, Z., Laway, B. A., Dokmetas, H. S., Atmaca, H., & Kelestimur, F. (2016). Sheehan syndrome. In *Nat Rev Dis Primers* (Vol. 2, pp. 16092). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.92>
- MISAU. (2017). Relatório Anual de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatais - 2017. Ministério da Saúde.
- Schmidt, P., Skelly, C. L., & Raines, D. A. (2022). Placental Abruptio. In *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.
- Swank, M. L., Garite, T. J., Maurel, K., Das, A., Perlow, J. H., Combs, C. A., . . . Lewis, D. (2016). Vasa previa: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*, 215(2), 223.e221-226. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.02.044>
- Togioka, B. M., & Tonismae, T. (2022). Uterine Rupture. In *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.
- Young, J. S., & White, L. M. (2019). Vaginal Bleeding in Late Pregnancy. *Emerg Med Clin North Am*, 37(2), 251-264. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.01.006>

## Anexo 1: Certificado de apresentação de poster



Figura 79 Certificado da apresentação do Poster



## Anexo 2: Documentos do Processo de Mobilidade



### Assunto: PEDIDO DE CAMPO DE ESTÁGIO

Exmª Senhora Diretora Científica e Pedagógica  
Do Hospital Central de Maputo

Início a presente abordagem a Vª Exª, apresentando sumariamente a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora (ESESJD-UÉ), como uma instituição estatal portuguesa, que dispõe na sua oferta formativa de entre os três níveis de formação em Enfermagem, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), conforme pode ser consultado na sua página <https://www.uevora.pt/estudar/cursos/mestrados?curso=2555>. O MESMO é frequentado por alunos portugueses e estrangeiros e a ESESJD-UÉ, ao delinear as experiências do ano clínico do MESMO, deseja encontrar campos clínicos onde o estudante possa adquirir conhecimento relevante tanto no raciocínio clínico, como instrumental através de práticas supervisionadas.

Na última candidatura tornou-se aluna do MESMO, a **Senhora Enfermeira Cristina Margarida Manjate**, proveniente do Hospital Rural do Songo em Cahora Bassa, que tendo realizado já estágio em vários campos clínicos de instituições portuguesas, se aproxima do final do seu curso. Nesse final, para melhor integração, gostaríamos que realizasse um período de quatro semanas em Maputo, nomeadamente na Sala de Partos do Hospital Central de Maputo, num período aproximadamente entre 7 de fevereiro e 5 de março de 2022.

Tentando otimizar esforços, entrámos também em conversações com a **Srª Professora Lagrima Fabião Mause**, Diretora Pedagógica do Instituto Médio de Ciências de Saúde de Maputo, que gentilmente nos indicou a via de contacto com Vª Exª e se disponibilizou para a orientação local da estudante Cristina Manjate.

Como sou a orientadora pedagógica da estudante, é meu papel fazer esta primeira abordagem a Vª Exª, no sentido de explorar as possibilidades, ainda de maneira informal. Caso exista abertura da Vª parte para conceder o campo de estágio durante um mês a esta estudante, com orientação local da Srª Professora Lagrima Fabião Mause, iniciar-se-ia a formalização do processo através dos serviços de mobilidade da Universidade de Évora. Nessa altura, enviaríamos também os documentos do estágio, tais como objetivos, instrumentos de avaliação entre outros.

Gostaria de deixar o meu contacto ([msimsim@uevora.pt](mailto:msimsim@uevora.pt) ; 00351 936171517) e sumariamente as minhas credenciais (<https://www.esesjd.uevora.pt/pessoas/id/19104> ), conforme são apresentadas na página da Universidade.

Évora, 17 dezembro 2021

A Orientadora Pedagógica

  
(Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim)

Professora-Coordenadora ESESJD-UÉ





## ACORDO DE COLABORAÇÃO FORMATIVA DE ESTÁGIO ACADÉMICO ENTRE A UNIVERSIDADE DE ÉVORA E O HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO

### Outorgam o presente acordo:

**Primeira Outorgante:** Universidade de Évora, pessoa coletiva n.º 501 201 920, sedeada no Largo dos Colegiais, 2, 7000-803 Évora, representada pelo seu Pró-Reitor, Prof. Doutor Paulo Infante, adiante designada por Primeira Outorgante;

**Segunda Outorgante:** Hospital Central de Maputo, pessoa coletiva n.º 164 Avenida Agostinho Neto Maputo, pelo seu Co-supervisora Professora Lágrima Fabião Mause, adiante designada por segunda Outorgante;

**Terceira Outorgante:** Cristina Margarida Manjate possuidora do cartão de cidadão n. (Passaporte) AB0815721, com o contribuinte n.º 305981870 Português e 120554069 Moçambicano, residente em Moçambique, Maputo adiante designado por Estagiária;

### Expõem

Ambas as partes reconhecem mútua e reciprocamente capacidade e legitimidade para outorgar o presente acordo atuando no exercício da representação que apresentam.

### Acordam

O presente acordo tem como objeto a colaboração para articular a colaboração necessária entre a Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus e a entidade colaboradora Hospital Central de Maputo para o desenvolvimento do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da estudante Cristina Margarida Manjate possuidora do cartão de cidadão n. (Passaporte) AB0815721.

**Modalidade de ensino:** Presencial

**Local de realização:** Hospital Central de Maputo

**Período de realização:** 16 de fevereiro a 18 de março de 2022

**Horário:** 32 horas semanais

**Duração:** 112 horas

5. Colaborar, com a maior brevidade possível, na resolução de incidentes que possam ocorrer e afetar o estudante durante o período de estágio no local de estágio.

6. Ter em conta as informações obtidas nos momentos de avaliação relativamente aos resultados de aprendizagem alcançados pelo estudante para a avaliação das práticas.

7. Coordenar as ações necessárias para que o estudante, antes de ingressar no local de trabalho, assine o documento de participação em que fica registado que se compromete, entre outras coisas, a:

a) Respeitar as normas, regulamentos e código de conduta da empresa, instituição ou órgão público.

b) Apresentar a documentação necessária para poder realizar o estágio na empresa, instituição ou órgão público.

c) Respeitar o cronograma estabelecido para o programa de estágio.

d) Realizar as atividades incluídas no programa de formação.

e) Respeitar as normas de segurança pessoal, coletiva e ambiental em matéria de Prevenção de Riscos Laborais.

f) Notificar o centro de trabalho e o centro educativo, com a maior brevidade possível, de qualquer ausência ou atraso.

g) Comunicar ao centro educativo qualquer problema que surja durante o período de formação no local de trabalho

### Compromissos da Empresa/Entidade Colaboradora:

1. Formar o estudante de acordo com as atividades acordadas no programa de formação, desenvolvendo a aprendizagem pela observação.

2. Designar o tutor do trabalho, que acompanhará e avaliará o programa de formação que o estudante desenvolve.

3. Efetuar os necessários relatórios de avaliação das atividades desenvolvidas pelo estudante no local de trabalho e das competências adquiridas, para que o corpo docente possa proceder à respetiva avaliação.

4. Adotar as medidas adequadas para garantir a coordenação entre a pessoa designada pelo centro de trabalho para orientar o estudante e o corpo docente responsável pelo seu acompanhamento.

5. Informar o estudante sobre as medidas de prevenção de riscos laborais que afetam a sua atividade na empresa e sobre as medidas de prevenção individual e coletiva, segurança e higiene, atuação em caso de emergência, medidas ambientais e equipamentos de proteção

### Tutores:

Tutor da entidade colaboradora: Lágrima Fabião Mause

Tutor académico: Margarida Sim-Sim

### Objetivos de aprendizagem (conhecimento, aptidões e competências a desenvolver pelos estudantes)

De acordo com o plano de estudos, espera-se que o estudante seja capaz de:

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

### Compromissos do centro de ensino:

1. Facilitar ao corpo docente responsável pelo acompanhamento dos estágios dos alunos a realização de visitas, reuniões e reuniões periódicas com o campo clínico e disponibilizar os recursos necessários para a realização do acompanhamento à distância.
2. Designar o corpo docente responsável pelo acompanhamento da formação e modos de comunicação com a Universidade de Évora.
3. Prover o estudante da formação necessária para poder executar o programa de formação no local de trabalho em condições de segurança.
4. Sensibilizar o estudante para a necessidade de adaptação das medidas de prevenção dos riscos laborais e das normas gerais de segurança individual, coletiva e ambiental.

individual que deve utilizar durante a sua formação estadia e principalmente as relacionadas com as atividades do programa de formação que deve desenvolver.

6. Comunicar ao centro de ensino qualquer incidência dos a estudantes no cumprimento das suas obrigações, no menor tempo possível, preferencialmente.

7. Informar, se for o caso, os representantes dos trabalhadores do conteúdo específico do programa de formação que o estudante sujeito ao Acordo de Colaboração irá realizar, a sua duração, o horário das atividades e o local onde serão realizadas.

8. Não abranger, ainda que interinamente, qualquer posto de trabalho no quadro de trabalho com o estudante que exerça as atividades de formação no local de trabalho.

9. Comunicar ao centro de ensino qualquer incidente que surja, relativamente ao estudante, durante o período de estágio no local de trabalho.

### • Relação do estudante com a Empresa/Entidade Colaboradora:

O estudante não receberá nenhum valor pela realização das atividades de treinamento na empresa.

Na ausência de vínculo institucional, o estudante não terá os direitos ou obrigações de um contrato de trabalho.

Da mesma forma, Hospital Central de Maputo não se compromete a contratar posteriormente o aluno.

### • Rescisão antecipada de estágios:

Em caso de descumprimento de seus termos por uma das partes, as práticas poderão ser suspensas antecipadamente. A extinção ou rescisão deste contrato poderá ser acordada, quando ocorrer alguma das seguintes circunstâncias, caso em que será comunicada à outra parte:

1. Cessação das atividades do centro educativo ou da entidade colaboradora. Impossibilidade de realizar adequadamente as atividades programadas, por causas imprevistas.

2. Descumprimento das cláusulas estabelecidas no Acordo de Colaboração em relação às regras que regem as atividades programadas.

3. Por decisão unilateral do centro educativo, da instituição colaboradora, ou conjuntamente de ambos, nos seguintes casos:

a) Ausências repetidas não justificadas de assiduidade ou pontualidade.

b) Atitude errada ou falta de uso.



c) O incumprimento do programa de formação no local de trabalho.

- **Seguro de Acidentes e Responsabilidade Civil:** Qualquer eventualidade de acidente que possa ocorrer e afetar o aluno em contexto de estágio, será coberta pelo Seguro Escolar da Universidade de Évora.

- **Financiamento:** Este Contrato não implica a transferência de recursos financeiros entre as partes. A colaboração será considerada programas de formação ou estágios não laborais e académicos, de natureza não remunerada, e não implica a necessidade de inscrição e contribuição para a Segurança Social das pessoas que participem nos referidos programas ou estágios.

- **Termo de confidencialidade:** O estagiário assume a obrigação de guardar sigilo profissional em relação a qualquer informação interna da entidade colaboradora à qual tenha acesso durante a sua estadia e uma vez terminada. As partes obrigam-se e comprometem-se a implementar as medidas que assegurem que durante a vigência deste Contrato de Colaboração, bem como após a sua rescisão, o mais estrito sigilo profissional e a natureza reservada e confidencial dos dados e informações relativos às partes, suas instalações, produtos e clientes, obrigando-se a adaptar todas as medidas necessárias para o cumprimento do disposto nesta cláusula.


O tratamento dos dados pessoais necessários para efeitos de gestão do módulo profissional de Formação em Centros de Trabalho será realizado, por ambas as partes, de acordo com o disposto no Regulamento Europeu 2016/679, de 27 de abril de 2016, sobre Proteção de Dados Pessoais e Lei Orgânica 3/2018, de 5 de dezembro, sobre Proteção de Dados Pessoais e Garantia de Direitos Digitais em relação ao tratamento de dados pessoais.

**Segurança e higiene:** A entidade colaboradora e o formando comprometem-se a cumprir as normas, protocolos e medidas de segurança e higiene que, de forma ordinária ou extraordinária, sejam aplicáveis na entidade para os seus trabalhadores.

A inexistência de antecedentes criminais para crimes de natureza sexual é um requisito que deve ser mantido durante o exercício da atividade que envolva contacto com menores.

Os abaixo-assinados declaram sua concordância e aceitação do programa de treinamento e detalhamento das práticas, conforme detalhado neste Termo de Colaboração, a fim de concluir o treinamento do aluno, de acordo com a legislação vigente.

Évora,

Representante Legal da Universidade de Évora	Representante Legal do Hospital Central de Maputo
PróReitor Prof. Doutor Paulo Infante	

### Anexo 3: Modelos de Partograma

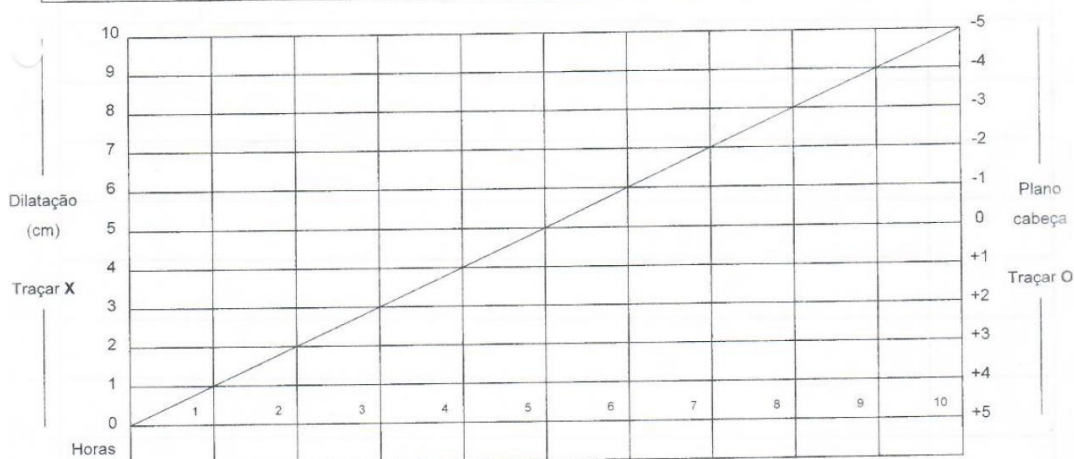
PARTOGRAMA		TERAPÉUTICA PRESCRITA	
		Hora	Terapêutica
<p><b>FOCO FETAL</b></p>	<p>180 170 160 150 140 130 120 110 100</p>		
<p><b>LÍQUIDO AMNIÓTICO MOLDAGEM</b></p>			
<p><b>DILATAÇÃO</b></p> <p>10 9 8 7 6 5 4 3 2 1</p> <p><b>APRESENTAÇÃO</b></p> <p>I II III IV</p>	<p>FASE ACTIVA</p> <p>FASE ACTIVA</p> <p>ALERTA</p> <p>ACORDO</p>		
<p><b>HORA</b></p>			
<p><b>CONTRAÇÕES em 10 MINUTOS</b></p>			
<p><b>OCITOCINA Gotas/minuto</b></p>			
<p><b>TENSÃO ARTERIAL</b></p> <p>MAX. 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60</p> <p><b>PULSO</b> ● 120</p> <p>MIN</p>			
<p><b>TEMPERATURA</b></p>			
<p><b>Assinatura</b></p>			Assinatura da pes que assistiu ao par

Figura 80 Partograma - Modelo de Moçambique

Etiqueta do utente

**PARTOGRAMA**  
**BLOCO DE PARTOS**

Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Idade gestacional: \_\_\_\_ I.O.: \_\_\_\_  
 Grupo de sangue: \_\_\_\_ Bolsa: \_\_\_\_ Colo: \_\_\_\_  
 Fatores de risco para o parto: \_\_\_\_  
 \_\_\_\_



Dia							
Horas							
Colo							
Bolsa de águas							
Líquido amniótico							
CTG							
Analgesia							
Indução TP							

**PARTO:** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_  
 Anestesia: \_\_\_\_ Cordão: \_\_\_\_ Dequitação: \_\_\_\_  
 Recém-nascido: Sexo: ☐ F ☐ M Peso: \_\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_  
 Obstetra: \_\_\_\_ Enfermeiro: \_\_\_\_  
 Anestesista: \_\_\_\_ Pediatra: \_\_\_\_

UOB(1)08V201F

Figura 81 Partograma - Modelo do Barreiro