



**Instituto Politécnico de Santarém**

**Escola Superior de Saúde de Santarém**

**PARENTALIDADE E TRANSEXUALIDADE:  
Cuidar do Homem Transgénero durante a concepção,  
Gravidez, parto e puerpério**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre  
em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

**Susete Ferreira Nogueira Pereira**

**Santarém, Julho de 2022**



**Instituto Politécnico de Santarém**

**Escola Superior de Saúde de Santarém**

**PARENTALIDADE E TRANSEXUALIDADE:  
Cuidar do Homem Transgénero durante a concepção,  
gravidez, parto e puerpério**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

**Susete Ferreira Nogueira Pereira**

**Orientadora**

**Professora Doutora Hélia Dias**

**Santarém, Julho 2022**

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”*

(José de Alencar)

## **AGRADECIMENTOS**

O término deste relatório representa o culminar de uma longa e complexa jornada. Começou por ser uma corrida, mas não foi! Passou a ser uma maratona, mas também não foi! Foi sim e sem sombra de dúvida uma verdadeira Olimpíada!

É inegável que foi uma jornada difícil, dura, permeada por inúmeros desafios, tristezas, incertezas, muitos percalços pelo caminho, mas também de muitas alegrias sendo igualmente inegável que foi uma jornada de profundo crescimento, profissional e pessoal, bem como de auto-descoberta. Mas esta Olimpíada não teria sido possível de concretizar sozinha...só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas que se cruzaram comigo durante este percurso, e a quem tanto tenho a agradecer.

Não posso deixar de agradecer a todos os enfermeiros cooperantes que me acompanharam ao longo deste percurso, que se dispuseram a partilhar a sua experiência e o seu conhecimento comigo, que dispuseram do seu tempo, que sempre se mostraram totalmente disponíveis, o meu muito sincero obrigada por contribuírem para tornar este meu sonho possível.

À minha família pelas inúmeras ausências, pelos sustos e percalços ao longo destes mais de 4 anos.

Às minhas amigas por compreenderem as minhas ausências, por me aturarem os períodos de insanidade fruto do cansaço extremo, pelos incentivos, pelas brincadeiras, pelo apoio incondicional, por estarem sempre presentes de uma forma ou de outra. Amigos que nos dão palavras de coragem e que lutam para nos ver felizes, são raros hoje em dia, e eu tive a sorte de vos encontrar, são sem dúvida as melhores.

Às minhas colegas de trabalho, elas sabem quem são, que pela disponibilidade, pelas trocas loucas em cima do joelho, pelo apoio, por partilharem a vossa sabedoria comigo, por toda a ajuda que me proporcionaram, sem vocês não teria sido possível tamanha loucura.

E como nada é fruto do acaso...preciso deixar um agradecimento muito especial a alguém também muito especial que se cruzou comigo no decorrer desta Olimpíada. Alguém que sempre me apoiou de forma incondicional, cujo cuidado e preocupação foram permanentes, cujos pequenos gestos foram gigantes e avassaladores (as chamadas às 08.00h da manhã, depois das noites intermináveis, durante as viagens entre turnos para que não adormecesse, o “chegaste bem?” depois das sabe se lá quantas horas sem dormir, o “conduz com cuidado” nas noites chuvosas, o “já só faltam x partos”). Alguém que nem sempre me disse o que queria ouvir mas sempre o que eu precisava de ouvir, que nunca duvidou de mim nem das minhas capacidades, mesmo quando eu própria o fazia, que acreditou mais em mim que eu própria, e que nunca me

deixou baixar os braços e me lembrou que a palavra “desistir” não faz parte do meu vocabulário. Sou sem dúvida uma mulher muito mais forte hoje por tudo isso...Obrigada!

Sem vocês, todos sem exceção, não teria sido possível cruzar a meta final...o meu profundo e sincero obrigada!

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS**

APA - American Psychological Association

BOO - Bloco Operatório de Obstetrícia

CPP - Curso de Preparação para a Parentalidade

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

DGS – Direcção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HAP – Hospital de Apoio Perinatal

HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

h – horas

IO – Índice Obstétrico

JBI - *Joanna Briggs Institute*

LA – Líquido Amniótico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMO- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCT – Registo Cardiotocográfico

RN- Recém-nascido

SP – Sala de Partos

SUOG - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

SR – Scoping Review

TP – Trabalho de Parto

UC –Unidade Curricular

## RESUMO

Os indivíduos transgénero desejam muitas vezes a paternidade e podem efetivamente experienciar a gravidez, parto e puerpério, torna-se por isso premente compreender esta nova realidade emergente e saber se os profissionais de saúde, nomeadamente se os EEESMO, se encontram capacitados para prestar cuidados de qualidade de forma individualizada, adequada e inclusiva a estes indivíduos.

Realizou-se uma *Scoping Review*, segundo a metodologia *Joanna Briggs Institute* e partindo da questão **“Quais são as evidências na área da saúde sobre o cuidar do homem transgénero durante a conceção, gravidez, parto e puerpério?”**. Da pesquisa efetuada na plataforma EBSCO – *Host*, foram selecionados quatro artigos, que foram posteriormente analisados. Os resultados ilustram que existem muito pouca informação científica acerca da saúde reprodutiva dos homens transgénero e que é necessária mais investigação no que diz respeito aos cuidados de enfermagem prestados aos homens transgénero durante a conceção, gravidez, parto e puerpério.

**Palavras-Chave:** Homens Transgénero, Gravidez, Enfermagem

## **ABSTRACT**

Transgender individuals often desire paternity and can effectively experience pregnancy, childbirth and the puerperium, it is therefore urgent to understand if this new emerging reality and whether health professionals, particularly if EEMO, are able to provide quality care in an individualized, appropriate and inclusive way for these individuals.

A Scoping Review was carried out, according to the *Joanna Briggs Institute* methodology and starting from the question **“What is the evidence in the health area on the care of transgender men during conception, pregnancy, childbirth and the puerperium?”**. From the research carried out on the EBSCO – Host platform, four articles were selected, which were later analyzed. The results illustrate that there is very little scientific information about the reproductive health of transgender men and that more research is needed with regard to the nursing care provided to transgender men during conception, pregnancy, childbirth and the puerperium.

**Key Words:** Transgender People, Pregnancy, Nursing

## ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS</b>	13
<b>2. ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO IV</b>	15
2.1. DINÂMICA ORGANIZACIONAL E INTEGRAÇÃO DA EQUIPA	16
2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, COGNITIVAS E RELACIONAIS NO ÂMBITO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE EESMO	18
2.3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GESTÃO E PENSAMENTO CRÍTICO-REFLEXIVO	30
<b>3. ESTUDO DE UMA SITUAÇÃO/PROBLEMA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA: “QUAIS SÃO AS EVIDÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE SOBRE O CUIDAR DO HOMEM TRANSGÉNERO DURANTE A CONCEÇÃO, GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO?”</b>	32
3.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	32
3.2. METODOLOGIA	34
3.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
3.4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA	45
<b>4. CONCLUSÃO</b>	47
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	49
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I – Projecto Individual de Estágio IV</b>	
<b>ANEXO II – Scooping Review</b>	

## **ÍNDICE DE QUADROS**

	Página
Quadro N.º 1 – Critérios para a inclusão da pesquisa	35
Quadro N.º 2 – Bases de dados utilizadas e respetivos limitadores	35
Quadro N.º 3 – Resultados das bases de dados	36
Quadro N.º 4a – Resumo dos artigos incluídos na Scoping Review	38
Quadro N.º 4b – Resumo dos artigos incluídos na Scoping Review	40

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

	Página
Figura N.º 1 – PRISMA 2009 Flow Diagram	37

## **INTRODUÇÃO**

O presente documento integra-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio IV – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos, inserida no 2º ano do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO). O referido estágio foi desenvolvido no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG)/ Bloco Operatório de Obstetrícia (BOO) de um Hospital de Apoio Perinatal (HAP) pertencente à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no período decorrido entre 06 de Janeiro de 2021 a 21 de Maio de 2021, perfazendo um total de 760 horas (h). O estágio decorreu sob a orientação de dois Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, um dos quais detentor do grau de mestre.

Os principais objectivos desta UC prendem-se com a prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido (RN) em situação de saúde e doença, na integração da equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença e com a elaboração do relatório de estágio para obtenção de grau de mestre. O Ensino Clínico (EC) permitiu desenvolver e atingir os objectivos definidos no Projecto Individual de Estágio IV (Anexo I), analisando a sua importância na aquisição de competências, tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), nº 140/2019, de 6 de Fevereiro. Diário da República, série II, nº 26 e o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO), nº 391/2019, de 03 de Maio de 2019, Diário da República, série II, nº 85.

Segundo Fonseca (2019, p.4) o objectivo do relatório de aprendizagem é “aprofundar conhecimentos, evidenciar aprendizagens e refletir a acção na acção e sobre a acção”. Assim sendo, e estando no término deste período de aprendizagem, a elaboração do relatório de estágio surge com o intuito de fornecer uma oportunidade para realizar uma descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas, de forma a permitir realizar uma retrospectiva do percurso formativo com o objectivo de melhorar a aprendizagem profissional, tendo ainda como finalidade a sua submissão a prova pública para a obtenção do grau académico de mestre.

A elaboração deste relatório tem como fundamento e base os objetivos e as atividades delineadas no Projeto Individual de Estágio IV (Anexo I), as competências comuns do EE, as competências específicas do EEESMO, utilizando a metodologia descritiva-reflexiva, as Normas de Elaboração e Apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém, e a consulta de documentos pertinentes inerentes à prática de Enfermagem especializada.

Da reflexão sobre a experiência prática a área seleccionada para aprofundamento teórico recai sobre a questão: “Quais são as evidências na área da saúde sobre o cuidar do homem

transgénero durante a concepção, gravidez, parto e puerpério?

A escolha do tema reflete o elevado interesse pessoal sobre a mesma, dado que fui confrontada com uma situação muito particular durante o decorrer deste EC. Tive a oportunidade de poder prestar cuidados durante o TP e realizar o parto a um indivíduo com alteração da identidade de género, o que despoletou em mim uma série de questões e dúvidas para as quais não encontrei resposta junto da equipa multidisciplinar. Assim senti a necessidade de aprofundar o tema, de forma a adquirir conhecimentos que me permitam traçar estratégias de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados a estes utentes.

No que respeita à organização do relatório, o mesmo está dividido em 4 capítulos, procurando uma sequência e estrutura lógica de pensamento. Inicia-se com uma breve caracterização do contexto de estágio, seguida de uma análise reflexiva do percurso formativo, no qual são descritas as atividades e competências desenvolvidas durante o mesmo. O terceiro capítulo remete-se ao enquadramento da temática seleccionada, metodologia utilizada e análise dos resultados obtidos. Finalmente no quarto capítulo são apresentadas as conclusões relativamente ao trabalho desenvolvido e do seu contributo para a aquisição de competências específicas do EEESMO, sugestões para a prática de cuidado, para a investigação e para a enfermagem.

## **1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS**

O SUOG e o BOO, onde decorreu o presente EC, encontram-se integrados no Departamento da Mulher e da Criança, cuja missão se prende com a prestação de cuidados de excelência em saúde, à mulher em trabalho de parto (TP) e com patologia aguda obstétrica e ginecológica. Estes funcionam em articulação com os restantes serviços da instituição, tais como o bloco operatório, serviço de urgência geral, internamento de obstetrícia e ginecologia, bem como de todas as especialidades médicas e serviço social.

Segundo a Rede de Referência Materno-Infantil da Direcção Geral da Saúde (DGS, 2001, p.59) o hospital onde decorreu o EC constitui-se um HAP, entendendo-se que, deve possuir capacidade em meios humanos e materiais para assistência à gravidez, parto e recém-nascidos, orientando apenas os casos de patologia rara ou de gravidade excepcional para os Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD).

Os HAP caracterizam-se por garantir um serviço de urgência com presença física 24 horas/dia, incluindo uma equipa de obstetras, pediatras, anestesistas e um corpo de enfermeiros especialistas permanentes, e em número adequado às necessidades, sendo que a OE recomenda que os blocos de partos disponham de 2 EESMO em permanência por cada 1000 partos anuais; uma consulta de referência com apoio ecográfico e monitorização fetal; a capacidade para reanimar prontamente e com qualidade todos os RN, assistir todos os RN normais e assegurar a continuidade de cuidados até à alta ou garantir a estabilidade de funções vitais do RN até ao seu transporte, quando necessário; assim como possuir uma unidade de cuidados intermédios, e tratar os RN em fase de convalescência após estadia no HAPD (DGS, Rede de Referência materno-infantil, 2001).

A equipa multidisciplinar que integra o BOO e o SUOG é constituída por médicos obstetras e ginecologistas, anestesistas, neonatologistas e pediatras, EESMO, assistentes operacionais, assistente social e secretária de unidade.

O BOO dispõe de 4 salas de parto destinadas a grávidas e parturientes, totalmente equipadas para a realização de partos por via vaginal (eutócicos e distócicos por fórceps ou ventosa) e para a prestação dos cuidados imediatos ao RN. Dispõe também de 2 blocos operatórios, que à data do EC não se encontravam em funcionamento, assim sendo, em caso de decisão de parto por cesariana, as parturientes são transferidas para o bloco operatório central para a realização da mesma. Dispõe ainda de um berçário equipado com reanimador e banheira, para prestação de cuidados ao RN caso seja necessário.

Do SUOG fazem parte 1 gabinete de triagem, 3 gabinetes de observação médica, todos equipados com Marquesas ginecológicas e ecógrafo, 1 sala equipada com cadeirões e

cardiotocógrafos, para onde as grávidas são encaminhadas para fazerem avaliação do bem-estar fetal através do registo cardiotocografico, 1 sanitário para as utentes, e 1 sala de observação. O serviço dispõe ainda de uma sala de recobro equipada com capacidade para 4 camas. São comuns às 2 áreas 1 copa, 1 sala de pausa, o gabinete da Enfermeira Chefe, 2 armazéns de consumíveis, e as salas de sujos, limpos e despejos.

Desde a admissão das grávidas e parturientes no BOO, seja através da urgência de ginecologia e obstetrícia, consulta externa ou do serviço de internamento, todo o acompanhamento é realizado num quarto individual, sendo que a presença de um acompanhante durante o TP conforme está previsto na legislação – Dec. Lei n.º 110/2019 não se encontrava no momento em vigor devido à situação pandémica vivenciada à data. A pandemia veio condicionar o controlo e as regras da presença de acompanhantes nas salas de partos, sendo que estas foram sendo alteradas durante o decorrer do estágio, tanto de acordo com as normas que foram sendo emanadas pela DGS como com as que foram sendo elaboradas pelos próprios centros hospitalares. A primeira diretriz pela DGS a 30 de Março de 2020 (DGS, 018/2020) suspendia a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, assim sendo a grande maioria das instituições hospitalares adotou medidas absolutamente restritivas no acompanhamento das grávidas e só em Junho de 2020, após revisão da norma pela DGS, alguns hospitais flexibilizaram lentamente as restrições anteriormente impostas.

## **2. ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO IV**

Atualmente, segundo Nené, Marques, Batista (2016), a qualidade em saúde é um objetivo multiprofissional e uma ação prioritária, sendo que o Enfermeiro Especialista é detentor de competência do domínio da melhoria contínua da qualidade, que permite prestar cuidados de acordo com a evidência mais atual. Daí que a qualidade em saúde exija um empenho da equipa multidisciplinar, através da investigação e da prestação de cuidados segundo as normas e os protocolos existentes. (Regulamento de Competências Comuns do EE nº140/2019, artigo nº6.)

Os indicadores de saúde são essenciais, uma vez que transmitem informação fundamental para definir as metas a alcançar em saúde (OMS, 2018). Assim, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (2021), aponta diversos indicadores que contribuem para a caracterização da qualidade de cuidados prestados pelo EEESMO, nomeadamente na gravidez, parto e puerpério.

Para Mateus e Serras (2017), a qualidade em saúde é um conceito que está em constante mutação e construção, refletindo não apenas as necessidades, exigências e referências dos clientes, como as alterações do meio envolvente. Igualmente a enfermagem também se encontra em constante mudança e evolução, procurando responder às necessidades emergentes dos novos contextos contemporâneos, no caso específico do presente trabalho, no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assim, torna-se fundamental, enquanto futura EEESMO, efetuar uma análise critico-reflexiva ao longo da prática de cuidados desenvolvida em contexto da UC, que se debruce sobre as experiências vivenciadas, as dificuldades sentidas, os sentimentos desencadeados e, até mesmo, a própria frustração ou superação das expectativas detidas. Esta análise permitirá a promoção de mudanças contínuas, graduais, contextualizadas e fundamentadas, na organização e prática dos cuidados, com vista à melhoria contínua, ao desenvolvimento profissional e pessoal.

Considero também que uma alusão ao Processo de Enfermagem se torna crucial, uma vez que este se constitui como o fio condutor dos cuidados prestados, com o fim de alcançar os melhores resultados a nível da prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida/acompanhante e RN. Para Smeltzer e Bare (2005), o Processo de Enfermagem é uma abordagem de resolução de problemas deliberada para atender às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de uma pessoa, sendo igualmente um processo contínuo e dinâmico que permite ao enfermeiro alterar os seus cuidados à medida que se alteram as necessidades da pessoa de quem cuida.

Assim sendo, ao longo deste capítulo será contemplada uma análise e reflexão crítica, tendo em conta os objetivos gerais e específicos delineados inicialmente no Projeto Individual de Estágio IV (Anexo I), no sentido da consecução dos mesmos.

## 2.1. DINÂMICA ORGANIZACIONAL E INTEGRAÇÃO NA EQUIPA

O conhecimento da missão, visão e valores institucionais é deveras importante, pois considero que este se torna preponderante na prestação de cuidados direccionados enquanto enfermeira e estudante CMESMO, atender ao que a instituição espera de nós, e de que forma podemos ir ao encontro das expectativas e exigências organizacionais, tendo sempre em conta a meta de excelência no cuidar.

No primeiro dia de estágio fui recebida à chegada pela Enfermeira Chefe do serviço, que me deu a conhecer a estrutura física do serviço, e dos serviços adjacentes que se articulam entre si trabalhando em estreita colaboração no cuidado à grávida, parturiente, puérpera e RN, tais como o internamento de obstetrícia, serviço de neonatologia, e tendo em conta a situação pandémica que vivemos, a ala do serviço destinada a grávidas e puérperas com SARS COV 2 positivo. Foi-me também apresentada a Enfermeira Cooperante e os membros da equipa disciplinar presentes, sendo que ao longo das primeiras semanas fui conhecendo não só os restantes membros da equipa bem como o Enfermeiro Cooperante, com quem foi partilhada a tutoria.

O acolhimento efetuado revelou-se de extrema importância para a minha integração na equipa, na sua dinâmica e especificidades dos cuidados de enfermagem prestados. Conhecer o ambiente de prestação de cuidados torna-se uma mais-valia e um alicerce para a prestação de cuidados mais homogêneos, direccionados, seguros e de qualidade. Desta forma, nas primeiras semanas procurei reservar tempo para o conhecimento estrutural do serviço, a percepção e o contacto com os recursos materiais existentes e a consulta de normas, protocolos e projetos vigentes, essenciais para o início da minha actividade. Considero que estes aspectos proporcionam uma maior compreensão e confiança, levando a uma percepção mais aprofundada das práticas do EEESMO.

Procurei ainda conhecer e adaptar-me aos recursos tecnológicos existentes, nomeadamente aos sistemas de informação em enfermagem adotados pela instituição, tais como: “Sclinic”, sistema informático para a realização de registos de enfermagem, nomeadamente a avaliação inicial das parturientes e RN, realização de diagnósticos de enfermagem, programação e validação das intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem; “Glintt” sistema informático para consulta das tabelas terapêuticas e validação de medicação administrada às parturientes e RN; “OBTraceview” sistema informático que se encontra ligado à uma central no BOO, no qual é possível a monitorização dos traçados cardiocardiográficos de todas as parturientes internadas, e no qual se encontra integrado o partograma no qual vão sendo efetuados os registos, tanto pela equipa médica como pelos EEESMO; “webappollo” sistema informático de apoio administrativo.

Como planeado, tive ainda a oportunidade de passar pelo SUOG no qual pude adquirir novas

competências no que respeita à realização da triagem de Manchester, assim como aprofundar conhecimentos relativamente à realização intermitente de Registo Cardiotocográfico (RCT), e ao despiste de complicações associadas à gravidez e realização de ensinamentos diversos, consoante as necessidades demonstradas pelas utentes.

Procurei cumprir as normas de apresentação pessoal, bem como ser assídua e pontual, fomentando o meu sentido de responsabilidade.

Para Carvalho (2016, p.11), “ o processo de integração é determinante no sucesso de adaptação do indivíduo à organização e consequentemente, no seu desempenho, uma vez que promove a aquisição de confiança no exercício das suas funções, a construção da sua identidade profissional e o desenvolvimento de competências”. A integração ao serviço decorreu de forma gradual, sendo desde o primeiro momento notórios a receptividade, o acolhimento e a disponibilidade demonstrada por todos os elementos da equipa multidisciplinar, procurando em cada momento, integrar-me na dinâmica do serviço e em todas as suas especificidades, atendendo e valorizando as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEESMO.

Os Enfermeiros cooperantes foram, sem dúvida, um alicerce fundamental no aperfeiçoamento e consolidação da minha prática, sendo que a sua receptividade e empenho contribuíram de forma fulcral para o aumento crescente da minha segurança na prestação de cuidados, fomentando sempre um espírito de humildade, procura de conhecimento, valorização multiprofissional e, sobretudo, de valorização da profissão de Enfermagem, em todas as suas dimensões.

Foram vários os momentos em que o trabalho em equipa me auxiliou de forma crucial a desenvolver a minha capacidade de reflexão, de tomada de decisão e de argumentação, sendo que as relações e a aprendizagem interdisciplinar se tornaram essenciais na aquisição de competências ao nível da tomada de decisão, devidamente contextualizada e fundamentada, aspectos esses que vão ao encontro ao exposto no regulamento nº 140/2019 das Competências Comuns do EE (2019, p.4749) ao nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pois cabe ao EE demonstrar “a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais”, e este detém igualmente consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro (D1.1) e gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional (D1.2). Assim, considero extremamente facilitador a capacidade de comunicação, compreensão, envolvimento e interajuda entre todos os elementos da equipa do BOO, uma vez que sempre procuraram, não só integrar-me na prestação de cuidados, como também transmitir-me um novo olhar do ponto de vista da prática clínica de enfermagem, nunca esquecendo a vertente humanística, sendo que o foco primordial é o cuidar de outro ser humano.

Tive a oportunidade enriquecedora de prestar cuidados a cada grávida/acompanhante/parturiente/puérpera e RN de forma singular e individualizada não só com a equipa de EESMO, mas também de colaborar com a equipa de anestesista na analgesia de trabalho de parto e com os pediatras na prestação de cuidados imediatos ao RN. Destaco a capacidade de toda a equipa, que demonstrou que é efetivamente possível, independentemente da escassez de recursos humanos e materiais, do período pandémico que vivemos, cuidar com excelência, privilegiando o trabalho de equipa, a gestão e a mobilização eficaz dos recursos disponíveis, a priorização das abordagens e intervenções e, acima de tudo, o respeito pelas necessidades dos seres humanos de quem cuidados e que se encontram num momento tão vulnerável do seu ciclo de vida.

Por último, considero que o processo de ensino-aprendizagem decorreu sempre de forma positiva, procurando sempre refletir antes de atuar, esclarecer todas as minhas dúvidas e demonstrar prontidão e assertividade, sempre com base em conhecimentos sólidos.

## 2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, COGNITIVAS E RELACIONAIS NO ÂMBITO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE EESMO

O acolhimento, segundo Costa et al. (2016, p.2) “é uma acção técnico-assistencial, ou seja, processo de escuta qualificada direccionado à assistência, que implica mudanças na relação entre profissional e usuário, facilitando a reorganização dos serviços e melhorando a qualidade da assistência, tendo o paciente como eixo principal e participante activo”. Assim sendo, deve ser uma ferramenta para a humanização dos serviços de saúde, favorecendo a construção de vínculos e a responsabilização pelo cuidado prestado, de forma a que o profissional de saúde seja capaz de construir junto do utente um novo percurso para o processo de saúde-doença, fazendo com que o cuidado de Enfermagem seja reconhecido como prática social, ultrapassando a perspetiva técnico-operativa e demonstrando capacidade de acolher as necessidades e expectativas daqueles a quem presta cuidados.

A OE (2015) refere que é fundamental saber intervir de forma individual, atendendo a cada mulher de forma individualizada. Assim a garantia da prestação de cuidados de enfermagem centrados na utente, de forma personalizada, sistematizada e globalizada, só é possível através da aplicação do Processo de Enfermagem, sendo que a avaliação inicial permite a obtenção de dados importantes aquando do processo de admissão. Sinto que ao longo do EC fui conseguindo adquirir uma crescente autonomia e confiança no que diz respeito ao processo de admissão/acolhimento da grávida/parturiente/acompanhante no BOO, estando completamente autónoma no final do EC.

O ambiente durante o processo de acolhimento deve ser calmo, acolhedor, confortável de forma a transmitir confiança e tranquilidade à parturiente/acompanhante, uma vez este é um

momento de grande ansiedade e stress provocado não só pela dor e desconforto do trabalho de parto, como também pelo desconhecimento da evolução do mesmo e pelos receios e medos do surgimento de imprevistos ou complicações. Conforme refere Figueiredo citado por Oliveira (2012, p.36), “quando a mulher se encontra em TP, a exposição demasiada do seu corpo pode criar-lhe constrangimentos e mal-estar, impedindo-a de vivenciar plenamente o nascimento do seu filho.” Assim torna-se também preponderante atender ao respeito e manutenção da privacidade da grávida/acompanhante, para que se sintam seguros e com a sua intimidade e individualidade respeitada e mantida.

A OE (2015) refere que o acolhimento não se deve limitar ao ato de receber, é necessário que este seja individualizado e que demonstre segurança, conforto e satisfaça as dúvidas e necessidades quer da grávida bem como do seu acompanhante.

*“(...) as mulheres têm o direito de receber informação completa, adequada e o mais possível imparcial, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, seus prejuízos e alternativas. Se entenderem, têm ainda o direito de mudar de opiniões às suas escolhas”(OE, 2012, p.20)*

Assim, no processo de acolhimento, procurei: identificar-me à utente como estudante do CMESMO; perceber como esta gostaria de ser tratada; se pretendia ser acompanhada e qual a relação de afinidade que detém com o acompanhante, explicando as regras de permanência do mesmo e as limitações destas, impostas pela situação de pandemia que vivenciamos; realizar a avaliação do motivo do internamento e dados pessoais e obstétricos relevantes como o Índice Obstétrico (IO) e caracterização dos partos anteriores, o grupo de sangue, o resultado da pesquisa do <Streptococcus>  $\beta$  hemolítico do grupo B, a descrição da última observação ginecológica realizada, a progressão da fase latente do TP, o estado das membranas amnióticas ou características do líquido amniótico (LA) observado; efetuar uma breve explicação sobre os vários procedimentos necessários no momento de admissão (como a cateterização de veia periférica e início da soroterapia, a avaliação do bem-estar materno-fetal através do RCT, a avaliação dos sinais vitais e perceção da necessidade e desejo de analgesia de TP, a realização da pulseira de identificação do RN após confirmação de dados com a progenitora, segundo o protocolo do serviço, entre outros), bem como dos meios tecnológicos existentes no quarto (como o Cardiotocógrafo); e, por fim, escutar atentamente a grávida, estimulando a expressão de dúvidas, medos e dificuldades, procurando estabelecer um sentimento de confiança e empatia.

A DGS (2020) reforça que a educação pré-natal visa contribuir para uma vivência mais informada e gratificante da gravidez, parto, puerpério e aprendizagem da parentalidade, pois permite o acesso a informação fidedigna para a tomada de decisões responsáveis que influenciem positivamente a sua saúde e a da criança. Assim sendo, outro aspeto importante

aquando da admissão era a percepção da realização ou não do Curso de Preparação para a Parentalidade, bem como a presença de um Plano de Parto (ou expectativas detidas em relação ao TP e parto). De acordo com a OE (2012) a preparação para o nascimento visa a criação pelo EEESMO de um modelo assistencial, centrado na mulher/acompanhante, com vista a melhorar o resultado da gravidez/nascimento, ao mesmo tempo que serve de elo de informação com a equipa de saúde, facilitando a realização das expectativas do casal. Também para Lopes (2016) os planos de parto representam uma ferramenta que deve ser valorizada tanto pelos casais como pelos profissionais. Para os casais pode revelar-se um projecto de nascimento, onde se encontram refletidos os desejos e a vontade dos mesmos para o decorrer do TP e parto, já os profissionais de saúde devem potencializar a vivência do casal neste período, seguindo sempre que possível esse mesmo plano.

Durante o decorrer do EC pude comprovar que a grande maioria das mulheres não havia frequentado nenhum Curso de Preparação para a Parentalidade (CPP), e não por desinteresse das grávidas ou por falta de informação relativamente à sua existência e aos benefícios da sua frequência mas sim devido ao contexto pandémico em que vivemos, em que os CPP foram cancelados de forma presencial e os CPP on-line ainda não estavam verdadeiramente implementados e a funcionar de forma eficaz e com capacidade de alcance à maioria das mulheres. Tive ainda a possibilidade de comprovar, ao conversar com as grávidas, de que efectivamente estas sentiam a falta dos CPP, principalmente as primigestas, pois acabavam por se mostrar mais receosas, com mais dúvidas e muito menos confiantes. Também devido ao contexto pandémico as visitas à maternidade foram canceladas, sendo que a DGS (2015) refere que quando possível, a visita aos locais onde se prevê que venha a decorrer o parto é um fator importante para atenuar medos e ansiedades relativos ao hospital ou maternidade, tornando o nascimento iminente mais real, assim este factor representa mais um fator de stress e ansiedade à grávida/ acompanhante, contribuindo para aumentar os seus receios e as suas inseguranças.

No que diz respeito ao plano de parto tive a oportunidade de comprovar que a sua realização por parte das grávidas tem vindo a aumentar, sendo que durante este EC tive a oportunidade de admitir e acompanhar varias parturientes que se faziam acompanhar dos seus planos de partos, tendo por isso a oportunidade de os dissecar com elas de forma a esclarecer algumas dúvidas que ainda pudessem existir e tentando sempre que possível ir ao encontro dos seus desejos e vontades.

Para Lowdermilk & Perry (2008) a presença de uma pessoa que proporcione apoio físico, emocional e psicológico é uma forma benéfica de cuidar que alivia a dor significativamente, melhora os resultados, diminui as intervenções, a taxa de complicações associadas ao parto e melhora a satisfação materna, assim sendo, procurei atender, sempre que possível e

principalmente tendo em conta todas as limitações impostas pela pandemia, causada pela COVID-19, ao acolhimento do acompanhante, com o objectivo de promover a ligação utente/acompanhante, assim como criar um ambiente familiar envolvente e facilitador da vivência de um TP e parto mais positivos, construtivos e estimulantes.

Durante o decorrer deste EC tive a oportunidade de prestar de cuidados a 165 parturientes durante o 1º estágio do TP.

Segundo a OMS (2018), o 1º estágio do TP divide-se em duas fases, latente e ativa. A primeira entende-se como o período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação cervical até aos 5 cm, por sua vez a fase ativa do TP, corresponde ao período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares e um grau substancial de apagamento e dilatação cervical mais rápida, dos 5 cm até à dilatação completa. As mulheres devem ser informadas de que não existe uma duração padrão da fase latente, podendo variar amplamente. Contudo, a duração da fase ativa geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas e das 10 horas em TP subsequentes.

Para Couto & Carneiro (2017), o EEESMO tem a responsabilidade de empoderar as mulheres, motivando a confiança no seu corpo e na sua capacidade para cumprir o TP, que é um processo natural e fisiológico e uma experiência única na vida da mulher, devendo esta estar preparada para confiar no profissional competente para a ajudar durante a progressão do TP. Assim, o acesso à informação é essencial para fomentar esse empoderamento, neste sentido torna-se fundamental fornecer orientações sobre todo o processo, fomentando o seu conhecimento relativamente às rotinas e atitudes de vigilância que vão sendo implementadas, desconstruindo termos técnicos desconhecidos, explicando os procedimentos adotados e preparando-a antecipadamente para as sensações que pode experienciar e esclarecer todas as dúvidas que surjam. O acesso à informação possibilita à mulher ter mais confiança nas decisões que irá tomar durante todo o TP, tornando-a parte ativa nos cuidados que lhe são prestados (Silva, Nascimento & Coelho, 2015).

Aquando do acolhimento da grávida na Sala de Partos (SP), uma das principais preocupações é a vigilância do bem-estar materno-fetal, sendo esta realizada essencialmente através do RCT, aspeto fulcral da nossa atenção, avaliação e intervenção enquanto EEESMO. De acordo com os novos consensos da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia ([FIGO] Santo, 2016), a cardiotocografia consiste na monitorização contínua da frequência cardíaca fetal (FCF) e da contractilidade uterina. A monitorização fetal intraparto torna-se essencial na medida em que visa evitar, por um lado, a ocorrência de lesões relacionadas com hipóxia/acidose e, por outro, a realização de intervenções desnecessárias que podem acarretar morbidade materna ou fetal. Ainda segundo o Parecer nº 275/2010 (Conselho de Enfermagem, 2010), a interpretação do

RCT deve ter por base a FCF basal, a variabilidade e a reatividade fetal, bem como o aparecimento de desacelerações. No entanto, estes fatores têm de ser relacionados com outros, como o conhecimento profundo dos mecanismos de defesa do feto, dos efeitos dos estímulos externos na FCF e da situação clínica da grávida, de forma a detetar precocemente potenciais problemas e resolver/minimizar os problemas reais identificados no bem-estar materno-fetal. É por isso fundamental que o EEESMO, que presta estes cuidados, seja detentor de saberes consolidados e baseados na evidência científica.

Na sala de partos em que se realizou este EC, preconiza-se como prática do serviço a realização do RCT de forma contínua. Esta prática exigiu-me uma atitude reflexiva, tendo em conta que segundo as novas recomendações da OMS (2018), o RCT contínuo não é recomendado para a avaliação do bem-estar fetal em parturientes saudáveis em TP espontâneo, estando, ao invés, recomendada a auscultação da FCF de forma intermitente (segundo critérios bem definidos, de 15-15 minutos durante a fase ativa do 1º estadio do TP e de 5-5 minutos no 2º estadio do TP). Contudo, de acordo com a FIGO (Santo, 2016) a auscultação intermitente da FCF prende-se com o facto de em alguns países não ser possível oferecer às grávidas monitorização contínua da FCF. É também importante referir que a avaliação do bem-estar materno fetal não se prende apenas com a auscultação da FCF mas também com vários outros fatores tais como: a dinâmica uterina, a presença de movimentos fetais, a frequência cardíaca materna, a percepção de possíveis desacelerações e a correlação com a contratilidade uterina, entre outros. Assim, e tendo também em conta os recursos humanos existentes, a responsabilização dos profissionais de saúde (como é o caso dos EEESMO) na promoção do bem-estar materno-fetal e no despiste de complicações, o número crescente de grávidas sujeitas a induções do TP, assim como o aumento das comorbilidades maternas atuais, é compreensível que se adotem medidas mais seguras como o RCT contínuo. A realização de RCT contínuo pode ter como desvantagem a restrição da liberdade de movimentos por parte das parturientes, o que não é o caso na SP onde este EC decorreu, uma vez que todos os quartos estavam equipados com cardiotógrafos wireless, que permitem às parturientes ter toda a liberdade de movimentos que desejem. Durante o decorrer do EC tive a oportunidade de proceder à monitorização cardiotocográfica externa de diversas parturientes, tanto em gestações de fetos únicos como em gestações gemelares, sendo que estas apresentam um desafio maior em termos da avaliação do local exacto de ambos os focos fetais. Tive ainda a oportunidade de colocar por diversas vezes monitorizações cardiotocográficas internas, sempre que estas se justificavam, com base na interpretação e avaliação do RCT externo, explicando sempre às parturientes a razão pela qual havia a necessidade da execução de um procedimento mais invasivo.

No que diz respeito ao exame vaginal, tive a possibilidade de aperfeiçoar esta competência no decorrer deste EC, conferindo-me uma segurança crescente. A realização do exame vaginal

torna-se preponderante na avaliação da progressão do TP, bem como na deteção de anomalias do mesmo. Segundo Graça (2010), estas anomalias dividem-se em mecanismos de origem dinâmica e/ou mecânica, que se podem traduzir numa fase latente/activa de desaceleração prolongadas, paragem secundária de dilatação, prolongamento da progressão da apresentação e/ou ausência de progressão da apresentação fetal. Assim sendo, é essencial que o EEESMO saiba realizar e interpretar o exame vaginal no que concerne: às características do colo (posição, apagamento, dilatação, consistência e espessura); à integridade das membranas amnióticas; à estática fetal (situação, apresentação e variedade fetal), e ainda à descida da apresentação.

A realização do exame vaginal é uma intervenção frequentemente associada a desconforto, dor e aumento da ansiedade e stress por parte da mulher, sendo também considerada um fator de risco para o desenvolvimento de infeções peri-parto quando realizada de forma recorrente. Neste sentido, a OMS (2018) recomenda que o exame vaginal seja realizado em intervalos de 4h, para avaliação de rotina na fase ativa do 1º estágio do TP em parturientes de baixo risco.

A amniotomia foi outro dos procedimentos que tive oportunidade de realizar durante o decorrer do EC. Segundo Zugaib (2012), a rutura artificial de membranas pode reduzir uma a duas horas a fase ativa do TP, assim como a necessidade de utilização de ocitocina. No entanto, de acordo com a OMS (2018), a prática da amniotomia isolada para prevenção dos partos arrastados não é recomendada, assim como a amniotomia precoce associada ao início precoce de perfusão ocitócica. Segundo Fatia e Tinoco (2016), apresentam-se como indicações para a amniotomia: traçado com padrões anormais da FCF; colocação de eléctrodo de escalpe interno; indução do TP; progressão do TP ou quando a bolsa amniótica prolapsa para dentro da vagina, não permitindo a evolução do TP e/ou impedindo a descida da apresentação. A avaliação das características do LA (cor, viscosidade, odor e quantidade) são também aspetos a valorizar, despistando alterações sugestivas de complicação maternas e fetais. Aquando da identificação de alterações houve sempre a preocupação de as comunicar à Equipa Médica, uma vez que, correlacionadas com possíveis situações patológicas, transcendem a esfera de intervenção autónoma do EEESMO.

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2013), o alívio da dor durante o TP contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ser um dos cuidados prioritários do EEESMO. Também para Oliveira et al (2020) é importante que os profissionais de saúde que cuidam da parturiente entendam a dor como um fenómeno sensitivo, mas também emocional, e que intervenham no sentido de minimizar a dor da grávida tendo em conta os seus desejos e necessidades, pois as experiências anteriores, as representações culturais, o seu estado emocional, o apoio familiar e o desenvolvimento de estratégias de coping são fatores essenciais para a interpretação da experiência do TP. Nesta linha de pensamento, ajudar a mulher a decidir sobre o método de

alívio da dor implica proporcionar-lhe não só toda a informação sobre os métodos disponíveis (farmacológicos/não farmacológicos ou ambos) como também os seus potenciais riscos e benefícios para que possa tomar uma decisão consciente, informada e que vá ao encontro dos seus desejos.

Durante o decorrer do EC, a grande maioria das parturientes optou pelo controlo farmacológico da dor, nomeadamente através da analgesia locorreional (epidural, sequencial ou raquianalgesia). A analgesia locorreional é o método farmacológico mais comum no alívio da dor do TP, e a que melhor é tolerada tanto pela parturiente como pelo feto. Regra geral a analgesia locorreional é realizada quando solicitada pela parturiente, indo ao encontro da premissa da American College of Obstetrician and Gynecologists (Joy, 2015) que recomenda a administração de analgesia locorreional aquando do desejo da mulher, independentemente da fase de TP em que se encontre. Constatei ainda durante o EC, que em comparação as primíparas solicitavam analgesia numa fase mais inicial do TP, muitas delas ainda na fase latente do TP, que as múltiparas. Este facto vai ao encontro ao que afirmam Lowdermilk e Perry (2008), de que as nulíparas têm, muitas vezes, uma sensibilidade dolorosa maior do que as múltiparas na fase inicial do 1º estágio do TP, uma vez que as suas estruturas reprodutoras são menos flexíveis.

Apesar da maioria das parturientes optar pela analgesia farmacológica, foi também possível aplicar algumas medidas não farmacológicas de alívio da dor. De referir que uma grande parte das parturientes que optava pelas medidas não farmacológicas de alívio da dor, ou pela analgesia locorreional numa fase mais avançada do TP, eram parturientes que tinham elaborado um plano de parto. As medidas não farmacológicas de alívio da dor que tive oportunidade de proporcionar às parturientes ao longo deste EC foram a hidroterapia, através do duche, exercícios respiratórios, massagem na região dorso-lombar, deambulação e utilização da bola de pilates. Estas medidas de alívio além de proporcionarem benefícios no momento do parto diminuem ainda a percepção dolorosa e reduzem os níveis de stress e ansiedade, contribuindo positivamente na evolução do TP. Segundo Oliveira *et al* (2020) e Mendes *et al* (2018) a utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor tornou a mulher mais ativa, dando-lhe liberdade de escolha no seu processo de parto, permitindo-lhe escolher qual a técnica e a posição mais confortável para si.

De entre as medidas de alívio não farmacológicas da dor a utilização da bola de pilates foi sem dúvida a mais requisitada pelas parturientes, uma vez que permite à mulher diminuir o desconforto na zona lombar, associado não só as contrações uterinas mas também ao posicionamento no leito, e permite também à parturiente a realização de movimentos circulares e de báscula com a bacia, que tem demonstrado eficácia na rotação e descida fetal, facilitando por sua vez o encravamento (Silva, 2015).

A deambulação e a adoção de posições anti-álgicas, proporcionam não só o alívio da dor

como também favorecem o relaxamento das fibras musculares, o que por sua vez facilita a descida e encravamento do pólo fetal e conseqüentemente a progressão do TP (The Royal College of Midwives, 2012). A OMS (2018) recomenda a deambulação e a adoção de posições verticalizadas durante o TP em mulheres de baixo risco, uma vez que pode encurtar a 1ª fase do TP, reduzir a necessidade de analgesia locorregional, ajudar a mulher a encontrar uma melhor posição para parir e conseqüentemente reduzir a taxa de cesarianas e partos instrumentados. Ainda segundo a OMS (2018) esta é uma medida fácil de implementar, de baixo custo e apresenta resultados positivos no desfecho materno-fetal, não aumentando a mortalidade perinatal.

Durante este EC tive a oportunidade de prestar cuidados a 55 mulheres durante o 2º estágio do TP, sendo que realizei 41 partos eutócicos e assisti a 14 partos distócicos, 13 destes por ventosa e 1 por fórceps.

Segundo a OMS (2018) o 2º estágio do TP define-se como o período de tempo entre a dilatação completa do colo do útero e a expulsão do feto, durante o qual a mulher apresenta um desejo involuntário de efectuar esforços expulsivos, como resultado de contracções uterinas intensas. A duração do 2º estágio do TP é variável, sendo geralmente mais prolongada nas nulíparas e mais rápida nas múltiparas, sendo que a analgesia locorregional também contribui para o prolongamento deste estágio.

Para Torres et al. (2018),

*“(...) um bom parto é aquele que termina com um recém nascido e mulher o mais saudáveis possível e, da perspectiva da mulher, numa experiência de parto positiva, idealmente de felicidade e sensação de realização. Um dos factores que poderá influenciar a experiência da mulher e os desfechos do parto é a posição no período expulsivo.”*

Através da análise deste autor, compreende-se que tão importante como zelar pela promoção da fisiologia do TP e parto, é ouvir, aceitar e respeitar as perspectivas, expectativas e desejos da mulher de quem se cuida, pois é ela a protagonista deste evento único. A escolha da posição no período expulsivo está associada a uma maior satisfação por parte das mulheres, devido ao facto de estas se sentirem em controlo e participantes activas no seu parto. A OMS (2018) recomenda, para mulheres com e sem analgesia locorregional, o incentivo à adoção de uma posição de nascimento da escolha individual da mulher, incluindo a posição vertical.

São vários os estudos que apresentam as vantagens da adoção de posições verticais durante o período expulsivo como o aumento dos diâmetros pélvicos maternos, o alinhamento do feto com a bacia, a maximização dos esforços expulsivos maternos e o aumento da progressão da descida fetal (Deliktas & Kukul, 2018), bem como da redução da necessidade de episiotomia e dos partos instrumentados, podendo no entanto estar associadas a um aumento do risco de hemorragia pós-parto e lacerações de Grau II (OMS, 2018). Assim sendo, durante o decorrer do EC tive a

oportunidade de aprender, encorajar e apoiar as parturientes a realizar os esforços expulsivos em diversas posições (desde a posição de litotomia ou semi-deitada, sentada, em decúbito lateral, em quatro apoios e de cócoras).

Segundo a OMS (2018) a decisão da realização de episiotomia é bastante controversa e a sua realização rotineira não é actualmente recomendada, por estar associada a maiores taxas de dispareunia, hemorragias pós parto, disfunções sexuais e incontinência urinária. No total dos 41 partos realizados foram realizadas 14 episiotomias e subsequentes episiorrafias, ocorreram 11 lacerações de Grau I, 5 lacerações de Grau II, não existindo lacerações de Grau III ou IV. No total dos partos realizados, 11 ocorreram com períneos íntegros. Assim sendo, impõe-se uma reflexão acerca da realização de episiotomia. Couto e Carneiro (2017) referem que o uso profiláctico/rotineiro da episiotomia, ainda hoje, continua a ser executada concomitantemente com a ausência de evidência científica que suporte o seu benefício, bem como a existência de evidência clara de que pode trazer algumas sequelas para a mulher. Os profissionais de saúde devem por isso, procurar práticas alternativas para prevenir o trauma perineal. Couto e Carneiro (2016), após uma revisão integrativa da literatura, concluíram que a intervenção do EESMO na prevenção do trauma perineal deve atender a um conjunto sequencial de intervenções, tais como: o incentivo ao exercício físico moderado durante toda a gravidez; educar e incentivar a mulher à realização da massagem perineal a partir da 30ª semana de gravidez; incentivar e apoiar a mulher aos esforços expulsivos espontâneos; promover a mudança postural no decorrer do TP, com a possibilidade de deambulação e adopção de posicionamentos verticalizados, promover a restrição da manipulação perineal, permitindo a lenta e gradual adaptação dos tecidos à apresentação fetal; proceder à aplicação de compressas quentes no períneo durante o 2º estágio do TP, efetuar massagem perineal suave com uso de lubrificante adequado e preferir o apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de Ritgen, em prol da sua versão modificada, uma vez que esta é mais interventiva.

Durante o EC existiu ainda a possibilidade de assistir a 13 partos distócicos por ventosa e 1 parto distócico por fórceps. A instrumentalização destes partos foram justificadas maioritariamente pelo mau posicionamento da apresentação fetal, mas também por necessidade de abreviar o período expulsivo por sofrimento fetal agudo, por exaustão materna e/ou ineficácia dos esforços expulsivos maternos.

A OMS (2018) defende a clampagem tardia do cordão umbilical, num período de 1 a 3 minutos, para um RN saudável, por esta apresentar inúmeras vantagens principalmente no que diz respeito ao hematócrito do RN representando um aumento das reservas de ferro, prevenindo assim a anemia nos primeiros 4 a 6 meses de vida. Assim sendo, procurei nos 41 partos eutócicos que realizei atender a esta recomendação, à excepção das situações em que não foi possível, como nos casos da presença de circulares cervicais apertadas. Quanto ao corte efectivo do cordão, questionei

sempre a parturiente e o acompanhante se pretendiam ser eles a fazê-lo, no caso das parturientes que não haviam manifestado anteriormente esse desejo verbalmente ou através do seu plano de parto.

Transversalmente à técnica, às manobras necessárias, ao conhecimento científico extenso necessário para a realização de um parto, e a todos os sinais que requerem a atenção do EEESMO, não posso deixar de referir que é um momento de uma forte carga emocional, não só para a mulher e para o seu acompanhante, como para o EEESMO, que tem o privilégio de poder fazer parte deste momento único que é o nascimento de uma nova vida, de poder fazer parte de um momento que ficará para sempre guardado na vida de cada uma destas mulheres, e de ter o privilégio de ajudar a torná-lo num momento ainda mais feliz e satisfatório.

Também designado por dequitação, o 3º estadio do TP compreende o intervalo de tempo entre a expulsão do feto e a expulsão da placenta. De acordo com Fatia e Tinoco (2016, p.310)

*“ A diminuição súbita das dimensões uterinas e as contracções, após a expulsão do feto, levam a uma redução significativa da área de implementação da placenta, a qual sofre um espessamento. Sendo que a tensão daí resultante provoca rutura das vilosidades (clivagem na camada esponjosa) com formação de hematoma retroplacentar, acelerando assim, o processo de descolamento do revestimento basal e a sua expulsão.”*

Neste estadio, procurando sempre ter uma atitude expectante e aguardando a expulsão espontânea da placenta, foram desenvolvidas competências na identificação dos sinais de descolamento da placenta e na tração controlada do cordão para que decorresse a dequitação. Pude ainda aperfeiçoar a manobra de Jacobs, enrolando a placenta sobre si própria, para que o despreendimento das membranas se desse de forma completa minimizando o risco de membranas fragmentadas. Após a dequitação torna-se importante verificar a presença do Globo de segurança de Pinard, de forma a despistar sinais de atonia uterina.

Após a dequitação torna-se também fulcral a observação da placenta de forma identificar alterações da morfologia placentária e a garantir a sua integridade, cotilédones e membranas, de forma a prevenir potenciais complicações pelo risco de retenção de fragmentos.

Foram identificados dois mecanismos de despreendimento da placenta, 37 pelo mecanismo de Schultz e 4 pelo mecanismo de Duncan, tendo especial atenção a este último pelo risco hemorrágico aumentado associado a este mecanismo. Destaco ainda uma situação de retenção da placenta, em que houve necessidade de contactar a equipa médica que efectuou uma dequitação manual com posterior controlo ecográfico de forma a garantir que não existiam restos placentares na cavidade uterina. Segundo Fatia e Tinoco (2016) é importante que o profissional respeite o tempo fisiológico, uma vez que nem todos os descolamentos acontecem no período estimado. Para Graça

(2010) poderá aguardar-se entre 45 minutos a 1 hora após a expulsão do feto, se as perdas hemáticas não forem excessivas.

É protocolo institucional a administração de uterotónicos (ocitocina) para a promoção da contracção uterina, de forma a prevenir complicações hemorrágicas no pós-parto imediato. Este protocolo vai ao encontro às recomendações da OMS (2018), que recomenda a utilização de uterotónicos durante a terceira fase do parto para todos os nascimentos.

Conforme o preconizado pela OE (2019a), compete ao EEESMO avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que vão para além das suas capacidades de atuação. Assim sendo, procedi à realização de perineorrafias (tanto pela necessidade da realização de episiotomia como no caso de lacerações perineais de Grau I e Grau II), tendo tido a oportunidade de aprender também a realizar suturas intradérmicas.

Segundo Fatia e Tinoco (2016), o período de Greenberg corresponde à primeira hora após a saída de placenta, período no qual ocorrem diversos processos hemostáticos e no qual há uma maior possibilidade de ocorrerem grandes hemorragias.

Durante o decorrer deste EC tive a oportunidade de realizar com frequência a vigilância à púerpera e ao RN durante este estadio do TP, tivesse ou não realizado o parto. Depois deste período as púerperas são transferidas para o internamento de obstetrícia. Na SP o puerpério imediato realiza-se no mesmo quarto onde decorreu o parto. Neste estadio do TP é fundamental, o EEESMO ser sensível e nunca deve descurar um olhar atento às possíveis complicações que daí possam ocorrer, a vigilância da púerpera no seu estado integral, com ênfase na monitorização hemodinâmica, vigilância de perdas hemáticas, prevenção da perda de calor, perceção e valorização das suas queixas e manutenção de um ambiente de cuidados confortável, garantindo a satisfação das suas necessidades físicas e emocionais.

Relativamente ao RN, Al-Salam et al. (2016) referem-se à primeira hora de vida do RN como a hora de ouro (Golden Hour), que detém uma importância fulcral na sua performance pulmonar, neurodesenvolvimental e neurosensorial. Assim sendo, é fundamental o estabelecimento da vinculação precoce entre a díade e a tríade, promovendo a realização precoce do contacto pele a pele, que se preconiza que ocorra durante a primeira hora de vida, e de acordo com o desejo da mãe. É também um momento importante no que diz respeito à promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida, de acordo com os desejos da mãe. A OMS (2018) recomenda o contacto pele a pele na primeira hora após o nascimento como medida de prevenção da hipotermia neonatal e de promoção da amamentação, associando-se a uma maior taxa de sucesso ou manutenção da mesma como forma de alimentação exclusiva do bebé (Newman, 2005, citado pela OE).

Para Lowdermilk e Perry (2008) o RN passa por fases de instabilidade durante as primeiras 6 a 8 horas após o nascimento, sendo este um período de transição entre a vida intra e extra-uterina. Segundo Rocha et al. (2009), apesar de ocorrerem várias modificações, nomeadamente a nível

cardio-circulatório e respiratório durante a transição da vida fetal para a extrauterina, o nascimento é um processo fisiológico. Na situação ideal, se o RN nascer bem, a chorar, sem factores de risco, não necessita de cuidados acrescidos, requerendo apenas o aconchego da mãe, o contacto pele a pele, bem como o aleitamento materno. Não se deve interferir desnecessariamente com o processo de vinculação precoce (Albuquerque *et al.* 2016).

Em situações de normalidade, após a avaliação do IA, da realização do contacto pele a pele e amamentação do RN, tive a oportunidade de prestar os cuidados imediatos ao mesmo, tais como o exame físico (de forma a despistar possíveis malformações), a pesagem, a administração de vit. K (como medida preventiva da doença hemorrágica do RN), e da promoção do conforto (vestir).

As emergências médicas de causa obstétrica constituem-se situações que põem em risco a vida da mulher e do feto, tornando-se essencial uma equipa multidisciplinar e os meios técnicos necessários. Para Graça (2010), a imprevisibilidade e a gravidade deste tipo de situações são algumas das mais fortes razões para que os partos devam ocorrer em meio hospitalar.

Uma das emergências que tem assumido grande importância nos últimos anos, devido não só a sua imprevisibilidade bem como aos problemas do foro médico-legal daí resultantes é a distócia de ombros. Esta implica um elevado número de complicações maternas (lacerações do colo e/ou perineais de 3º e 4º graus, traumatismos da bexiga, incontinência urinária) e neonatais (nomeadamente asfixia, e traumatismos associados às manobras de resolução da distócia, tais como fraturas da clavícula e lesões do plexo braquial) (Graça, 2010). Os principais factores de risco que lhe têm sido associados são a macrossomia fetal, diabetes gestacional, o parto instrumentado e a gravidez anterior complicada por distócia de ombros (Marques e Reynolds, 2011).

Num dos partos que realizei, experienciei uma distócia de ombros que foi prontamente resolvida através da realização da Manobra de McRoberts associada à aplicação de pressão supra-púbica. O RN nasceu com IA de 9/10/10, sem aparentes lesões (sem fratura da clavícula e com reflexo de Moro simétrico), tendo sido contactado o pediatra para observar o RN.

De referir que estas situações são geradoras de grande stress e ansiedade para toda a equipa presente, mas que proporcionam também um momento de aprendizagem muito importante para mim enquanto futura EEESMO, uma vez que me ajudou a encontrar estratégias de coping para lidar com o stress e a ansiedade não deixando que estes afectassem o meu desempenho, de forma a manter a calma e o controlo e resolver a situação com a prontidão que ela exige.

Uma das minhas primeiras experiências no BOO, foi a prestação de cuidados a uma utente, cuja gestação havia ocorrido por técnica de reprodução assistida (Fertilização *in vitro*), com idade gestacional de 20 semanas e 2 dias, submetida a uma interrupção medicamente assistida, pelo facto do feto apresentar um Síndrome polimalformativo.

Segundo Sotto-Mayor (2016), a perda gestacional é experienciada individualmente e de forma única, afetando cada um de modo diferente. Segundo Phaneuf (2005), o enfermeiro deve

procurar escutar e capacitar o cliente, compreender o seu sofrimento, a sua inquietude ou frustração, esclarecê-lo sobre a situação, sobre as suas responsabilidades e a melhor forma de as assumir, prepará-lo para uma situação totalmente contrária do expetável. Deparei-me com uma série de emoções, predominando o medo de provocar reações e emoções negativas à mulher e aos acompanhantes, ou até em exprimir os meus sentimentos. Contudo, a aquisição e desenvolvimento de competências do âmbito do cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, TP e no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, possibilitou abordar este acontecimento com delicadeza, mostrado sensibilidade e compreensão com o objetivo de estes vivenciarem um luto saudável.

### 2.3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GESTÃO E PENSAMENTO CRÍTICO-REFLEXIVO

Relativamente à área de gestão, fui tentando perceber o trabalho desenvolvido pelos meus Enfermeiros cooperantes e/ou outros Enfermeiros que acompanhava, nomeadamente os responsáveis de turno, na gestão do espaço físico, da medicação, do material e da própria equipa, conforme os procedimentos e protocolos do serviço, procurando perceber qual o papel diferenciado do EEESMO em cada turno a esse nível, assim como da própria Enfermeira Chefe.

Num sentido prático, dou como exemplos a participação na gestão do stock de medicação e do material necessário, nomeadamente o material esterilizado necessário para a realização do parto, gerindo eficazmente os recursos existentes.

Em relação à gestão de recursos humanos tive a oportunidade de experienciar como a Enfermeira chefe e os enfermeiros responsáveis de turno tinham muitas vezes de mobilizar os seus, já escassos, recursos humanos e encontrar estratégias para otimizar os cuidados, tendo em conta o contexto pandémico que vivenciamos. Uma vez que, cada vez que era admitida uma grávida/parturiente com COVID-19 Positivo esta era transferida para uma ala diferente e era necessário assegurar toda uma equipa para prestar cuidados à grávida/parturiente nessa mesma ala, durante todo o tempo que a mesma permanecesse internada.

Desta forma, apesar da área da gestão ser aquela em que me sinto ainda menos confiante, devido à inexperiência e ao número mais reduzido de oportunidades para a consolidar, considero que as condutas referidas me permitiram também desenvolver positivamente as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do Domínio da Gestão dos Cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4748) “C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (...); C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

A OMS define educação para a saúde como uma combinação de aprendizagens que tem

por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento da literacia em saúde e do desenvolvimento de competências (DGS, 2015).

Começo por destacar os momentos de interação, partilha, educacionais e de crescimento proporcionados ao longo da prática de cuidados (quer com a equipa profissional, quer com as grávidas/parturientes e acompanhantes). Considero como aspetos facilitadores deste processo os conhecimentos e competências adquiridas ao longo do CMESMO, numa vertente teórica e ao longo dos EC que experienciei, permitindo-me uma bagagem muito rica e direccionada às suas necessidades reais, adaptadas agora a este contexto tão importante que é o TP e Parto.

Considero que o espírito de entreajuda demonstrado por todos os membros da equipa multidisciplinar, com especial enfoque nos enfermeiros cooperantes, se tornou essencial, revelando-se um elemento facilitador do estabelecimento de uma relação empática e mais funcional, da colocação de dúvidas e expressão de dificuldades sem qualquer tipo de receio e da aquisição de uma atitude mais confiante, curiosa e proativa na prática dos cuidados.

Esse acompanhamento tornou-se também crucial para a realização de reflexões críticas constantes sobre a prática, desde acerca da dinâmica, organização e métodos de trabalho adotados, à forma de cuidar num sentido holístico, de respeito e compreensão pela Pessoa que está perante nós. Permitiu ainda a obtenção de feedbacks frequentes relativamente ao meu desempenho, para que pudesse perceber em que áreas devia fazer um maior investimento no sentido de amadurecer e/ou adquirir novos conhecimentos e competências, tornando-se por isso muito enriquecedores.

Considero ainda que, para que qualquer Enfermeiro possa prestar bons cuidados de saúde, é fundamental que detenha conhecimentos técnico-científicos mas também de prática reflexiva, uma vez que se torna importante não só a realização das práticas em si mas a análise e reflexão sobre o que é feito e o modo como é feito, ajudando-nos a consolidar a nossa identidade profissional.

Em termos avaliativos, no Estágio IV foram realizadas avaliações intermédias com a Professora orientadora e Enfermeiros cooperantes, onde foi possível identificar dificuldades e pontos a melhorar, essenciais para o meu crescimento ao longo do restante EC, constituindo também uma ferramenta para auxiliar na procura de melhoria/consolidação e aquisição de novos conhecimentos e competências. Por fim, no término do Estágio IV efectuou-se novamente uma reunião, de modo a realizar uma avaliação e discussão finais do Estágio IV, essencial para sintetizar os aspetos mais importantes do mesmo, realizar uma análise instrospectiva e partilhada acerca das dificuldades sentidas e das minhas necessidades de aprendizagem, assim como dos aspetos em que consegui evoluir e das competências que consegui alcançar.

### **3. ESTUDO DE UMA SITUAÇÃO/PROBLEMA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: “QUAIS SÃO AS EVIDÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE SOBRE O CUIDAR DO HOMEM TRANSGÊNERO DURANTE A CONCEÇÃO, GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO?”**

Durante o EC na sala de partos fui confrontada com uma situação para a qual não me encontrava de todo preparada, nem a nível pessoal, e muito menos a nível profissional e enquanto futura EESMO, e a qual me criou a necessidade de procurar mais informação, de forma a poder compreender melhor esta nova realidade e a estar preparada para prestar cuidados mais adequados. Ora a situação a que me refiro foi de uma parturiente, seguida desde a infância pela pedopsiquiatria, com Incongruência de Género.

Todas as variedades de identidade e género enfrentam múltiplas barreiras no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, particularmente na área da saúde reprodutiva. Segundo Ellis *et al.* (2014) embora as pesquisas sejam muito limitadas em número, demonstram que os indivíduos transgénero desejam muitas vezes a paternidade e podem efetivamente vivenciar a gravidez, no entanto existe muito pouca informação publicada no que diz respeito à conceção, gravidez e parentalidade nos indivíduos transgénero.

#### **3.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Transgénero é um indivíduo que não se identifica com o sexo atribuído ao nascimento, ou seja, vivencia o seu género de forma diferente daquele que é socialmente esperado tendo em conta a genitália atribuída ao nascimento. Essa identidade é independente do genótipo, orientação sexual e comportamento (García-Acosta *et al*, 2019). Todos os indivíduos possuem uma genitália, orientação sexual e identidade de género, mas os três são independentes (Maliver & Makadon, 2016).

Um homem transgénero é um individuo que se identifica como homem, com os aspectos socioculturalmente atribuídos ao género masculino, mas que nasceu com genitália feminina, sendo que o processo de afirmação de género pode incluir aspetos sociais, médicos e/ou cirúrgicos. No entanto nem todos os homens transgénero desejam realizar intervenções cirúrgicas (esterilização cirúrgica), assim sendo, muitos podem manter intactos os seus órgãos reprodutores, possibilitando uma gravidez e parto, se assim o desejarem (Light *et al*, 2014).

A transição não é um evento singular, trata-se antes de um processo e pode assumir variadas formas. O homem transgénero busca o reconhecimento da sua identidade de género legal e formalmente, assim estes podem alterar o seu nome e o seu pronome de género para fazer a transição social e proceder à transição física através de tratamentos hormonais (testosterona) ou cirúrgicos, de forma a alterar a sua aparência física (Charter *et al*, 2017).

Segundo García-Acosta *et al*, (2019) devido à heteronormatividade, os indivíduos transgênero são excluídos dos modelos parentais e maternos. Portanto, os pais transgênero têm uma posição única que desafia a construção social na qual os sistemas de saúde inerentemente atribuem a gravidez e a amamentação ao gênero feminino.

Em 2018 a OMS, em conjunto com a American Psychological Association (APA), após avaliar o efeito estigmatizante dos seus rótulos diagnósticos para a classificação da transexualidade, anunciou que a transexualidade seria recolocada na 11ª Classificação Internacional de Doenças (CID-11), a qual entrará em vigor em 2022. A questão que antes era designada como transtorno mental, passa agora a integrar a categoria de condições relacionadas com a saúde sexual, sendo caracterizada como Incongruência de Gênero na adolescência e na idade adulta, considerando-a uma condição relacionada ao comportamento sexual (Vieira *et al.*, 2019).

Ainda de acordo com a APA, apesar da tentativa de reduzir o efeito estigmatizante mudando seu rótulo diagnóstico para a atual “Disforia de gênero”, a transexualidade continua a ser considerada uma patologia mental. Assim sendo não é surpreendente que, na maior parte da bibliografia consultada, as barreiras que os indivíduos transgênero encontram na sociedade também existam nos serviços de saúde, tais como a estigmatização, a discriminação, a invisibilidade, o tratamento humilhante e degradante e a iniquidade na assistência prestada pelos profissionais e instituições de saúde (García-Acosta *et al*, 2019).

Proporcionar transições saudáveis é uma tarefa desafiante para a enfermagem, que actua de forma holística em todas as dimensões do cuidar, sob a qual a teoria das transições de Afaf Meleis exerce uma forte influência. A teoria das transições constitui um meio para orientar o exercício permeado pelo contexto de mudança, trazendo como pressuposto a compreensão da transição como processo dinâmico e configurando-se como estratégia para o cuidado de enfermagem.

Meleis (2010) propôs a transição como sendo um conceito central na disciplina de enfermagem, que consiste numa mudança significativa ao nível da saúde, por alteração de processos, papéis ou estados, decorrente de estímulos e novos conhecimentos, que podem ter como consequência a mudança de comportamentos e do significado de si no contexto social.

Deste modo, as mudanças nas identidades, nos papéis, nas relações, bem como nas capacidades e padrões de comportamentos tratam-se de transições a nível individual e/ou familiar que podem provocar alterações profundas na vida da pessoa e dos que a rodeiam, tendo por isso implicações importantes no bem estar e na saúde. Torna-se assim necessário que o indivíduo se ajuste de forma a integrar essa variação, compreendendo a experiência de transição.

Meleis (2010) explica que a transição denota uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidades. Há semelhanças que caracterizam um período de transição como a desconexão com a rede social habitual e sistemas de apoio social, a perda temporária de objetos relevantes ou temas de referência familiar, novas necessidades que possam aparecer e

antigos conjuntos de expectativas relativos a situações de mudanças. Assim sob essa perspectiva, a transição requer que o indivíduo incorpore novos conhecimentos, altere o comportamento, defina o seu contexto social, ou das necessidades internas e externas que afetam o seu estado de saúde. O ambiente, o apoio da família, amigos, enfermeiros e/ou grupos terapêuticos, bem como o contexto sociocultural são considerados importantes, já que estes recursos externos podem contribuir para um ambiente facilitador do processo de transição.

O nível de planeamento da transição pode ainda permitir que esta seja delicada e saudável, sendo para isso imprescindível a compreensão do problema e das necessidades que decorrem da mesma. Por sua vez, o stress, bem como distúrbios emocionais, nomeadamente a ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão, ambivalência, solidão, ou até mesmo a baixa-autoestima, decorrentes do processo de transição, são dificuldades sentidas a nível emocional. Que podem tornar-se cruciais e influenciar a transição. Do mesmo modo, o desconforto físico, a imprevisibilidade corporal ou alterações corporais severas são também factores influenciadores do bem-estar durante a mesma.

Assim Meleis (2010) salienta o papel do enfermeiro como facilitador do processo de transição com vista ao bem-estar, sendo esta a principal finalidade da vida, pelo que deve ser objeto de atenção tanto de cuidadores formais como informais.

Compreende-se assim que os homens transgénero vivenciam um processo de transição (sendo um processo duplo: um relacionado com a incongruência de género e outro com o processo de gravidez e parentalidade) que engloba um conjunto de mudanças complexas e únicas que exige um período de adaptação, tornando-se de crucial importância o papel do enfermeiro no sentido de estabelecer intervenções e estratégias que melhorem a qualidade de vida destes indivíduos, e que promovam a aceitação e inclusão na sociedade, principalmente no que diz respeito ao acesso equitativo e respeitoso aos cuidados de saúde, especificamente neste caso aos cuidados de saúde perinatais.

### 3.2. METODOLOGIA

A investigação encontra-se no centro da prática baseada na evidência (Peters, *et al*, 2017). No sentido de organizar e analisar os conhecimentos acerca da capacitação dos profissionais de saúde para a prestação de cuidados em termos de saúde reprodutiva dos homens transgénero, foi efectuada uma Scoping Review (SR), uma vez que segundo o *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2020) a SR mapeia os conceitos e temas pouco explorados, permitindo visualizar a evidência existente. Esta SR seguiu os critérios definidos pelo JBI e os parâmetros determinados pela UC. Um protocolo foi desenvolvido *à priori*, com os critérios de inclusão que se relacionam com o objetivo e a questão da SR, que pode ser encontrado no Anexo II.

O ponto de partida foi uma questão do tipo PCC: **“Quais são as evidências na área da saúde**

sobre o cuidar do homem transgénero durante a concepção, gravidez, parto e puerpério?”, em que (P) representa os participantes, (C) os conceitos e (C) o contexto. Sendo que o objetivo é mapear o conhecimento atual acerca desta nova realidade emergente de forma a compreender se os profissionais de saúde, nomeadamente se os EEESMO, estão capacitados para prestar cuidados de qualidade de forma individualizada e que vão ao encontro das necessidades de saúde reprodutiva dos homens transgénero durante a concepção, gravidez, parto e puerpério.

Os descritores de pesquisa utilizados foram “Transgender People” e “Pregnancy”, previamente validados como descritores Mesh na plataforma Mesh Browser 2019 (Pesquisa realizada a 30 de Novembro de 2021), disponível em <https://meshb.nlm.nih.gov/search>.

Seguidamente foram definidos os critérios de inclusão, que são apresentadas no Quadro N.º 1, com o objetivo de encontrar evidência científica relacionada com a questão colocada.

Quadro N.º 1 – Critérios de inclusão para a pesquisa

<b>Participantes (P)</b>	Homens Transgénero, EEESMO, Profissionais de Saúde
<b>Conceitos (C)</b>	Enfermagem, Saúde Materna, Gravidez, Transgénero, Pessoas Transgénero, Identidade de género, Minorias sexuais e de género, Dismorfia
<b>Contexto (C)</b>	Instituições prestadoras de cuidados de saúde

Seguidamente foi efetuada uma pesquisa na plataforma EBSCOhost (Elton Bryson Stephens Company Host), tendo sido seleccionado um friso temporal de 5 anos. No Quadro N.º 2 são apresentadas as bases de dados utilizadas para a pesquisa, bem como os limitadores aplicados a cada uma delas.

Quadro N.º 2 – Bases de dados utilizadas e respetivos limitadores

Bases de dados	Limitadores
<b>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)</b>	Friso temporal da data de publicação: 2016 a 2021; Resumo disponível; Língua inglesa; Prática baseada em evidências; Humano
<b>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)</b>	Friso temporal da data de publicação: 2016 a 2021; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano;
<b>Nursing &amp; Allied Health Collection:</b>	Friso temporal da data de publicação: 2016 a 2021

<b>Comprehensive</b>	
<b>MEDICLATINA</b>	Friso temporal da data de publicação: 2016 a 2021
<b>LIBRARY</b>	Friso temporal da data de publicação: 2016 a 2021

A expressão de pesquisa construída com os descritores “Transgender People” e “Pregnancy”, e conjugada com o boleano **AND** foi a que mais resultados apresentou próximos do que se pretendia. O número de artigos obtidos através das pesquisas pode ser analisado no Quadro N.º 3.

Quadro N.º 3 – Resultados das bases de dados

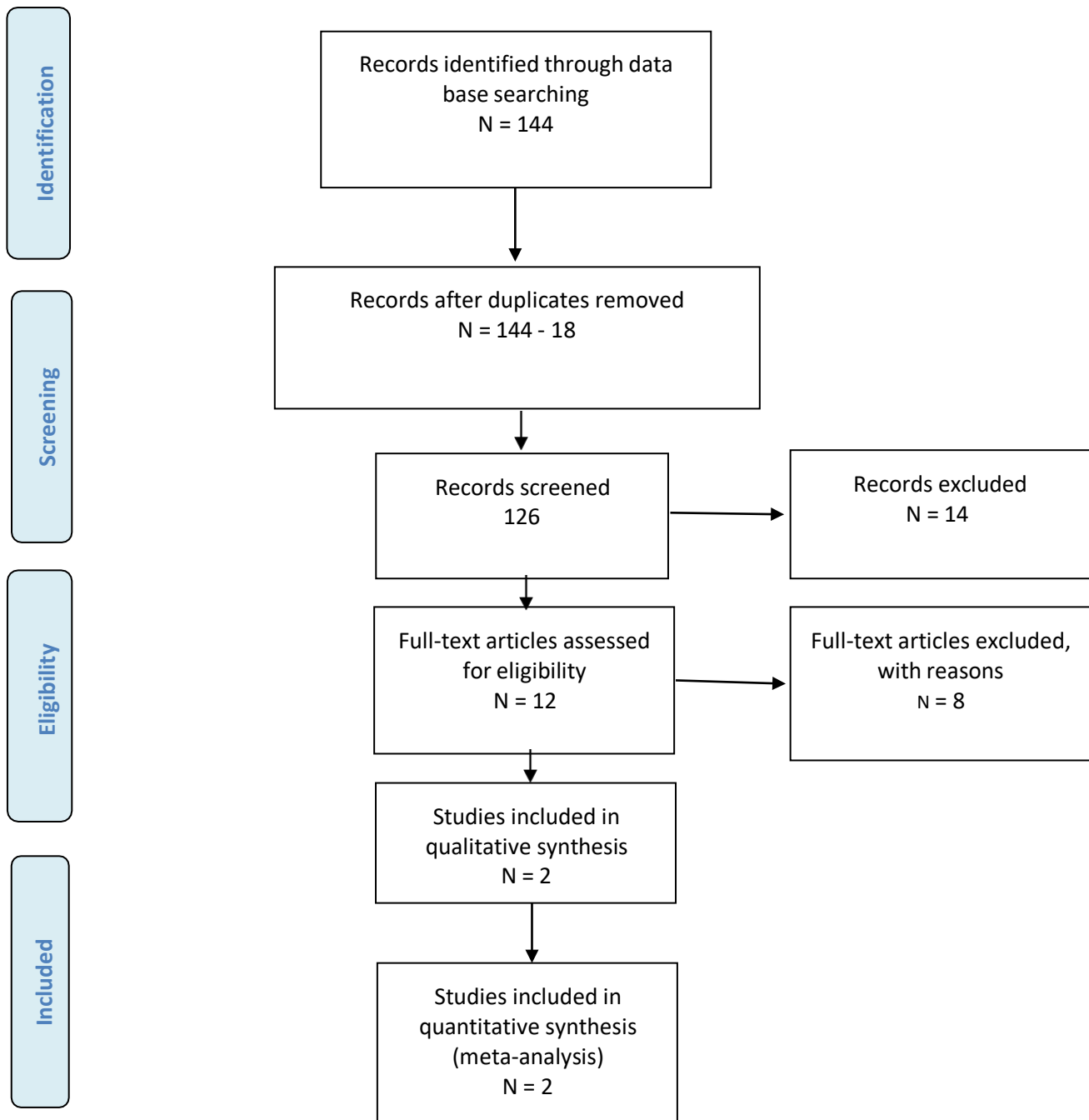
Descritores	Resultados da base de dados
Trangender People - 1	8501
Pregnancy - 2	408178
1 AND 2	144

Do processo descrito resultaram de foram identificados 144 artigos potencialmente relevantes (*identification*). Através da utilização do “PRISMA 2009 Flow Diagram”, presente na Figura N.º 1, procedeu-se à leitura do título e do *abstract* dos 144 artigos (*screening*), dos quais 18 foram eliminados por se encontrarem duplicados e 114 artigos pelo facto de não cumprirem os critérios de inclusão definidos, nem fornecerem contributos para o objetivo definido. Posteriormente procedeu-se à leitura na íntegra de 12 artigos (*eligibility*), tendo sido incluídos nesta revisão 4 estudos (*included*), sendo considerados os que cumpriam os critérios de inclusão e os que mais contributos oferecem à questão e objetivo da revisão. Estes foram classificados de acordo com os níveis de evidência definidos pelo JBI.

Os artigos selecionados encontram-se em resumo nos Quadro N.º 4a e Quadro N.º 4b e foram alvo de uma análise da qualidade metodológica que pode ser consultada no Anexo II – Appendix IV: Data extraction instrument.



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

Quadro N.º 4a – Resumo dos artigos incluídos na SR

<b>Identificação do Artigo</b>	<b>How norms concerning maternity, femininity and cisgender increase stress among lesbian, bisexual women and transgender people with a fear of childbirth</b>	<b>Trans* pregnancy and lactation: a literature review from a nursing perspective</b>
<b>Autor</b>	Anna Malmquist, Johanna Wikströma, Louise Jonssona, Katri Nieminenb	Jesús Manuel García-Acosta, Rosa María San Juan-Valdivia, Alfredo David FernándezMartínez, Nieves Doria Lorenzo Rocha, Maria Elisa Castro-Peraza
<b>País</b>	Suécia	Espanha
<b>Ano</b>	2020	2019
<b>Tipo de Estudo</b>	Qualitativo	Qualitativo
<b>População</b>	17 pessoas LBT auto-identificadas (9 participaram de entrevistas individuais e quatro de entrevistas de casais).	Homens transgénero que experienciaram a gravidez e amamentação.
<b>Metodologia</b>	Um anúncio com breves informações sobre o estudo foi postado em grupos de mídia sociais para famílias LGBT, para recrutar participantes. Todas as entrevistas foram conduzidas pessoalmente.	Os artigos encontrados nesta busca foram obtidos nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde; LILACS; Cuiden; SciELO; PubMed; Web of Science; CINAHL; JBI e MEDLINE.

<b>Tratamento dos Resultados</b>	As entrevistas foram realizadas em 2 contextos diferentes, com o objetivo de obter dados mais abrangentes em indivíduos com medo do parto (FOC- Fear Of Childbirth) entre pessoas de minorias sexuais e de género.	53 estudos científicos abordando aspectos médicos relacionados à gravidez e amamentação em indivíduos transgênero obtidos em artigos, livros e recursos online, dando atenção especial as cuidados de enfermagem durante o período perinatal
<b>Conclusões e sugestões</b>	Os ideais da maternidade e o ideal do parto “natural” podem ser particularmente stressantes para quem tem medo do parto (FOC - Fear Of Childbirth). Normas relativas à feminilidade e ao cisgénero podem contribuir para a FOC entre aquelas que não se conformam confortavelmente com os ideais do corpo feminino ou expressões de género feminino.	Os enfermeiros precisam de mais formação sobre como apoiar pacientes transgênero durante a gravidez e amamentação.
<b>Nível de Evidência segundo JBI</b>	Level of evidence for meaningfulness 2 – Qualitative	Level 4.a – Systematic review of descriptive studies

Quadro N.º 4b – Resumo dos artigos incluídos na SR

<b>Identificação do Artigo</b>	<b>The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia</b>	<b>Preconception, Pregnancy, Birthing, and Lactation Needs of Transgender Men</b>
<b>Autor</b>	Rosie Chartera, Jane M. Ussher, Janette Perz, Kerry Robinson	Lori Rebecca-Diane MacLean
<b>País</b>	Austrália	USA
<b>Ano</b>	2017	2021
<b>Tipo de Estudo</b>	Quantitativo	Qualitativo
<b>População</b>	Homens transgénero que experienciaram a gravidez	Homens transgénero que experienciaram a gravidez
<b>Metodologia</b>	Os participantes foram recrutados na Austrália através da distribuição de informação sobre o estudo junto de comunidades que prestam apoio a grupos transgénero e nas redes sociais.	Os artigos encontrados nesta busca foram obtidos nas seguintes bases de dados: CINAHL, PubMed e Google Scholar.
<b>Tratamento dos Resultados</b>	Questionários online a 25 homens transgénero que experienciaram a gravidez, dos quais 24 deles apenas uma vez e 1 deles por duas vezes. Destes 24 homens transgénero 16 aceitaram ainda realizar entrevistas presenciais.	Identificados 36 artigos, dos quais 9 foram excluídos por não se concentrarem nas necessidades reprodutivas e gravidez em homens transgénero.

<p><b>Conclusões e Sugestões</b></p>	<p>Exclusão, isolamento e solidão foram as características predominantes das experiências de gravidez em homens transgênero. Os sistemas de saúde geralmente não apoiam corpos e identidades trans e os homens transgênero encontram problemas significativos ao interagir com os profissionais de saúde. Como tal, os resultados reforçam a importância de serviços de saúde inclusivos e especializados para apoiar homens trans durante a gravidez.</p>	<p>Segundo os autores as enfermeiras parteiras e os outros prestadores de cuidados de saúde precisam receber informações precisas e amplas oportunidades de formação em sensibilidade transgênero de forma a serem proficientes e dar suporte aos homens transgênero, uma vez que os resultados mostram que estes indivíduos relatam sentimentos de invisibilidade, isolamento e solidão durante a gravidez e puerpério em ambientes de cuidados perinatais.</p>
<p><b>Nível de Evidência segundo JBI</b></p>	<p>Leve lof evidence for meaningfulness 2 –Qualitative</p>	<p>Level 4.a – Systematic review of descriptive studies</p>

Os artigos foram analisados e as interpretações sintetizadas de forma a determinar o conhecimento atual acerca da preparação dos profissionais de saúde na prestação de cuidados de qualidade, de forma individualizada e que respondam às necessidades dos homens transgénero durante a concepção, gravidez, parto e puerpério.

### 3.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através da análise dos artigos seleccionados torna-se evidente que o desejo de se tornarem pais através da gravidez existe entre os homens transgénero, e que estes estão a conseguir engravidar, manter a gravidez e parir após o processo de transição (social, médica ou ambas).

Para os homens transgénero, escolher vivenciar de forma pública a gravidez como homens, é por si só um ato de empoderamento, no qual têm de se envolver numa negociação complexa com a sua identidade masculina, com a realidade dos aspetos médicos e biológicos da gravidez após a transição, e que os coloca numa posição de vulnerabilidade a terem de enfrentar diversos desafios, problemáticas, e discriminação social uma vez que a maternidade, a gravidez e o parto são cercados por expectativas culturais heteronormativas e fortemente associados ao género feminino e à feminilidade (Malmquist, *et al.* 2021, Charter, *et al.* 2017).

Um dos temas que emergiu da análise dos estudos foi a relação entre a disforia de género e a gravidez, com a qual grande parte dos homens transgénero tem de lidar durante a gestação. Dada a forte associação entre a entre feminilidade e gravidez / parto, não é surpreendente que a disforia de género aumente exponencialmente durante a gravidez nos homens transgénero (Malmquist, *et al.* 2021). Segundo Charter *et al.* (2017) para muitos participantes do estudo as mudanças relacionadas com os aspetos físicos da gravidez, tiveram um impacto psicológico e emocional inesperado. Para muitos homens transgénero uma das maiores causas de sofrimento e angústia prendia-se com o facto de o corpo ir ficando cada vez mais feminino e menos masculino à medida que a gravidez ia evoluindo, tornando-se assustador e extremamente difícil de lidar, sendo a gravidez uma experiência avassaladora que agravou e provocou uma disforia completa do corpo.

Para muitos homens transgénero, a terapia hormonal com testosterona é considerada essencial para combater a disforia de género. Charter *et al.* (2017) refere que a diminuição do uso de testosterona e o rápido desenvolvimento da gravidez estão directamente relacionados com o aumento da disforia de género. A utilização de testosterona está associada a melhorias na depressão, na qualidade de vida e na diminuição da ansiedade entre os homens transgénero, assim o desmame da testosterona, de forma a reverter a amenorreia e permitir a ovulação (de forma a que a concepção possa ocorrer), é relatado como um período angustiante.

Segundo MacLean (2021), as mudanças físicas e hormonais associadas à gravidez, tais como o crescimento do tecido mamário e o aumento de peso, podem levar a um sofrimento emocional

significativo para os homens transgênero.

Os “seios/mamas” são sem sombra de dúvida uma característica de afirmação do gênero feminino, assim sendo é compreensível que a maioria dos homens transgênero opte por se submeter a um processo cirúrgico de masculinização do tórax, que difere da mastectomia convencional e da redução mamária, cujo objectivo passa por criar uma mama masculina, mantendo parte da glândula mamária, o que permitirá que eles possam alimentar um RN ao peito no futuro, se assim o desejarem (MacDonald, citado por García-Acosta *et al*, 2019). Precisamente pelo facto de as palavras “seios” e “mamas” se encontrarem fortemente associadas ao gênero feminino, muitos homens transgênero referem-se a esta área como “peito” ou “tórax”, sendo as mudanças físicas associadas a essa zona corporal referidas como as mudanças físicas mais desafiadores da gravidez (Charter, *et al*. 2017).

A escolha de fazer alimentação ao peito é obviamente, uma escolha pessoal, mas que deve ser uma escolha informada e apoiada pelos profissionais de saúde, uma vez que é necessário equilibrar os benefícios de saúde bem conhecidos do leite materno e da alimentação ao peito com os desafios médicos, cirúrgicos, logísticos e sociais que isso pode incorrer para um homem transgênero (Obedin-Maliver & Makadon, 2016). A alimentação ao peito é referida como uma das principais causas de disforia de gênero nos homens transgênero, por ser um papel tradicional e socialmente feminino. Assim, nem todos os homens transgênero que passaram pelo processo de gravidez e parto desejam fazer alimentação ao peito pois para eles representa um ponto de viragem, sendo que a descrevem como uma experiência angustiante e inclusive afirmam ser o pináculo da disforia de gênero (García-Acosta *et al*, 2019). No entanto, outros há, que referem que fazer alimentação ao peito é uma forma natural de fortalecer o vínculo com os seus bebés.

De acordo com Light *et al*. (2014), os homens transgênero referem que a gravidez despoletou um aumento da disforia de gênero, e que para alguns deles essa disforia continuou no período pós-parto. Combinado com sentimentos de isolamento, muitos participantes relataram ter tido depressão pós-parto, que terá sido amplificada pela falta de recursos sensíveis ao gênero.

Segundo Charter *et al*. (2017) uma das formas mais relatada pelos participantes do estudo para lidar com as experiências traumatizantes da disforia associada à gravidez foi o distanciamento e a desassociação dos seus próprios corpos durante a gestação. Para Elklit (1996) e Roger *et al*. (1993), citado por Charter *et al*. (2017) o distanciamento, como estratégia de coping não é incomum ao lidar com fatores de stress acutilantes, sendo inclusivamente visto como um método de coping adaptativo, uma vez que ao criar um distanciamento entre si mesmo e o fator de stress pode fornecer o espaço cognitivo necessário para enfrentar e conseguir ultrapassar experiências desafiantes.

As pessoas que se desviam das normativas de gênero rompem com a suposição social de que a expressão de gênero assenta estritamente no sexo biológico atribuído ao nascimento, assim divergir desta suposição frequentemente leva a uma discriminação aguda e social, aumentando o isolamento e a exclusão social. Desta forma pode afirmar-se que o homem grávido transgride essas mesmas

normativas de género mais de qualquer outro.

Segundo MacLean (2021), as experiências e as necessidades de saúde reprodutiva de homens transgénero que procuram engravidar não são bem compreendidas, o que impede o atendimento perinatal que esta população recebe. Charter *et al.* (2017) refere que os sentimentos de isolamento, discriminação e invisibilidade que os homens transgénero grávidos e parturientes enfrentam expõem as falhas dos sistemas de saúde em apoiar e proporcionar cuidados adequados a esta minoria. A falta de directrizes e melhores práticas de apoio aos cuidados de enfermagem perinatal e de alimentação ao peito para homens transgénero grávidos enfatiza a vulnerabilidade destes indivíduos em ambientes perinatais heteronormativos. Segundo García- Acosta *et al.* (2019) há um número mínimo de estudos científicos relacionados com a atuação dos enfermeiros no que diz respeito ao cuidado da pessoa transgénero, principalmente durante o período perinatal.

O acesso aos cuidados de saúde, de uma forma geral, pode representar um verdadeiro desafio para os homens transgénero, devido à discriminação, rejeição do tratamento e à falta de conhecimento e compreensão cultural por parte dos profissionais de saúde. Muitos profissionais de saúde referem uma falta de preparação e escassez de conhecimento em geral em relação aos cuidados de saúde das pessoas transgénero e a falta de directrizes para o atendimento a estes utentes (García-Acosta *et al.* 2019).

Segundo García-Acosta *et al.* (2019) os serviços de saúde não estão suficientemente familiarizados com as identidades transgénero e exibem problemas ao interagir com estes pacientes, o que dificulta o suporte à transição, principalmente na gravidez de homens transgénero, este facto demonstra a necessidade da criação de ambientes inclusivos e especializados sendo necessário desenvolver sistemas de saúde equitativos, e formar profissionais de saúde com base em evidências científicas.

### 3.4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Segundo Meleis (2000) para compreender as experiências vivenciadas durante as transições é necessário conhecer as condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade em que os indivíduos de inserem, de forma a reconhecer quais podem ser facilitar ou dificultar o processo, para que o indivíduo alcance uma transição saudável, reformulando a sua identidade.

As condições da comunidade e da sociedade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e de estereótipos, podem também dificultar ou facilitar a transição. Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição (Meleis, 2000).

Para Meleis (2000), um processo de transição saudável exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para os indivíduos, assim o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e de sua família, no decorrer do seu ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade. As intervenções de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar.

De acordo com García-Acosta *et al.* (2019) a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde é deveras importante, palavras como “ela”, “mulher”, “mãe”, “mamas”, “amamentar” podem ser encaradas como discriminatórias e inadequadas, daí que o uso adequado dos pronomes de acordo com o género seja muito importante para a inclusão destes indivíduos. Os profissionais de saúde necessitam de fazer um acolhimento adequado, perguntar e documentar a identidade de género do indivíduo, orientação sexual, nome e pronome pelo qual deseja ser tratado. Se algum erro for cometido com o uso de pronomes ou nomes escolhidos, é importante reconhecer, pedir desculpas e corrigir o erro. Aquando da recolha de dados para a história clínica é importante estabelecer um ambiente de confiança e respeito, usando uma linguagem inclusiva de género. Compreender a identidade de género de um indivíduo e usar a terminologia adequada pode melhorar o acesso aos cuidados perinatais para essa população e torná-lo mais inclusivo (MacLean, 2021).

O acesso a profissionais de saúde experientes é outra das chaves para a prestação de cuidados adequados a estes indivíduos. Os profissionais de saúde necessitam de ter um papel ativo, priorizando a educação de forma a compreender e apoiar os corpos transgéneros, as identidades e as necessidades reprodutivas dos mesmos, uma vez que podem influenciar positivamente a saúde

reprodutiva dos homens transgênero e reduzir a marginalização. No entanto, para que isto possa acontecer é importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tenham formação adequada.

Enfermeiros, enfermeiras parteiras (EEESMO) e outros prestadores de cuidados de saúde precisam receber informações precisas e amplas oportunidades de formação em sensibilidade transgênero, de forma a serem proficientes e fornecer o suporte adequado aos homens transgênero (Charter *et al.*, 2017; MacLean, 2021). Como as atualizações de terminologia e os avanços registados na saúde dos indivíduos transgênero, a educação contínua é essencial, desde administradores de saúde até profissionais de saúde. A educação deve estar disponível de várias formas, como cenários de simulação, estudos de caso, oportunidades de auto-reflexão, sessões de formação formal e aprendizagem online.

O aumento da consciência é o primeiro passo para iniciar a mudança no cuidado perinatal. Os enfermeiros podem, e devem, atuar como defensores da mudança para defender as avaliações perinatais de afirmação de género e a inclusão de homens transgênero em modelos de cuidados perinatais (García-Acosta *et al.*, 2019). Exemplos específicos podem incluir fomentar a formação acerca da diversidade de género, reunir dados inclusivos de género em avaliações e sistemas de documentação, como pronomes, identidades de género, nomes escolhidos e sexo atribuído ao nascimento.

Para MacLean (2021), os enfermeiros estão, sem sombra de dúvida, muito bem posicionados para liderar os cuidados informados, criar ambientes clínicos de inclusão, melhorar a visibilidade clínica e de atendimento aos homens transgênero grávidos e defender as melhores práticas inclusivas de enfermagem perinatal.

#### **4. CONCLUSÃO**

Numa reflexão retrospectiva, considero que, para o sucesso da minha aprendizagem ao longo deste EC, foi essencial o esforço de toda a equipa multidisciplinar, dos meus Enfermeiros cooperantes, que se preocuparam em proporcionar oportunidades de aprendizagem, pela formação, disponibilidade e pela partilha do conhecimento, do saber ser e saber fazer, transmitindo-me um verdadeiro testemunho do grande papel que o EEESMO pode ter na SP.

Considero que ao longo deste estágio evoluí pessoal e profissionalmente de forma muito significativa, tendo-me proporcionado momentos muito importantes do meu percurso académico. O facto de ter sido realizado por último relativamente ao contexto do CMEESMO permitiu ainda uma maior consolidação de conhecimentos/competências e articulação do papel enquanto EEESMO, desde a pré-conceção até ao puerpério/período neonatal.

No que diz respeito ao tema abordado para a realização da SR, considero que foi sem dúvida um tremendo desafio para mim, mas gratificante na mesma medida. O facto de não estar desperta para esta realidade, de pouco ou nenhum conhecimento ter acerca dele, e de à medida que ia investigando e procurando ir chegando à conclusão de que também muito pouco havia publicado acerca dele, trouxe-me por vários momentos um receio enorme de não conseguir chegar ao término deste percurso que tão importante é para mim, de não conseguir concretizar o que me havia proposto. Assim findo este trabalho posso concluir que embora difícil e tortuoso os objectivos foram cumpridos.

Com a realização deste trabalho torna-se evidente a necessidade da realização de mais estudos científicos, principalmente no que se refere ao cuidado e aconselhamento prestado por enfermeiros aos homens transgénero grávidos, ou que desejem engravidar e/ou alimentar ao peito. Ao ter por base a teoria das transições de Afaf Meleis denota-se a importância que o enfermeiro, nomeadamente o ESMO, detém em contexto de prática clínica, no sentido de compreender, apoiar, facilitar e permitir um acesso equitativo e inclusivo aos homens transgénero ao longo de todo o processo de concepção, gravidez e puerpério. A teoria das transições de Afaf Meleis norteia o enfermeiro a aprofundar os seus conceitos para evitar instabilidade, devendo ter em consideração padrões de resposta, reconhecer situações críticas e de vulnerabilidade durante o processo de transição e planear ações que favoreçam resultados positivos à saúde.

O estigma e a discriminação social sofridos pelos homens transgénero quando pretendem engravidar, engravidam ou alimentam ao peito, é enorme, e não é diferente no campo da saúde, sendo sem dúvida uma barreira gigantesca no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde por parte destes indivíduos. Enfermeiros e outros profissionais de saúde devem receber formação

especial para aumentar sua consciência de como essa situação deve ser tratada. Devem garantir que a experiência seja percebida como algo comum e habitual, a fim de evitar situações em que o indivíduo se esconda dos outros, e não recorra aos cuidados de saúde o que por sua vez pode que trazer riscos específicos à sua saúde.

Evidencio a importância de mais investigação neste âmbito, uma vez que é uma realidade crescente nos nossos dias, e para a qual devemos estar preparados, de forma a colmatar as lacunas de informação actualmente existentes.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, M; Cardoso, B; Oliveira, G (2016). *Manual de Reanimação Neonatal*. 2ª ed. IBSN 978-989-20-6928-9.
- Al-Salam, Z; et al. (2016). The Golden Hour Approach: Practical Guidelines of the Saudi Neonatology Society on Managing Very Low Birth Weight Infants in the First Hour of Life, *Journal of Clinical Neonatology*, 5 (4), pp 222-229. Acedido a 21 de Outubro de 2020 em [http://www.jcnonweb.com/temp/JClinNeonato154222-4520234\\_123322.pdf](http://www.jcnonweb.com/temp/JClinNeonato154222-4520234_123322.pdf).
- Bento, B. (2008). *O que é a transexualidade*. Brasiliense
- Charter, R., Ussher, J., Perz, J., Robinson, K., (2017). *The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia*. International Journal of Transgenderism. DOI: 10.1080/15532739.2017.1399496
- Costa, P.; et al. (2016). Acolhimento e Cuidado de Enfermagem: um Estudo Fenomenológico. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), pp 2-7. Acedido a 20 de Outubro de 2020 em [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt\\_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf).
- Couto, C. & Carneiro, M. (2017). *Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura*. *Enfermería Global*(47), pp. 552-562.
- Decreto-Lei nº 110/2019. *Diário da República – I Série A*. Ministério da Saúde. Acedido em 10 de Agosto de 2020 em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/110-2019-124539905>;
- Decreto-Lei nº 437/91. *Diário da República – I Série A*. Ministério da Saúde. Acedido em 10 de Agosto de 2021 em <https://dre.pt/application/conteudo/331852>;
- Deliktas, A. &, Kukulcu, K. (2018). *A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia*. *Journal of Advanced Nursing*, 74 (2), pp. 263-278. Acedido em 21 de Outubro de 2020 em doi: 10.1111/jan.13447.
- Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Materno Infantil (2001). *Rede de Referenciação Materno-Infantil*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;
- Direcção-Geral da Saúde (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;
- Fonseca, O. (2019). *Ficha da Unidade Curricular, Estágio I enfermagem em saúde materna e obstétrica na comunidade*. Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém.

- García-Acosta, J., Juan-Valdivia, R., Fernández-Martínez, A., Lorenzo-Rocha, N., Castro-Peraza, M., (2020). *Trans\* Pregnancy and Lactation: A Literature Review from a Nursing Perspective*. International Journal of Environmental Research and Public Health. DOI: 10.3390/ijerph17010044
- Graça, L (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Gomes, M. S., Sousa, F.J., Fraga, F. A., Ribeiro, C. R., Lemos, A. (2021). *Homens transexuais e o acesso aos serviços de saúde: revisão integrativa*. Research, Society and Dvelopment. ISSN 2525-3409
- Gomes, M., Sousa, F., Fraga, F., Ribeiro, C., Lemos, A., (2021). *Homens transexuais e o acesso aos serviços de saúde: revisão integrativa*. Research, Society and Development. DOI: 10.33448/rsd-v10il.12018
- Joanna Briggs Institute (2020). *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Disponível em <https://wiki.joannabriggs.org>;
- Joy, S. (2015). *Abnormal Labor*. American College of Obstetrician and Gynecologists. Acedido em 20 novembro de 2020 em <http://emedicine.medscape.com/article/273053-overview>.
- Light, A., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J., Kerns, J. (2014). *Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female to-Male Gender Transitioning*. Obstetrics & Gynecology. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000540
- Lopes, M. (2016). *Plano de Parto*. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Baptista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, p. 167-169. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- MacLean, L., (2021). *Preconception, Pregnancy, Birthing, and Lactation Needs of Transgender Men*. Nursing for Womens's Health Journal. DOI: 10.1016/j.nwh.2021.01.006
- Malmquist, A., Wikström, J., Jonsson, L., Nieminen, K., (2021). *How norms concerning maternity, femininity and cisgender increase stress among lesbians, bisexual women and transgender people with fear of childbirth*. Midwifery. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102888
- Marques, J; Reynolds, A (2011). *Distócia de Ombros: Uma emergência Obstétrica*. *Revista Acta Média Portuguesa*, 24 (4), pp 613-620.
- Mateus, S., Serra, S. (2017). *Gestão em saúde, liderança e comportamento organizacional para enfermeiros gestores (1ªedição)*. Lisboa: Lusodidacta;

Meleis, A., (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.

Meleis, A., Sawyer, L., et al. (2000). *Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory*, Advances in nursing Science.

Néné, M; et al. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, 1ª Edição. Lisboa: Lidel;

Obedin-Maliver, J., Makadon, H., (2016). *Transgender men and pregnancy*. Obstetric Medicine. DOI: 10.1177/1753495X15612658

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

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo direito ao parto normal – Uma Visão Partilhada*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. Projeto da Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica – Maternidade com Qualidade. Acedido a 20 de Outubro de 2020 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Medidasnaofarmacologicas\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.

Ordem dos Enfermeiros (Sem data). *Realizar precocemente o contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno*. Projeto da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Maternidade com Qualidade. Acedido a 21 de Outubro de 2020 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_PeleaPeleAmamentacao\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.p df](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)>.

Organização Mundial da Saúde (2018). *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>;

Oliveira, L (2012). *O conforto sentido pela mulher em trabalho de parto: sua avaliação e identificação de fatores que o podem influenciar*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Oliveira, L., Oliveira L., Rezende, N., Pereira, T. & Abed, R. (2020). *Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto normal*. Brazilian Journal of Health

Review, 2 (3), pp. 2850-2869.

Parecer nº 275/2010 (2010). *Realização de Cardiotocografia*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Acedido a 20 de Dezembro de 2020 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20275\\_11%2003%202010\\_realiza%c3%a7%c3%a3o%20de%20cardiotocografia\\_ ceesmo%20docx\\_PARECER2 OSITE\\_RevASLN.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20275_11%2003%202010_realiza%c3%a7%c3%a3o%20de%20cardiotocografia_ ceesmo%20docx_PARECER2 OSITE_RevASLN.pdf)

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (1ª edição). Loures: Lusociência;

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 140/2019 de 06 de fevereiro. Diário da República nº35 – II Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nº 391/2019 de 6 de maio. Diário da República nº85 – II Série. Lisboa: Assembleia da República;

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros nº 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República nº181- I Série. Lisboa: Assembleia da República;

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. 26 de janeiro de 2018 – 5ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa;

Rocha, G; *et al.* (2009). Condições de assistência ao recém-nascido na sala de partos - inquérito nacional (2009). *Acta Médica Portuguesa*, 24 (S2), pp. 213-228. Acedido a 20 de Outubro de 2020 em <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1507/1092>.

Santo, S (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto - Resumo do novo consenso da FIGO de 2015, *Revista Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10 (1), pp 8-11. Acedido a 10 de Outubro de 2020 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n1/v10n1a02.pdf>

Silva, A., Nascimento, E. & Coelho, E. (2015) - *Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulher no parto normal*. Esc Anna Nery, 19 (3), pp. 424-431.

Sotto-Mayor, L. (2016). *Gravidez não evolutiva* (1ª edição). Em Néné, Marques e Batista (pp. 266-297). Lisboa: Lidel.

Smeltzer, S; Bare, B (2005) – *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Guanabara Koogan. ISBN 85-277-1057-9.

Torres, M; *et al.* (2018). Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto, *Revista Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 12 (4), pp 277-283. Acedido a 20 de Outubro de 2020 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v12n4/v12n4a05.pdf>.

Zugaib, M (2012). *Obstetrícia*. 2ªed. São Paulo: Manole.

ANEXOS

ANEXO I – Projecto Individual de Estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTAREM



## PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

ESTÁGIO IV - ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA  
NA SALA DE PARTOS

Susete Ferreira Nogueira Pereira

Santarém, Janeiro 2021



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTAREM**



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA  
UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA NA SALA DE  
PARTOS

**PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO GLOBAL**  
ESTÁGIO IV - ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA  
NA SALA DE PARTOS

Susete Ferreira Nogueira Pereira, 17040162

**Orientadora:**

Professora Orientadora Hélia Dias

Santarém, Janeiro 2021

***“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”***

**(José de Alencar)**

## **ABREVIATURAS e SIGLAS**

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EC – Ensino Clínico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

BOO - Bloco Operatório Obstétrico

UOG - Urgência Obstétrica / Ginecológica

RN- Recém-nascido

BSG - Boletim de Saúde da Grávida

TP – Trabalho de Parto

IG – Idade Gestacional

CTG – Cardiotocografia

DG – Diabetes Gestacional

IMG - Interrupção Médica da Gravidez

## ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>1. INTEGRAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO IV – ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ESMO NA SALA DE PARTOS</b> .....	8
<b>2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO ENSINO CLÍNICO E ATIVIDADES A DESENVOLVER</b> .....	9
2.1. PLANO DE ATIVIDADES	10
2.2. CRONOGRAMA DE CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS.....	34
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	41
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	43

## INTRODUÇÃO

A elaboração do presente trabalho, intitulado “Projeto Individual de Estágio”, surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio IV - Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), 2º ano e 2º semestre. Para a consecução do respectivo Ensino Clínico (EC) preconiza-se a sua realização no Bloco Operatório Obstétrico (BOO) / Urgência Obstétrica / Ginecológica do Hospital de Santarém, no período compreendido entre 06 de Janeiro de 2021 e 21 de Maio de 2021.

No sentido de clarificar o significado do respetivo trabalho, torna-se importante definir e caracterizar o conceito de projeto, sendo que este consiste num ato intencional e especificamente humano, sendo a estrutura da ação intencional, precisamente, a projeção, a execução e a avaliação (Alves, 2004). Segundo o mesmo autor (p. 30), “projeto poderá definir-se como um trabalho sistemático e organizado, que deve concretizar-se num conjunto ordenado de atividades”, sendo essas orientadas para um determinado fim, fornecendo assim uma resposta organizada a necessidades ou problemas encontrados. Este caracteriza-se então como um meio de mudança, uma vez que pretende alterar determinados contextos, situações ou resolver problemas reais ou potenciais.

Assim sendo, revela-se de grande pertinência no contexto do EC em Enfermagem, uma vez que se trata de um período de excelência para a consolidação e/ou aquisição de conhecimentos, estabelecimento de metas pessoais e permite direcionar o trabalho desenvolvido para o resultado pretendido.

Neste sentido, destaco para o presente trabalho, e de acordo com o Anexo B da Ficha da Unidade Curricular do Estágio IV, a necessidade do formando: de mobilizar conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados especializados, das metodologias de investigação, formação e gestão; de definir objetivos específicos de forma faseada, de modo a serem atingidos em 3 momentos diferentes, respetivamente na 5ª, 12ª e 20ª semana de estágio; e de contemplar um estudo de uma situação / problema de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com a necessidade e a realidade do contexto de estágio, bem como com as motivações pessoais.

Relativamente aos objetivos gerais do Estágio IV, estes centram-se na prestação de cuidados especializados de enfermagem à parturiente e Recém Nascido (RN) em situação de saúde e doença, na integração da equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença e na elaboração do relatório de estágio.

O Projeto Individual de Estágio, para além de testemunhar um compromisso de ação assumido pela estudante, constituirá um fio condutor da sua conduta ao longo das semanas de

EC. Não se trata de um produto acabado, rígido ou imutável, pelo contrário, constitui antes um processo contínuo, dinâmico e flexível, sujeito a alterações que poderão surgir no decurso do EC, dependendo das situações com que for confrontada, das dificuldades e das oportunidades vivenciadas. Assim sendo, é necessário ter presente que, tão importante como o executar, é o planear dos comportamentos e ações, pois o planeamento constitui um instrumento indispensável a uma boa prestação de cuidados.

Desta forma, com a elaboração do presente documento, pretende-se atingir os seguintes objetivos: definir objetivos gerais e específicos que permitam ao estudante orientar o seu processo de aprendizagem durante o EC, bem como as atividades/estratégias que possa realizar de forma a concretizá-los; orientar a definição dos objetivos gerais e específicos de forma a permitir à estudante o início da construção do Relatório de Estágio IV, bem como das atividades/estratégias e/ou protocolos de pesquisa que possa efetivar numa primeira fase, no prisma da prática baseada na evidência; delinear um trajeto pensado e refletido para a aprendizagem, através de um planeamento sistematizado e cronológico de atividades; partilhar o Projeto Individual de Estágio com os enfermeiros orientadores e com a enfermeira chefe, de forma a dar conhecimento sobre os objetivos/atividades que a estudante detém para o decurso deste EC; orientar para uma avaliação crítica e reflexiva da prática no final do EC.

Em termos de metodologia utilizada, esta consistiu essencialmente: no recurso à Ficha Curricular do Estágio IV e às Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos, ambos da Escola Superior de Saúde de Santarém; na consulta de documentos pertinentes inerentes à prática de Enfermagem Especializada, nomeadamente o regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro - “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, bem como o Regulamento atualizado nº 391/2019 de 3 de Maio - “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica”, da Ordem dos Enfermeiros (OE); bem como a realização de alguma pesquisa bibliográfica relevante e na reflexão e análise introspetiva das necessidades e expectativas individuais, com vista a delinear atividades/ ações, no sentido de alcançar as competências e capacidades preconizadas e preparar-me para um futuro próximo de atividade profissional e de responsabilidade crescente.

Este documento encontra-se dividido em quatro capítulos, nomeadamente: a presente introdução; a “Integração e contextualização da Unidade Curricular Estágio IV – estágio e relatório em ESMO na sala de partos”, no qual serão definidos conceitos fundamentais inerentes à prática de cuidados de Enfermagem Especializada; de seguida, os “Objetivos específicos do Ensino Clínico e atividades a desenvolver”, onde se encontram mencionados os objetivos individuais a atingir, assim como as respetivas estratégias/ atividades para o conseguir, incluindo o “Cronograma de

consecução dos objetivos”, no qual será definido o horizonte temporal para o alcance dos mesmos; e, por último, a sua conclusão.

## **1. INTEGRAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO IV – ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ESMO NA SALA DE PARTOS**

De acordo com Lopes et al. Citado por Gouveia (2011) a preocupação e a intenção de proporcionar uma experiência de parto positiva à mulher e família, com o contributo das orientações emanadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), tem trazido alterações na forma como estas são acompanhadas durante o TP e vistas como seres humanos integrais, autónomos e indivisíveis que são, uma vez que a experiência vivida e os sentimentos experienciados no TP têm um efeito duradouro na vida da mulher, influenciando tanto de forma positiva como negativa as gestações e partos posteriores.

Para Possati et al. (2017), o aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal e a excessiva medicalização do mesmo contribuíram para uma nova forma de parir. Assim as propostas de mudança pela OMS, bem como pelo Ministério da Saúde e alguns órgãos não governamentais, enfatizam o cuidado prestado às mulheres, incluindo o resgate do parto natural, estimulando a atuação do EEESMO e das equipas qualificadas na assistência à gestação e ao parto, de forma a incentivar a que o TP e parto sejam tratados como um processo fisiológico, conduzido a partir da perspectiva da humanização.

De acordo com alguns autores, citado por Néné, M., Marques R. Batista M. (2016), é necessário rever a forma de organização de prática obstétrica para que possam ocorrer mudanças na assistência ao parto que procurem respeitar a fisiologia da mulher e favorecer os interesses de todos os envolvidos. Porém, torna-se necessário não esquecer que o “bom parto”, seja ele por via vaginal ou cesariana, deve ser aquele que assegure, sempre e acima de qualquer coisa, o bem-estar materno-fetal (Patah e Malik citado por Néné M., Marques R. Batista M. , 2016).

Atualmente vivenciamos uma época de grande consternação social, sendo que a OMS declarou a COVID-19 como pandemia no dia 11 de Março de 2020, e neste seguimento têm sido adotadas várias medidas de forma a tentar conter a expansão da doença, sendo que um dos aspetos que tem suscitados maiores dúvidas é o período peri-parto, bem como a abordagem à gravidez, puérpera e RN. Dado o escasso conhecimento científico, as decisões devem ter por base a avaliação clínica, o bom senso, as condições físicas e recursos humanos de cada instituição e ainda as escolhas do casal (após devidamente informados pelos profissionais de saúde), visando minimizar a exposição à infeção por SARS-CoV-2 de grávidas, RN e profissionais de saúde.

A OMS disponibilizou recomendações específicas, com ênfase para uma experiência de parto segura e positiva tais como o direito a um parto digno e respeitado, e à presença de um acompanhante presente durante o parto. No entanto, o fato de as orientações oficiais (para as entidades e profissionais de saúde) por parte da DGS, relacionadas com a COVID-19 e com a

gravidez, parto e aleitamento materno ser suscetível de várias interpretações, está a originar medidas muito diferentes nas diversas instituições hospitalares do SNS, o que a por sua vez aumenta o nível de stress e apreensão das grávidas/parturientes/puérperas, acompanhantes e famílias.

## **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO ENSINO CLÍNICO E ATIVIDADES A DESENVOLVER**

Com vista a contemplar e promover a construção da formação curricular e o desenvolvimento da responsabilidade pessoal e profissional e tendo em conta os interesses e necessidades de aprendizagem individuais, pretendo que, no decurso do meu EC, sejam concretizados os seguintes objetivos específicos:

- **Objetivo Específico 1:** Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional do Bloco Operatório Obstétrico e da Urgência de Obstetrícia / Ginecologia;
- **Objetivo Específico 2:** Integrar a equipa multidisciplinar como elemento ativo na prática de cuidados especializados de ESMO, contribuindo para um clima relacional favorável ao desenvolvimento pessoal e profissional;
- **Objetivo Específico 3:** Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO à grávida/ parturiente aquando da admissão/acolhimento;
- **Objetivo Específico 4:** Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO à parturiente/acompanhante no 1º Estadio do Trabalho de Parto (TP);
- **Objetivo Específico 5:** Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO à parturiente/ acompanhante no 2º Estadio do TP;
- **Objetivo Específico 6:** Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO à parturiente/acompanhante no 3º Estadio do TP;
- **Objetivo Específico 7:** Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO à parturiente/acompanhante no 4º Estadio do TP;
- **Objetivo Específico 8:** Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO imediatos ao RN;
- **Objetivo Específico 9:** Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO em situações de emergência obstétrica;

- **Objetivo Específico 10:** Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO à grávida submetida a Interrupção Médica da Gravidez (IMG)/Aborto tardio;
- **Objetivo Específico 11:** Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da educação para a saúde e da investigação;
- **Objetivo Específico 12:** Desenvolver competências no âmbito da gestão de recursos humanos e materiais;
- **Objetivo Específico 13:** Desenvolver o pensamento crítico e demonstrar uma atitude reflexiva e de avaliação constante no decurso do Estágio IV.

Os objetivos específicos supracitados serão planificados de forma mais detalhada de seguida, sendo que, para cada um deles, se encontram delineados conjuntos de estratégias a utilizar/atividades a desenvolver no sentido da sua consecução, sendo também relacionados, com vista a uma pertinente contextualização, com as respetivas Competências Comuns e Específicas do EEESMO e competências inerentes ao Plano de Estudos do CMESMO e da Unidade Curricular do Estágio IV.

Torna-se imprescindível ter em conta a especificidade do contexto onde irá decorrer, o período de tempo que este momento de aprendizagem contempla e as competências comuns e específicas já adquiridas anteriormente ao longo do meu percurso enquanto profissional e estudante do CMESMO. Os recursos utilizados para a consecução dos objetivos específicos e atividades, de uma maneira geral, passam por: recursos físicos e materiais, incluindo normas e protocolos da unidade em questão, o material identificável e necessário à prestação de cuidados e a documentação e informação em vigor que auxilie na fundamentação da atuação; e, por fim, humanos, envolvendo uma equipa multidisciplinar dinâmica, com ênfase na equipa de Enfermagem e Enfermeiros cooperantes, formanda e utentes.

## PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS	CALENDARIZAÇÃO
<p><b>Objetivo Específico 1:</b>  <b>Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional do Bloco Operatório Obstétrico e da Urgência Obstétrica / Ginecologia;</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recepção e acolhimento no Bloco Operatório Obstétrico pela Enfermeira Chefe e pela Enfermeira cooperante;</li> <li>○ Visita às estruturas físicas do Bloco Operatório Obstétrico e Urgência Obstétrica / Ginecológica e dos serviços adjacentes com os quais se articula, nomeadamente o Internamento de Obstetrícia, Neonatologia e Ala Covid (que possui sala de partos e puerpério);</li> <li>○ Conhecimento da missão, visão e valores institucionais e do serviço;</li> <li>○ Consulta da documentação existente no serviço, tais como normas, protocolos de atuação, entre outros;</li> <li>○ Conhecimento acerca da localização, forma de organização e reposição de materiais, equipamentos e medicação;</li> <li>○ Conhecimento do percurso que as grávidas/puérperas/RN e acompanhantes percorrem dentro da instituição;</li> <li>○ Realização de 1 ou 2 turnos na Urgência Obstétrica / Ginecológica de forma a compreender como se articula e como são encaminhadas as grávidas para o Bloco Operatório Obstétrico;</li> <li>○ Conhecimento, elaboração e validação dos registos de Enfermagem nos sistemas informáticos utilizados no serviço (SClinic, Glintt, OBTraceView), bem como no processo em papel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);</li> <li>○ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2);</li> <li>○ Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional, e ética no seu campo de intervenção (PEC3);</li> <li>○ Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (PEC5).</li> </ul>	<p><b>1ª – 5ª Semana do EC</b></p>

---

<p><b>Objetivo Específico 2:</b> Integrar a equipa multidisciplinar como elemento ativo na prática de cuidados especializados de ESMO, contribuindo para um clima relacional favorável ao desenvolvimento pessoal e profissional;</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Apresentação à equipa multidisciplinar enquanto estudante de CMESMO;</li><li>○ Identificação e articulação, juntamente com os Enfermeiros cooperantes, das principais atividades desenvolvidas pela equipa de Enfermagem e restante equipa multidisciplinar, numa perspetiva holística dos cuidados de saúde;</li><li>○ Integração nos Cuidados Especializados em ESMO, privilegiando o trabalho em equipa, o espírito de interajuda, o respeito e a humildade no estabelecimento de relações interpessoais com os diversos membros da equipa multidisciplinar;</li><li>○ Manutenção de uma postura correta e de uma atitude responsável na inter-relação com a equipa multidisciplinar, como aluna de CMESMO;</li><li>○ Colaboração direta com a equipa multidisciplinar, dando importância ao trabalho de equipa e relevando interesse, disponibilidade, responsabilidade e espírito crítico, segundo uma perspetiva construtiva;</li><li>○ Esclarecimento de dúvidas junto dos elementos da equipa multidisciplinar principalmente da equipa de enfermagem e em particular dos enfermeiros cooperantes, com a finalidade de aumentar a segurança na atuação especializada e em circunstâncias mais específicas;</li><li>○ Manifestação de respeito pela dinâmica e metodologia adotada no serviço, mostrando capacidades adaptativas e postura crítica;</li><li>○ Cumprimento das orientações dadas pelos enfermeiros cooperantes e restante equipa multidisciplinar, com vista ao crescimento profissional e</li></ul>	<p><b>No decorrer de todo o EC</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);</li><li>○ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2);</li><li>○ Desenvolve autoconhecimento e assertividade (D1);</li><li>○ Avalia, divulga e discute os resultados da ação/intervenção (PEC2);</li><li>○ Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional, e ética no seu campo de intervenção(PEC3);</li><li>○ Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (PEC5).</li></ul>
---	--	--

---

aprendizagem face a todas as situações e principalmente as que transmitam dúvidas, demonstrando uma conduta preventiva e antecipatória;

- Partilha de ideias, conhecimentos e opiniões com a equipa de enfermagem e principalmente com os enfermeiros cooperantes, promovendo a reflexão / discussão sobre temas pertinentes.

<p><b>Objetivo Específico 3:</b> <b>Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO à grávida/parturiente quando da admissão/acolhimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Preparação da unidade para receber grávida/parturiente;</li> <li>○ Perceção do motivo do internamento no BOO e recolha de informação clínica obstétrica relevante por parte da equipa multidisciplinar, da utente e pela consulta do processo da mesma;</li> <li>○ Realização do acolhimento à grávida/parturiente na unidade, apresentação do espaço físico e informar sobre o funcionamento, as instalações e as normas do serviço;</li> <li>○ Realização da avaliação inicial da grávida/parturiente através do exame físico e de uma entrevista semiestruturada (incluindo antecedentes pessoais e familiares, tais como patologias com influencia na gravidez, alergias, hábitos de consumos; antecedentes obstétricos; identificação das condições socio-biográficas, tais como idade materna, estado civil, escolaridade, nacionalidade, profissão, idade e profissão do progenitor, condições socioeconómicas), bem como da consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e do processo clínico da utente (idade gestacional (IG), grupo sanguíneo, análises sanguíneas atualizadas, patologias/complicações durante a gestação);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3);</li> <li>○ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);</li> <li>○ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2);</li> <li>○ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2);</li> <li>○ Fundamenta e reflete a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência (PEC1);</li> <li>○ Desenvolve o autoconhecimento, a</li> </ul>	<p><b>No decorrer de todo o EC</b></p> <p><u>1ª semana / 2ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Observação participativa, realização com apoio e supervisão da Enfermeira cooperante, de forma a atingir a autonomia;</li> </ul> <p><u>Da 3ª semana ao final do EC:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização com supervisão dos Enfermeiros</li> </ul>
--	---	---	--

- Esclarecimento de dúvidas e preocupações da grávida/parturiente sempre que forem demonstrados;
- Planeamento dos cuidados de enfermagem especializados e executar;
- Realização dos registos de enfermagem no processo clínico da utente, tanto em suporte informático como em suporte papel.

assertividade e uma prática cooperantes profissional e ética no seu campo de pretendendo-se intervenção (PEC3); uma autonomia crescente.

- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (PEC4);
- Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (PEC5).

<p><b>Objetivo Específico 4:</b></p> <p><b>Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO à parturiente/acompanhante no 1º</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estabelecimento de uma relação empática e de confiança com a parturiente e acompanhante;</li> <li>○ Perceção das vontades/desejos da parturiente para o decorrer do seu TP e parto, nomeadamente se elaborou um plano de parto e quais são os desejos que dele constam, e se são passíveis de ser efetuados, de forma a promover o empoderamento da parturiente para o seu TP e parto;</li> <li>○ Planeamento dos cuidados de enfermagem especializados a executar, tendo em conta os desejos/vontades verbalizados pela parturiente para o seu TP;</li> <li>○ Esclarecimento de dúvidas e prestação de apoio emocional à parturiente e acompanhante, conforme as necessidades verificadas e expostas pelos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3);</li> <li>○ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);</li> <li>○ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2);</li> <li>○ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência</li> </ul>	<p><b>No decorrer de todo o EC</b></p> <p><u>1ª semana / 5ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Observação participativa, realização com apoio e supervisão da Enfermeira cooperante, de forma a atingir a</li> </ul>
---	---	--	--

Estadiodo de Parto (TP)	Trabalho		
	<p>mesmos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realização das Manobras de Leopold para identificação da posição, apresentação e nível de encravamento fetal;</li> <li>○ Avaliação do bem-estarmaterno-fetal através da monitorização cardiocografia (externa ou interna – avaliação da necessidade da colocação de monitorização interna) e da monitorização dos sinais vitais da parturiente;</li> <li>○ Perceção da progressão do TP através do toque vaginal, contemplando a avaliação: dos mecanismos de apagamento e dilatação cervical; das características do colo (espessura, posição e consistência); do tipo de bacia; da integridade das membranas amnióticas; do grau de descida da apresentação e por fim da estática fetal;</li> <li>○ Esclarecimento, incentivo e auxílio da parturiente acerca das medidas não farmacológicas de alívio da dor, tais como musicoterapia, técnicas respiratórias de relaxamento, uso da bola de pilatos;</li> <li>○ Esclarecimento da parturiente acerca das medidas farmacológicas de alívio da dor, como analgésicos sistémicos e analgesia loco-regional (epidural, sequencial, raquianestesia);</li> <li>○ Prestação de cuidados de higiene e conforto à parturiente sempre que necessário;</li> <li>○ Realização de colheitas de sangue para análises sempre que necessário (protocolo de serviço, indicação médica);</li> </ul>	<p>científica(D2);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3);</li> <li>○ Fundamenta e reflete a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência (PEC1);</li> <li>○ Avalia e divulga e discute os resultados da ação/intervenção (PEC2);</li> <li>○ Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (PEC3);</li> <li>○ Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (PEC4);</li> <li>○ Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados</li> </ul>	<p>autonomia;</p> <p><u>Da 5ª semana / 12ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização com apoio e supervisão dos Enfermeiros cooperantes de forma a atingir a autonomia;</li> </ul> <p><u>Da 13ª semana / 20ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização com supervisão dos Enfermeiros cooperantes pretendendo-se uma autonomia crescente.</li> </ul>

- 
- Colaboração com o anestesista na realização da técnica de analgesia loco-regional; (PEC5).
  - Otimização da função urinária, efetuando esvaziamento ou cateterismo vesical sempre que seja necessário;
  - Preparação e administração de terapêutica, nomeadamente perfusão ocitócica, segundo protocolo ou prescrição médica, tendo sempre em atenção os efeitos secundários e o modo de atuação aquando do surgimento dos mesmos;
  - Avaliação da necessidade de amniotomia e realização da mesma, sempre que se justifique, atendendo ao apoio da apresentação e à dilatação do colo;
  - Detecção precoce de complicações inerentes ao 1º Estadio do TP (como distócias dinâmicas e/ou mecânicas, Cardiotocografia (CTG) não tranquilizador), comunicando à equipa médica sempre que se justifique a sua avaliação e intervenção;
  - Prestação de cuidados específicos às parturientes com patologia associada à gravidez, prévia ou concomitante à mesma (tais como Diabetes Gestacional, Hipertensão arterial, Pré-Eclâmpsia, Eclâmpsia, Síndrome de HELLP) de acordo com os protocolos existentes no serviço ou segundo indicação médica;
  - Avaliação dos cuidados prestados perspetivando a sua continuidade, validando e reajustando os mesmos sempre que necessário;
  - Auto avaliação da prestação dos cuidados tendo em vista a identificação
-

de práticas a melhorar ou áreas formativas a aprofundar;

- Discussão deste processo com os enfermeiros cooperantes tendo em vista a melhoria dos cuidados e a crescente autonomia;
- Realização dos registos de enfermagem no processo clínico da utente, tanto em suporte informático como em suporte papel.

**Objetivo Específico 5:**  
**Desenvolver**  
**competências**  
**técnicas, cognitivas e**  
**relacionais no âmbito**  
**da prestação de**  
**cuidados**  
**especializados de**  
**ESMO à parturiente/**  
**acompanhante no 2º**  
**Estadio do TP**

- Reconhecimento dos sinais de instalação do 2º Estadio do TP (incluindo as características do colo, da apresentação, do líquido amniótico);
- Promoção de um ambiente calmo, seguro e tranquilizador à parturiente/acompanhante;
- Planeamento dos cuidados de enfermagem especializados a executartendo em conta os desejos/vontades verbalizados pela parturiente para o seu parto;
- Prestação de apoio emocional à parturiente/acompanhante consoante as necessidades expostas pelos mesmos;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal;
- Ensino e perceção dos esforços expulsivos e da sua eficácia, bem como dos fatores que podem condicionar a duração desta fase (como a eficácia das contrações, a analgesia, a condição física e emocional da parturiente, a paridade e adequação pélvica no TP, o tamanho, a descida e a variedade da apresentação fetal);
- Proporcionar à parturiente, sempre que possível (tendo em conta o bem-estar fetal), a adoção da posição desejada para efetuar os esforços

- Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3);
- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2);
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica(D2);
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3);
- Fundamenta e reflete a prática clínica especializada em saúde

**No decorrer de todo o EC**

1ª semana / 5ª semana:

- Observação participativa, realização com apoio e supervisão da Enfermeira cooperante, deforma a atingir a autonomia;

Da 5ª semana / 12ª semana:

- Realização com apoio e supervisão dos Enfermeiros

expulsivo parto (por exemplo posição de cócoras);

- Preparação e verificação da funcionalidade do material/equipamento necessário para o parto;
- Valorização da importância do acompanhante e em que medida poderá ajudar a parturiente nesta fase;
- Detecção precoce de complicações (tais como desacelerações de recuperação lenta e bradicardia fetal), bem como comunicação dos mesmos à equipa médica;
- Identificação dos sinais do período expulsivo, confirmando a progressão da apresentação (pelo aumento do introito vaginal, abaulamento do períneo e coroação do pólo cefálico);
- Desinfecção cirúrgica das mãos;
- Preparação da mesa de parto;
- Inserção dos campos esterilizados e lavagem do períneo;
- Avaliação do períneo, da necessidade de analgesia do mesmo e eventual execução de episiotomia (médio-lateral), tendo também em conta o desejo da parturiente;
- Proteção do períneo, de forma a tentar evitar lacerações e controlar a expulsão da cabeça fetal através da manobra de Ritgen;
- Identificação da presença de circulares cervicais após a expulsão da cabeça e atuação em conformidade;
- Extração do corpo fetal (extração do ombro anterior e posterior

materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência (PEC1);

- Avalia e divulga e discute os resultados da ação/intervenção(PEC2);
- Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (PEC3);
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (PEC4);
- Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (PEC5).

cooperantes de forma a atingir a autonomia;

Da 13ª semana / 20ª

semana:

- Realização com supervisão dos Enfermeiros cooperantes pretendendo-se uma autonomia crescente.

respetivamente e apoio do corpo fetal);

- Espressão manual das vias aéreas superiores do RN de forma a prevenir a aspiração de secreções/mecónio e promoção da libertação dos mesmos;
- Laqueação do cordão umbilical e corte do mesmo (se possível permitir que este seja efetuado por um dos progenitores, de forma a promover a vinculação precoce), procurando atender à importância da clampagem tardia do cordão na prevenção da anemia neonatal (quando possível);
- Promoção do contato pele e pele entre a díade, incentivando a presença e envolvimento do acompanhante;
- Colheita de sangue do cordão para gasimetria, tipagem sanguínea do RN, teste de Coombs Direto, ou outras análises, sempre que necessário;
- Colheita de sangue e tecido do cordão umbilical para Kit de células estaminais quando solicitado pelos progenitores;
- Avaliação dos cuidados prestados perspetivando a sua continuidade, validando e reajustando os mesmos sempre que necessário;
- Auto avaliação da prestação dos cuidados tendo em vista a identificação de práticas a melhorar ou áreas formativas a aprofundar;
- Discussão deste processo com os enfermeiros cooperantes tendo em vista a melhoria dos cuidados e a crescente autonomia;
- Participação/colaboração em partos distócicos (Ventosas e fórceps).

**Objetivo Específico 6:**  
**Desenvolver**

- Avaliação do bem-estar materno e do RN;
- Vigilância e identificação dos sinais de descolamento da placenta

- Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3);

**No decorrer de todo o EC**

<p><b>competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO à parturiente/acompanhante no 3º Estadio do TP</b></p>	<p>(aplicação da manobra de Brandt-Andrews, se necessário, combinada com tração controlada do cordão umbilical);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realização da dequitação, avaliando o mecanismo de saída (mecanismo de Schultz ou Duncan), verificação da sua integridade e forma, bem como do local de inserção do cordão umbilical;</li> <li>○ Prestação de cuidados pós dequitação:             <ul style="list-style-type: none"> <li>● Confirmação do Globo de Segurança de Pinard;</li> <li>● Administração de perfusão ocitócica, segundo protocolo do serviço;</li> <li>● Avaliação das perdas hemáticas, quantidade e características;</li> <li>● Inspeção do canal de parto e identificação dos tecidos a suturar;</li> <li>● Classificação do tipo de laceração perineal, se existir;</li> <li>● Execução da perineorrafia (quer seja da episiotomia ou de eventuais lacerações do períneo que necessitem de sutura);                 <ul style="list-style-type: none"> <li>● Executar cuidados pós perineorrafia (retirar tamponamento vaginal, executar expressão uterina, reavaliação do Globo de Pinard, prestar cuidados de higiene perineal);</li> <li>● Transferência da puérpera para maca/cama onde irá ficar durante o 4º Estadio do TP;</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ Determinação precoce dos desvios da normalidade e atuação em conformidade;</li> <li>○ Avaliação dos cuidados prestados perspetivando a sua continuidade, validando e reajustando os mesmos sempre que necessário;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);</li> <li>○ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2);</li> <li>○ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2);</li> <li>○ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3);</li> <li>○ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós natal (4);</li> <li>○ Fundamenta e reflete a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência (PEC1);</li> <li>○ Avalia e divulga e discute os resultados da ação/intervenção (PEC2);</li> </ul>	<p><u>1ª semana / 5ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Observação participativa, realização com apoio e supervisão da Enfermeira cooperante, deforma a atingir a autonomia;</li> </ul> <p><u>Da 5ª semana / 12ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização com apoio e supervisão dos Enfermeiros cooperantes de forma a atingir a autonomia;</li> </ul> <p><u>Da 13ª semana / 20ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização com supervisão dos</li> </ul>
--	--	---	--

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auto avaliação da prestação dos cuidados tendo em vista a identificação de práticas a melhorar ou áreas formativas a aprofundar;</li> <li>○ Discussão deste processo com os enfermeiros cooperantes tendo em vista a melhoria dos cuidados e a crescente autonomia;</li> <li>○ Elaboração dos registos relativos ao parto e ao RN no processo clínico informático (incluindo no partograma – sistema informático OBTraceview), e em papel.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (PEC3);</li> <li>○ Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (PEC4);</li> <li>○ Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (PEC5).</li> </ul> | <p>Enfermeiros cooperantes pretendendo-se uma autonomia crescente.</p> |
|--|---|--|

<p><b>Objetivo Específico 7:</b></p> <p><b>Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO à parturiente/acompan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planeamento dos cuidados de enfermagem especializados a executar;</li> <li>○ Promoção do bem-estar físico e emocional da puérpera;</li> <li>○ Prestação de apoio emocional à puérpera/acompanhante, consoante necessidades expostas pelos mesmos;</li> <li>○ Monitorização dos sinais vitais da puérpera;</li> <li>○ Continuação da promoção do contato pele a pele precoce, atendendo aos seus benefícios para a díade;</li> <li>○ Incentivo e promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do RN (se for esse o desejo da puérpera), e orientação da puérpera na adaptação do RN à mama, esclarecendo os sinais de procura e de fome;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3);</li> <li>○ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);</li> <li>○ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2);</li> <li>○ Baseia a sua praxis clínica</li> </ul>	<p><b>No decorrer de todo o EC</b></p> <p><u>1ª semana / 5ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Observação participativa, realização com apoio e supervisão da Enfermeira cooperante,</li> </ul>
--	---	---	---

**hante no 4º Estadio do TP**

- Esclarecimento de dúvidas à puérpera/acompanhante acerca de possíveis dúvidas, preocupações e/ou receios;
- Aplicação de gelo na zona perineal para alívio do desconforto e/ou presença de sinais inflamatórios;
- Remoção do cateter de analgesia loco-regional (se existir);
- Determinação precoce dos desvios da normalidade e atuação em conformidade;
- Avaliação dos cuidados prestados perspetivando a sua continuidade, validando e reajustando os mesmos sempre que necessário;
- Auto avaliação da prestação dos cuidados tendo em vista a identificação de práticas a melhorar ou áreas formativas a aprofundar;
- Discussão deste processo com os enfermeiros cooperantes tendo em vista a melhoria dos cuidados e a crescente autonomia;
- Elaboração dos registos relativos no processo clínico informático e em suporte papel;
- Transferência da puérpera e RN para o serviço de puerpério, comunicando de forma clara, concisa e organizada a informação inerente à avaliação inicial, história clínica e obstétrica, ao trabalho de parto e parto, ao puerpério imediato bem como outras informações relevantes (como por exemplo a necessidade de apoio multidisciplinar que possa ter sido detetada).

- especializada em evidência científica(D2);
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3);
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós natal (4);
- Fundamenta e reflete a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência (PEC1);
- Avalia e divulga e discute os resultados da ação/intervenção(PEC2);
- Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (PEC3);
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (PEC4);
- Gere os cuidados, adapta a

deforma a atingir a autonomia;

Da 5ª semana / 12ª semana:

- Realização com apoio e supervisão dos Enfermeiros cooperantes de forma a atingir a autonomia;

Da 13ª semana / 20ª semana:

- Realização com supervisão dos Enfermeiros cooperantes pretendendo-se uma autonomia crescente.

	liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (PEC5).	
<p><b>Objetivo Específico 8:</b></p> <p><b>Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO imediatos ao RN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Receção do RN em pano quente, secando-o e colocando-o no contato pele e pele (se possível);</li> <li>○ Identificação precoce de situações de risco;</li> <li>○ Colaboração com o Pediatra na Reanimação Neonatal, sempre que necessário;</li> <li>○ Manutenção e avaliação contínuas da permeabilidade das vias aéreas e de uma termorregulação eficaz;</li> <li>○ Promoção do vínculo precoce entre os pais e o RN;</li> <li>○ Observação física do RN (incluindo peso);</li> <li>○ Administração de vitamina K intramuscular, como medida preventiva da doença hemorrágica no RN, conforme protocolo do serviço;</li> <li>○ Prestação de cuidados de higiene ao RN (banho geral) em situações particulares, tais como mães seropositivas ou com Hepatite B;</li> <li>○ Identificação do RN;</li> <li>○ Aquecimento do RN, vestindo as roupas fornecidas pelos progenitores;</li> <li>○ Vigilância da glicémia capilar à 2ª hora de vida em casos de Diabetes Mellitus, DG, RN com peso inferior a 2500gr ou superior a 4000gr, ou sempre que necessário;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3);</li> <li>○ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);</li> <li>○ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2);</li> <li>○ Baseia sua praxis clínica especializada em evidência científica(D2);</li> <li>○ Fundamenta e reflete a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência (PEC1);</li> <li>○ Avalia e divulga e discute os resultados da ação/intervenção(PEC2);</li> </ul>	<p><b>No decorrer de todo o EC</b></p> <p><u>1ª semana / 5ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Observação participativa, realização com apoio e supervisão da Enfermeira cooperante, deforma a atingir a autonomia;</li> </ul> <p><u>Da 5ª semana / 12ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização com apoio e supervisão dos Enfermeiros cooperantes de</li> </ul>

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Participação na transferência intra-hospitalar do RN normal ou de risco;</li> <li>○ Avaliação dos cuidados prestados perspetivando a sua continuidade, validando e reajustando os mesmos sempre que necessário;</li> <li>○ Auto avaliação da prestação dos cuidados tendo em vista a identificação de práticas a melhorar ou áreas formativas a aprofundar;</li> <li>○ Discussão deste processo com os enfermeiros cooperantes tendo em vista a melhoria dos cuidados e a crescente autonomia;</li> <li>○ Elaboração dos registos relativos no processo clínico informático e em suporte papel.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (PEC3);</li> <li>○ Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (PEC4);</li> <li>○ Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (PEC5).</li> </ul> | <p>forma a atingir a autonomia;</p> <p><u>Da 13ª semana / 20ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realização com supervisão dos Enfermeiros cooperantes pretendendo-se uma autonomia crescente.</li> </ul> |
|---|---|---|

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p><b>Objetivo Específico 9:</b></p> <p><b>Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO em situações de emergência</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificação de situações de emergência obstétrica (como por exemplo prolapso do cordão, distócia de ombros);</li> <li>○ Comunicação da situação emergente à equipa multidisciplinar e colaboração na atuação, segundo protocolo do serviço;</li> <li>○ No caso de prolapso do cordão:             <ul style="list-style-type: none"> <li>● Chamar imediatamente ajuda;</li> <li>● Mobilizar a apresentação fetal, empurrando-a para cima e sustentando-a, sem pressionar ou empurrar o cordão umbilical no sentido da cavidade uterina, manter o posicionamento até ao nascimento do RN, manipulando o menos possível a ansa do cordão (cesariana de emergência);</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3);</li> <li>○ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);</li> <li>○ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2);</li> <li>○ Baseia sua praxis clínica</li> </ul> | <p><b>No decorrer de todo o EC</b></p> <p><u>1ª semana / 5ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Observação participativa, realização com apoio e supervisão da Enfermeira cooperante,</li> </ul> |
|---|---|---|---|

**obstétrica**

- Posicionar a parturiente, de preferência em Trendelemburg, de forma a reduzir a pressão sobre o cordão umbilical;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal através do CTG e monitorização dos sinais vitais da parturiente, identificando sinais de sofrimento fetal agudo;
- Transporte da parturiente para o bloco operatório;
- No caso de distócia de ombros:
  - Identificar a presença de distócia de ombros;
  - Chamar ajuda imediatamente;
  - Executar a manobra de McRobets (hiperflexão das coxas sobre o abdômen) em concomitância com a manobra de Rubin I (pressão supra-púbica);
  - Rotação interna (manobra de Rubin II) de forma a extrair o ombro posterior;
- Promoção do bem-estar físico e emocional da parturiente, e gestão do “stress” causado pela situação, bem como ao acompanhante;
- Comunicação de más notícias á parturiente/acompanhante, visando a humanização de cuidados, o respeito pela individualidade e pela perda e/ou sofrimento, bem como a promoção da escuta ativa e partilha de sentimentos e emoções;
- Avaliação dos cuidados prestados perspetivando a sua continuidade, validando e reajustando os mesmos sempre que necessário;

- especializada em evidência científica(D2);
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3);
  - Fundamenta e reflete a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência (PEC1);
  - Avalia e divulga e discute os resultados da ação/intervenção(PEC2);
  - Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (PEC3);
  - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (PEC4);
  - Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados
- deforma a atingir a autonomia;
- Da 5ª semana / 12ª semana:
- Realização com apoio e supervisão dos Enfermeiros cooperantes de forma a atingir a autonomia;
- Da 13ª semana / 20ª semana:
- Realização com supervisão dos Enfermeiros cooperantes pretendendo-se uma autonomia crescente.

- Auto avaliação da prestação dos cuidados tendo em vista a identificação de práticas a melhorar ou áreas formativas a aprofundar;
- Discussão deste processo com os enfermeiros cooperantes tendo em vista a melhoria dos cuidados e a crescente autonomia.

**Objetivo Específico 10:** Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da prestação de cuidados especializados de ESMO à grávida submetida a IMG/Aborto tardio

- Preparação da unidade para receber grávida;
- Perceção do motivo do internamento no BOO e recolha de informação clínica obstétrica relevante por parte da equipa multidisciplinar, da utente e pela consulta do processo da mesma;
- Realização do acolhimento à grávida na unidade, apresentação do espaço físico e informar sobre o funcionamento, as instalações e as normas do serviço;
- Realização da avaliação inicial da grávida através do exame físico e de uma entrevista semiestruturada (incluindo antecedentes pessoais e familiares, tais como patologias com influencia na gravidez, alergias, hábitos de consumos; antecedentes obstétricos; identificação das condições socio-biográficas, tais como idade materna, estado civil, escolaridade, nacionalidade, profissão, idade e profissão do progenitor, condições socioeconómicas), bem como da consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e do processo clínico da utente (idade gestacional (IG), grupo sanguíneo, análises sanguíneas atualizadas, patologias/complicações durante a gestação);
- Avaliação do estado emocional da grávida/acompanhante;

(PEC5).

- Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3);
- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2);
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica(D2);
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3);
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós natal (4);

**No decorrer de todo o EC**

1ª semana / 5ª semana:

- Observação participativa, realização com apoio e supervisão da Enfermeira cooperante, deforma a atingir a autonomia;

Da 5ª semana / 12ª semana:

- Realização com apoio e supervisão dos Enfermeiros cooperantes de

- 
- Planeamento dos cuidados de enfermagem especializados em ESMO congruentes e personalizados à grávida/acompanhante;
  - Implementação dos cuidados especializados em ESMO a prestar à grávida/acompanhante, estabelecendo prioridades para a resolução de problemas/necessidades identificadas;
  - Esclarecimento de dúvidas à grávida/acompanhante, demonstrando capacidades empáticas e de apoio emocional;
  - Identificação e monitorização da evolução da IMG/aborto tardio e de eventuais complicações, atuação de acordo com a situação;
  - Avaliação dos cuidados prestados perspetivando a sua continuidade, validando e reajustando os mesmos sempre que necessário;
  - Administração de perfusão ocitócica ou aplicação de misoprostol, segundo protocolo do serviço;
  - Avaliação das perdas hemáticas, quantidade e características;
  - Colaboração com a equipa médica em caso de necessidade de procedimentos cirúrgicos (como por exemplo dequitação manual por placenta retida, curetagem por restos/membranas fragmentadas);
  - Elaboração dos registos relativos à expulsão do feto e anexos no processo clínico informático e em papel;
  - Auto avaliação da prestação dos cuidados tendo em vista a identificação de práticas a melhorar ou áreas formativas a aprofundar;
  -
- Fundamenta e reflete a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência (PEC1);
  - Avalia e divulga e discute os resultados da ação/intervenção(PEC2);
  - Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (PEC3);
  - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (PEC4);
  - Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (PEC5).
- forma a atingir a autonomia;
- Da 13ª semana / 20ª semana:
- Realização com supervisão dos Enfermeiros cooperantes pretendendo-se uma autonomia crescente.
-

<p><b>Objetivo Específico</b></p> <p><b>11: Desenvolver competências técnicas, cognitivas e relacionais no âmbito da educação para a saúde e da investigação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificação das necessidades no âmbito da educação para a saúde tendo por base os cuidados especializados em ESMO prestados à grávida/parturiente/puérpera/RN no contexto de sala de partos;</li> <li>○ Participação em formação em serviço e/ou projetos em desenvolvimento sempre que seja pertinente e que surja essa possibilidade;</li> <li>○ Desenvolvimento de estudo individual acerca de uma situação/problema de ESMO, de acordo com a necessidade e realidade do contexto de estágio, assim como das motivações pessoais existentes;</li> <li>○ Planeamento da realização do estudo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>● Seleção do grupo-alvo;</li> <li>● Determinação do objetivo de estudo;</li> <li>● Seleção e organização dos conteúdos;</li> <li>● Seleção e aquisição dos recursos;</li> <li>● Apresentação dos resultados obtidos e das estratégias delineadas;</li> </ul> </li> <li>○ Demonstração da importância da investigação na enfermagem, enquanto suporte da prática clínica baseada na evidência;</li> <li>○ Elaboração do relatório de estágio para discussão pública para a obtenção do Grau de Mestre;</li> <li>○ Validação de todo o processo com os enfermeiros cooperantes e com a docente orientadora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);</li> <li>○ Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2);</li> <li>○ Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3);</li> <li>○ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);</li> <li>○ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2);</li> <li>○ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);</li> <li>○ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (3);</li> </ul> <p><b>No decorrer de todo o EC</b></p>
--	--	--

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós natal (4);
- Fundamenta e reflete a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência (PEC1);
- Avalia e divulga e discute os resultados da ação/intervenção(PEC2);
- Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (PEC3);
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (PEC4);
- Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (PEC5).

**Objetivo Específico** ○ Conhecimento da metodologia de trabalho implementada no BOO, da ○ Desenvolve uma prática **No decorrer de todo**

<p><b>12:</b>      <b>Desenvolver</b> <b>competências</b>      <b>no</b> <b>âmbito da gestão de</b> <b>recursos humanos e</b> <b>materiais</b></p>	<p>gestão dos seus recursos humanos e materiais e da articulação existente entre a equipa multidisciplinar ao nível da prestação de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificação do método de organização de trabalho da equipa de enfermagem em vigor;</li> <li>○ Aquisição de conhecimentos acerca da gestão dos recursos humanos e materiais, através da observação e participação na gestão dos mesmos, junto dos enfermeiros cooperantes e da enfermeira chefe;</li> <li>○ Cumprimento com as normas de qualidade definidas, fazendo uso racional dos recursos;</li> <li>○ Atuação de modo a reduzir as situações de risco;</li> <li>○ Colaboração em iniciativas de elaboração e concretização de projetos/atividades de promoção da qualidade de prestação de cuidados;</li> <li>○ Observação e cooperação com a equipa multidisciplinar na gestão de cuidados, utilização das normas em vigor e do sistema informático.</li> </ul>	<p>profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2);</li> <li>○ Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);</li> <li>○ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);</li> <li>○ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2);</li> <li>○ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2);</li> <li>○ Fundamenta e reflete a prática clínica especializada em saúde</li> </ul> <p>o EC</p>
--	--	--

materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência (PEC1);

- Avalia e divulga e discute os resultados da ação/intervenção(PEC2);

- Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (PEC3);

- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (PEC4);

- Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (PEC5).

<p><b>Objetivo Específico</b></p> <p><b>13: Desenvolver o pensamento crítico e demonstrar uma atitude reflexiva e de avaliação constante</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planeamento das atividades a desenvolver no decurso do Estágio IV, definindo um horizonte temporal para o seu alcance, de acordo com as necessidades individuais de aprendizagem, bem como de aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos e competências;</li> <li>○ Validação do planeamento de atividades com os enfermeiros cooperantes, Enfermeira chefe e professora orientadora, proporcionando um momento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3);</li> <li>○ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);</li> <li>○ Adapta a liderança e a gestão dos</li> </ul>	<p><b>No decorrer de todo o EC</b></p>
--	---	---	--

**no decurso do Estágio**

**IV**

reflexivo e de partilha de experiências, expectativas e dificuldades, assim como de reformulação do Projeto Individual de Estágio segundo as orientações fornecidas;

- Participação ativa na própria formação, com vista ao desenvolvimento e enriquecimento de competências;
- Aquisição e aprofundamento de conhecimentos subjacentes a situações novas/imprevisíveis e realização de uma pertinente reflexão sobre as mesmas;
- Consulta de bibliografia científica e mobilização de conhecimentos no sentido de promover um desenvolvimento proactivo, demonstrando interesse e empenho, de acordo com as dificuldades sentidas e temáticas de interesse a desenvolver;
- Auto responsabilização pelo processo de desenvolvimento, demonstrando empenho na procura de situações geradoras de aprendizagem, retirando delas o maior aproveitamento para o desenvolvimento pessoal e profissional;
- Avaliação dos cuidados prestados perspetivando a sua continuidade, validando e reajustando os mesmos sempre que necessário;
- Auto avaliação da prestação dos cuidados tendo em vista a identificação de práticas a melhorar ou áreas formativas a aprofundar;
- Discussão deste processo com os enfermeiros cooperantes tendo em vista a melhoria dos cuidados e a crescente autonomia;
- Partilha de momentos de reflexão e discussão conjuntas, com os

recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados (C2);

- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica(D2);
- Fundamenta e reflete a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência (PEC1);
- Avalia e divulga e discute os resultados da ação/intervenção(PEC2);
- Desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (PEC3);
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (PEC4);
- Gere os cuidados, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a

- enfermeiros cooperantes e restante equipa de enfermagem, sobre os comportamentos e práticas individuais, bem como das práticas observadas; otimização da qualidade dos cuidados (PEC5).
- Realização de momentos reflexivos, com os enfermeiros cooperantes, partilhando ideias, pensamentos e sentimentos em relação ao desenvolvimento do estágio, no sentido de perceber os aspetos a melhorar a nível científico, técnico, relacional e comportamental, para que possa crescer e melhorar a minha prestação, tendo em vista a prestação de cuidados especializados de excelência;
  - Argumentação construtiva e fundamentada das práticas desenvolvidas;
  - Cumprimentos das normal de apresentação pessoal, bem como dos horários preconizados para o EC, procurando ser sempre assídua e pontual;
  - Respeito pela individualidade da pessoa cuidada, pelo sigilo profissional e pelo Código Deontológico do Enfermeiro;
  - Realização de reuniões intercalares com os enfermeiros cooperantes e com a professora orientadora, tendo em vista o crescimento e a melhoria da minha prestação;
  - Elaboração do Relatório Final de Estágio IV, documento de base crítica e reflexiva acerca dos cuidados prestados, competências, experiências e conhecimentos adquiridos no decorrer do EC, do qual irá constar uma Revisão Sistemática da Literatura, pretendendo-se que o documento final reflita a prática baseada na evidências, constituindo-se um documento que irá posteriormente ser submetido a discussão pública para a obtenção do

grau de Mestre.

Plano de Atividades – Quadro 1

**Legenda:**

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019): A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1 e D2

Competências Específicas do EEESMOG (Regulamento nº 127/2011): 3 e 4

Competências inerentes ao Plano de Estudos do CMESMO: PEC1, PEC2, PEC3, PEC4, PEC5

## CRONOGRAMA DE CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS

Neste capítulo, já de seguida, encontram-se representados os objetivos específicos supracitados sob a forma de um cronograma (quadro 2), de forma a planear e estimar o horizonte temporal necessário para o alcance dos mesmos. Com a elaboração do mesmo, no meu ver, torna-se mais fácil, organizado e claro o modo como as minhas atividades ao longo deste Ensino Clínico terão impacto sobre a minha aprendizagem, permitindo o estabelecimento de prioridades e uma maior responsabilização pela consecução das mesmas nos prazos delineados.

	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana	6ª Semana	7ª Semana	8ª Semana	9ª Semana
Objetivos Específicos	04/01/2021	10/01/2021	17/01/2021	24/01/2021	31/01/2021	07/02/2021	14/01/2021	21/02/2021	28/02/2021
	a	a	a	a	a	a	a	a	a
	09/01/2021	16/01/2021	23/01/2021	30/01/2021	06/02/2021	13/02/2021	20/02/2021	27/02/2021	06/03/2021
Objetivo 1									
Objetivo 2									
Objetivo 3									
Objetivo 4									
Objetivo 5									
Objetivo 6									
Objetivo 7									
Objetivo 8									

<b>Objetivo 9</b>									
<b>Objetivo 10</b>									
<b>Objetivo 11</b>									
<b>Objetivo 12</b>									
<b>Objetivo 13</b>									
<b>Elaboração do Projeto Individual de EstágioIV</b>									
<b>Elaboração do Relatório de EstágioIV</b>									

**Projeto Individual de Estágio**

Unidade Curricular Estágio IV: Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos

	10ª Semana	11ª Semana	12ª Semana	13ª Semana	14ª Semana	15ª Semana	16ª Semana	17ª Semana	18ª Semana
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>07/03/2021</b> a <b>13/03/2021</b>	<b>14/03/2021</b> a <b>20/03/2021</b>	<b>21/03/2021</b> a <b>27/03/2021</b>	<b>28/03/2021</b> a <b>03/04/2021</b>	<b>04/04/2021</b> a <b>10/04/2021</b>	<b>11/04/2021</b> a <b>17/04/2021</b>	<b>18/04/2021</b> a <b>24/04/2021</b>	<b>25/04/2021</b> a <b>01/05/2021</b>	<b>02/05/2021</b> a <b>08/05/2021</b>
<b>Objetivo 1</b>				FÉRIAS DA PÁSCOA					
<b>Objetivo 2</b>									
<b>Objetivo 3</b>									
<b>Objetivo 4</b>									
<b>Objetivo 5</b>									
<b>Objetivo 6</b>									
<b>Objetivo 7</b>									
<b>Objetivo 8</b>									
<b>Objetivo 9</b>									




<b>Objetivo 10</b>									
<b>Objetivo 11</b>									
<b>Objetivo 12</b>									
<b>Objetivo 13</b>									
<b>Elaboração do Relatório de Estágio IV</b>									

	<b>19ª Semana</b>	<b>20ª Semana</b>	<b>21ª Semana</b>	
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>09/05/2021</b> a <b>15/05/2021</b>	<b>16/05/2021</b> a <b>22/05/2021</b>	<b>23/05/2021</b> a <b>29/05/2021</b>	
<b>Objetivo 1</b>				
<b>Objetivo 2</b>				
<b>Objetivo 3</b>				
<b>Objetivo 4</b>				
<b>Objetivo 5</b>				
<b>Objetivo 6</b>				
<b>Objetivo 7</b>				
<b>Objetivo 8</b>				
<b>Objetivo 9</b>				

<b>Objetivo 10</b>				
<b>Objetivo 11</b>				
<b>Objetivo 12</b>				
<b>Objetivo 13</b>				
<b>Elaboração do Relatório de Estágio IV</b>				

Cronograma de consecução dos objetivos específicos – Quadro 2

Legenda:

-  Observação participativa
-  Realização das actividades com com apoio dos Enfermeiros Cooperantes
-  Realização das actividades de forma autónoma, com supervisão dos Enfermeiros Cooperantes

### **3. CONCLUSÃO**

A elaboração deste Projeto, desenvolvido no âmbito da UC Estágio IV – Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos, de enfermagem em, constitui-se como uma mais-valia, na medida em que me permitiu, não só identificar as diretrizes que pretendo seguir, bem como planejar e estruturar o meu percurso de desenvolvimento. Deste modo, foi necessário ter em conta e refletir acerca das expectativas, necessidades de aprendizagem e dificuldades sentidas, assim como da necessidade de aperfeiçoamento progressivo e contínuo ao nível profissional e pessoal no âmbito da prática de enfermagem especializada, incluindo a consolidação contínua de conhecimentos teóricos articulados com a prática, tal como a construção de uma identidade profissional baseada na excelência do cuidar.

A elaboração deste documento, que nos acompanhará ao longo do Ensino Clínico, tornar-se-á também a base para a elaboração de um relatório crítico final das atividades desenvolvidas ao longo do mesmo, onde será realizada uma análise fundamentada da capacidade de concretização efetiva dos objetivos propostos, assim como uma avaliação das estratégias adotadas/ atividades desenvolvidas, no sentido de verificar a concordância entre os resultados esperados e os que foram, efetivamente, conseguidos.

Tendo em conta a situação atual em que vivemos, num contexto de pandemia, com todos os cuidados de distanciamento social, diminuição de contactos, etiqueta respiratória, e diminuição da exposição ao risco de contágio, todos os objetivos supra citados que incluem a inclusão do casal/família/comunidade não são passíveis de ser realizados nesses moldes, uma vez que as visitas/ permanência de acompanhantes estão muito limitadas em contexto de internamento. Esta situação acrescenta mais um factor de stress à puerpera/mãe/pai/família que novamente tem de encontrar estratégias de coping para lidar com esta nova realidade que todos temos de enfrentar. Desta forma cabe mais uma vez ao ESMO ser capaz de proporcionar cuidados de forma individualizada, holística, tentando diminuir os níveis de stress, encontrando estratégias para ainda assim, apesar do distanciamento físico, tentar envolver a família da puerpera/mãe e do pai.

Em jeito de conclusão, este documento consciencializou-me para a importância de um instrumento orientador, o qual se tornará também um pilar para a realização da minha autoavaliação posterior, com o intuito de dar a perceber que caminho ainda é necessário

percorrer. Pensa-se, com este, ter atingido de forma positiva os objetivos propostos inicialmente para este projeto e objetiva-se o cumprimento, dentro do que for possível, de todos os pontos deste planeamento, aproveitando ao máximo as oportunidades, experiências e vivências ao alcance. Espera-se, de igual modo, que este Ensino Clínico contribua em larga medida para o enriquecimento enquanto pessoa e enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, sendo ele o marco inicial de um percurso de desafios, mas muito construtivo.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M. (2004). Etapas da Metodologia de Projecto. *Revista O Professor*. Nº 85, Série III, p. 30-37. ISSN 0870-841X
- Direção Geral da Saúde (2020). Orientação nº 018/2020 de 30 de Março de 2020, atualizada a 05 de Junho de 2020. Acedida a 27 de Janeiro de 2021 em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182020-de-30032020.aspx>
- Gouveia, I. (2011). *O Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Promotor de uma experiência de parto positiva*. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Acedido a 09 de Janeiro de 2021 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16053/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%2004-10-2011%20.pdf>.
- Néné, M; Batista, M; Marques, R (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, 1ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Possati, A; et al. (2017). Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Revista de Enfermagem Escola AnnaNery*, 21 (4), pp. 1-6. DOI 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366. Acedido a 08 de Janeiro de 2021 em [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. 20 de Novembro de 2010. Lisboa. Acedido em 09 de Janeiro de 2021 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentooCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentooCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).
- Regulamento n.º 391/2019. Diário da República, II série (85), pp 13560 – 13565, de 03 de Maio de 2019. Acedido a 27 de Janeiro de 2021 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>.
- Regulamento nº 140/2019. Diário da República nº 26, Série II. Acedido a 08 de Janeiro de 2021 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

WorldHealthOrganization(02 Setembro 2020). “WorldHealthOrganization - Q&A on COVID-19, pregnancy,childbirthandbreastfeeding”. Acedido a 27 de Janeiro de 2021 em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeedin>

## ANEXO II – Scoping Review

## Review Title

Os cuidados de saúde prestados a homens transgênero durante a concepção, gravidez, parto e puerpério – Uma Scoping Review

## Reviewers

<sup>1</sup>Susete Pereira

## Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS)

## Review question/objective

Quais são as evidências na área da saúde sobre o cuidar do homem transgênero durante a concepção, gravidez, parto e puerpério?

## Objetivo

Mapear o conhecimento atual acerca desta nova realidade emergente de forma a compreender se quais as evidências existentes na área da saúde sobre os cuidados aos homens transgênero durante a concepção, gravidez, parto e puerpério.

## Key word (MesH Descriptors):

Transgender People (MesH): Persons having a sense of persistent identification with, and expression of, gender-coded behaviors not typically associated with one's anatomical sex at birth, with or without a desire to undergo SEX REASSIGNMENT PROCEDURES.

Pregnancy (MesH): The status during which female mammals carry their developing young (EMBRYOS or FETUSES) in utero before birth, beginning from FERTILIZATION to BIRTH.

## Background

Uma **pessoa transgênero** é um indivíduo que não se identifica com o sexo atribuído ao nascimento, ou seja, vivencia o seu gênero de forma diferente daquele que é socialmente esperado tendo em conta a genitália atribuída ao nascimento. Essa identidade é independente do genótipo, orientação sexual e comportamento (García-Acosta *et al*, 2019). Todos os indivíduos possuem uma genitália, orientação sexual e identidade de gênero, mas os três são independentes (Maliver, J., Makadon, H., 2016).

Um homem transgênero é um indivíduo que se identifica como homem, com os aspectos socioculturalmente atribuídos ao gênero masculino, mas que nasceu com genitália feminina, sendo que o processo de afirmação de gênero pode incluir aspetos sociais, médicos e/ou cirúrgicos. No entanto nem todos os homens transgênero desejam realizar intervenções cirúrgicas (esterilização cirúrgica), assim sendo, muitos podem manter intactos os seus órgãos reprodutores, possibilitando uma gravidez e parto, se assim o desejar (Light *et al*, 2014).

A maternidade, a **gravidez** e o parto estão rodeados de ideologias e expectativas socioculturais, estando fortemente associadas ao gênero feminino e à feminilidade, uma vez que o corpo grávido está socialmente e inquestionavelmente associado à mulher (Malmquist *et al*, 2021). Segundo Charter *et al* (2017) na sociedade ocidental contemporânea, o expoente máximo da feminilidade é baseada na fecundidade, com a maternidade a ocupar uma posição central para a identidade feminina. Assim sendo, a heteronormatividade cria uma expectativa de maternidade para todos aqueles que são identificados como “mulher”, sendo “mulher” e “mãe” sinónimos. Ora este pressuposto levanta uma grande problemática, a gravidez no homem transgênero, uma vez que estes indivíduos não se encaixam nos padrões de heteronormatividade ditados pela sociedade em que vivemos.

O **EEESMO** distingue-se pelas suas competências, que lhe permitem desenvolver uma prática profissional com responsabilidade no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica, prestando cuidados especializados ao longo do ciclo de vida da mulher, o que lhe permite adequar a atuação às necessidades de cada mulher, casal ou família (Néné, Marques & Batista, 2016).

Segundo a OE (2019) é da competência do **Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia**:

*“cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do*

*recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina e 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”.*

Ao analisarmos estas afirmações percebemos que também elas se encontram unicamente direccionadas para a mulher cisgénero (cisgénero - indivíduo que se encontra em concordância com o sexo atribuído à nascença, e com os papéis socialmente assumidos por ele, seja feminino ou masculino), assim sendo, e devido à heteronormatividade, os indivíduos transgénero são excluídos dos modelos parentais e maternos. Portanto, os pais transgénero têm uma posição única que desafia a construção social na qual os sistemas de saúde têm inerentemente atribuído a gravidez e a amamentação à mulher (García-Acosta *et al*, 2019). Ora esta nova problemática leva-nos a perceber os profissionais de saúde, noneadamente os EEESMO precisam de mais formação, e mais específica sobre como apoiar pacientes transgénero durante a gravidez e amamentação, de forma a pudermos prestar cuidados individualizados e com respeito pelos direitos humanos das pessoas transgénero, tais como o direito à dignidade, privacidade, autonomia, integridade física e psicológica e à prevenção da violência de género, para que as barreiras que são sentidas e denunciadas por estes indivíduos sejam superadas (García-Acosta *et al*, 2019).

## **Inclusion criteria**

### **Types of participants**

Homens Transgênero, EEESMO, Profissionais de Saúde

### **Concept:**

Enfermagem, Saúde Materna, Gravidez, Transexualidade, Pessoas Transgênero, Identidade de gênero, Minorias sexuais e de gênero, Dismorfia

### **Context**

Instituições prestadoras de cuidados de saúde

### **Types of studies**

Qualitativos e Quantitativos

## **Search strategy**

### **1. Expressão de pesquisa**

Transgender people **AND** pregnancy

### **2. Bases de dados, respitivos limitadores e datas de pesquisa**

#### **EBSCO**

##### **- CINAHL**

Friso temporal da data de publicação: 2016 a 2021; Resumo disponível; Língua inglesa; Prática baseada em evidências; Humano

##### **- MEDLINE**

Friso temporal da data de publicação: 2016 a 2021; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano;

##### **- NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION: COMPREHENSIVE**

Friso temporal da data de publicação: 2016 a 2021

##### **- MEDICLATINA**

Friso temporal da data de publicação: 2016 a 2021

##### **- LIBRARY**

Friso temporal da data de publicação: 2016 a 2021

Durante a pesquisa foi elaborada uma tabela com os resultados com cada palavra individualmente seguida dos cruzamentos possíveis entre ambas (Appendix I: Inicial Search Strategy).

## Study Selection

A estratégia de pesquisa para a identificação dos artigos mais relevantes foi constituída por quatro fases, na primeira, foi realizado a pesquisa limitada nas bases de dados CINAHL, Medline complete, Mediclatina, Nursing & Allied Health Collection e Library por via EBSCO, onde foram identificados 144 artigos potencialmente relevantes (*identification*). Foram eliminados 18 duplicados e 114 artigos pela leitura do título e resumo (*screening*), pelo facto de não cumprirem os critérios de inclusão definidos. Posteriormente procedeu-se à leitura na íntegra de 12 artigos (*eligibility*), tendo sido incluídos nesta revisão 4 estudos (*included*), foram considerados os que cumpriam os critérios de inclusão e os que mais contributos oferecem à questão e objetivo da revisão.

Os artigos incluídos são:

- Número 1 - How norms concerning maternity, feminity and cisgender increase stress among lesbian, bisexual women and transgender people with a fear of childbirth
- Número 2 - Trans\* pregnancy and lactation: a literature review from a nursing perspective
- Número 6 – The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia
- Número 10 -Preconception, Pregnancy, Birthing, and Lactation Needs of Transgender Men

No appendix III, está esquematizado, através do PRISMA Flow Chart 2009, o processo de seleção dos estudos incluídos na Scoping Review.

## Data collection

Para a colheita de dados de cada artigo selecionado foi utilizado o instrumento: Data extraction instrument (Appendix IV) que tem as seguintes variáveis: Autores, ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologias/métodos, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência alcançado e o contributo para a questão de revisão, que contribuiu essencialmente para validar a qualidade dos dados provenientes das fontes recolhidas.

## **Data synthesis**

O principal objetivo desta Scoping Review é compreender esta nova realidade emergente e se os profissionais de saúde, nomeadamente os EEESMO, estão capacitados para prestar cuidados de qualidade a estas minorias sexuais e de género.

Assim procedeu-se a uma pesquisa na plataforma EBSCO, que inclui as seguintes bases de dados: MEDLINE, NURSING, CINAHL, MEDICLATINA e LIBRARY.

Através da pesquisa efetuada foram selecionados 4 artigos dos quais foram destacadas algumas interpretações. Os artigos foram analisados e as interpretações sintetizadas de forma a determinar o conhecimento atual acerca dos cuidados de saúde prestados, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva durante a preconcepção, gravidez, parto e pós-parto, dos homens transexuais, e se os profissionais de saúde, nomeadamente os EEESMO, se encontram capacitados para prestar cuidados de saúde individualizados e centrados nas necessidades destas minorias.

A análise descritiva dos resultados encontra-se realizada no capítulo 3 do presente trabalho.

## **Conflicts of interest**

Não há conflito de interesses a declarar.

## **Acknowledgements**

A realização desta Scoping Review resultou sem dúvidas de um grande esforço e representou um grande desafio pessoal. Ainda assim só se tornou possível pelo apoio e incentivo de múltiplos intervenientes. A todos e a cada um deles o meu profundo obrigado, estar-lhes-ei eternamente grata.

## References

- Charter, R., Ussher, J., Perz, J., Robinson, K., (2017). *The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia*. International Journal of Transgenderism. DOI: 10.1080/15532739.2017.1399496
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, Edições técnicas e científicas Lda;
- García-Acosta, J., Juan-Valdivia, R., Fernández-Martínez, A., Lorenzo-Rocha, N., Castro-Peraza, M., (2020). *Trans\* Pregnancy and Lactation: A Literature Review from a Nursing Perspective*. International Journal of Environmental Research and Public Health. DOI: 10.3390/ijerph17010044
- Gomes, M., Sousa, F., Fraga, F., Ribeiro, C., Lemos, A., (2021). *Homens transexuais e o acesso aos serviços de saúde: revisão integrativa*. Research, Society and Development. DOI: 10.33448/rsd-v10il.12018
- Light, A., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J., Kerns, J. (2014). *Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female to-Male Gender Transitioning*. Obstetrics & Gynecology. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000540
- MacLean, L., (2021). *Preconception, Pregnancy, Birthing, and Lactation Needs of Transgender Men*. Nursing for Women's Health Journal. DOI: 10.1016/j.nwh.2021.01.006
- Malmquist, A., Wikström, J., Jonsson, L., Nieminen, K., (2021). *How norms concerning maternity, femininity and cisgender increase stress among lesbians, bisexual women and transgender people with fear of childbirth*. Midwifery. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102888
- Néné, M; et al. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 1ª Edição*. Lisboa: Lidel;
- Obedin-Maliver, J., Makadon, H., (2016). *Transgender men and pregnancy*. Obstetric Medicine. DOI: 10.1177/1753495X15612658
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Gody SA
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.

Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*.

Acedido a 28 de Novembro de 2021 e disponível em:

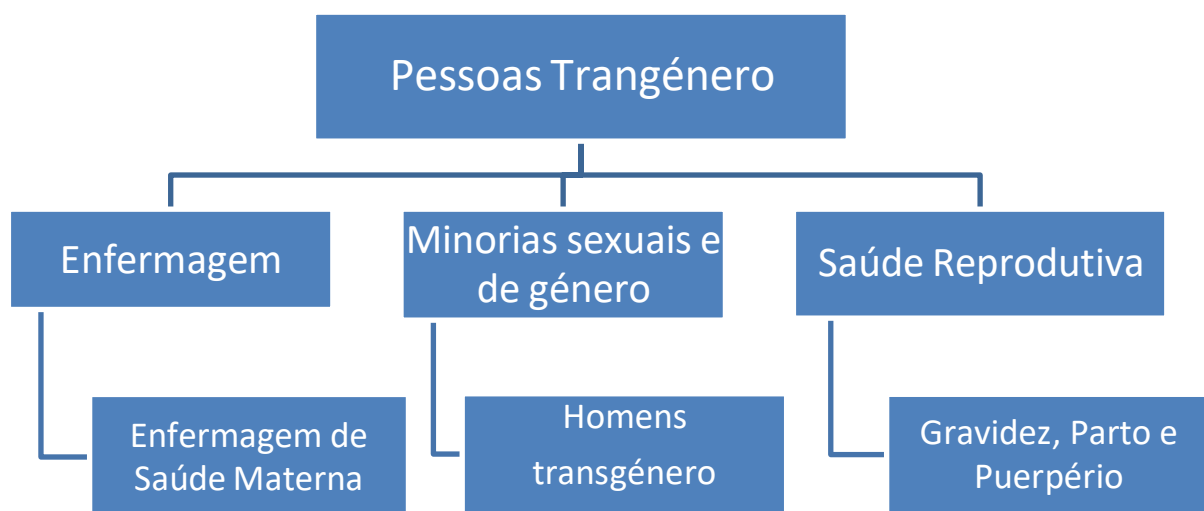
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf);

## Appendix I: Initial Search Strategy

1 – Tópico/ área de interesse: A preparação dos profissionais de saúde, nomeadamente os EEESMO, para cuidar homens transgénero durante a concepção, gravidez, parto e puerpério

2 -

### Mapa Conceptual



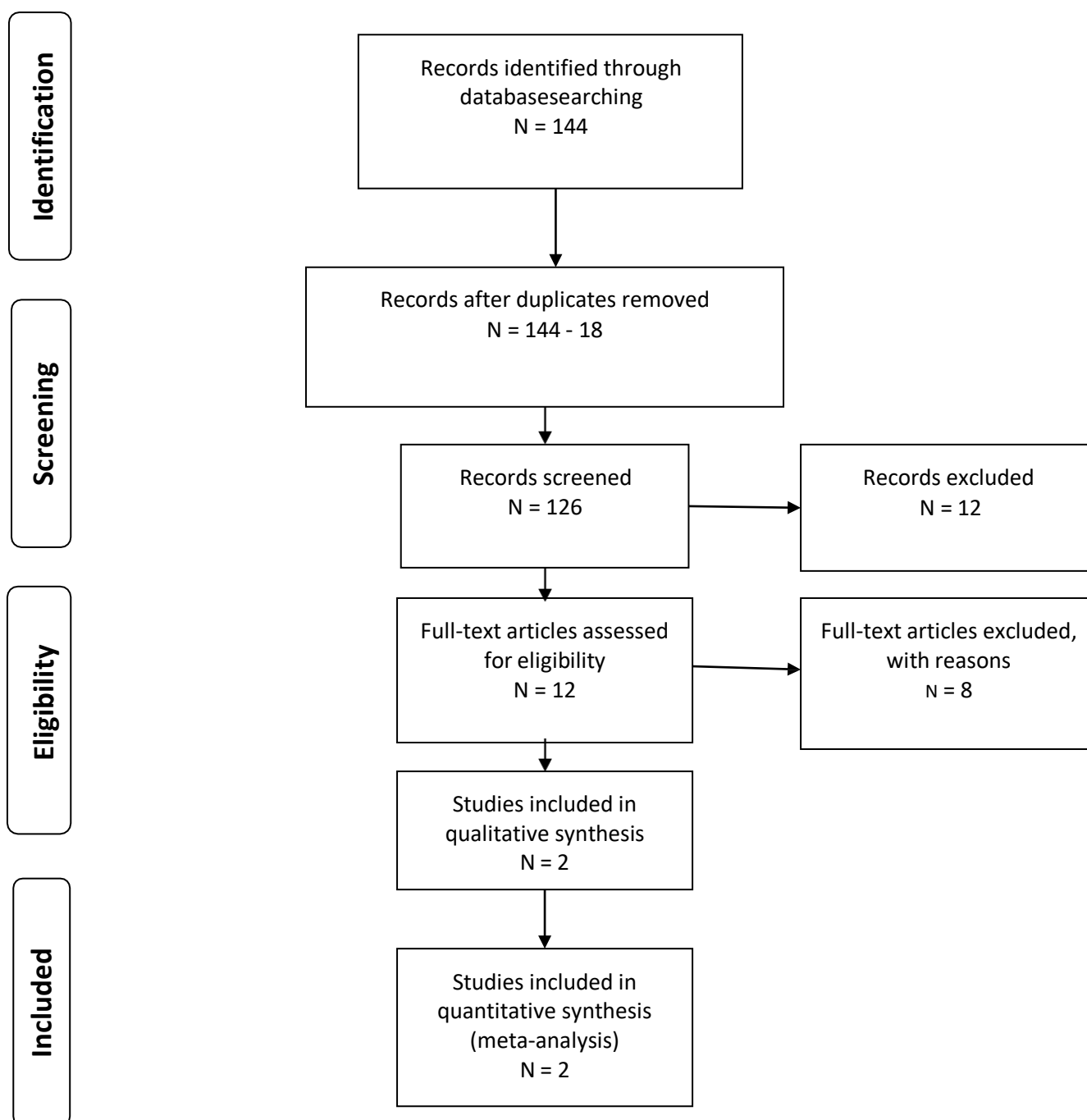
3 – Áreas de Interesse: Enfermagem, Saúde Materna, Gravidez, Pessoas Transgénero (homem transgénero), Identidade de género, Minorias sexuais e de género, Dismorfia

**Appendix II: Appraisal instruments**

Tabela 1 – transgender people **AND** pregnancy

DESCRITORES	EBSCO					
	CIHNAL	NURSING	MEDLINE	MEDICLATINA	COCHRANE	LIBRARY
1 – TRANSGENDER PEOPLE	2963	503	4766	11	59	199
2 – PREGNANCY	113263	7671	246805	2344	37308	787
1 AND 2	51	3	82	0	7	1

Appendix III: PRISMA 2009 FlowDiagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

**Appendix IV: Data extraction instrument**

<p><b>Artigo 1</b> - How norms concerning maternity, femininity and cisgender increase stress among lesbian, bisexual women and transgender people with a fear of childbirth</p>
<p>➤ <b><u>Autores:</u></b> Anna Malmquist, Johanna Wikströma, Louise Jonssona, Katri Nieminen</p>
<p>➤ <b><u>Ano da Publicação:</u></b> Novembro 2020</p>
<p>➤ <b><u>País de origem:</u></b> Suécia</p>
<p>➤ <b><u>Objetivos:</u></b> Explorar e descrever as normas relativas à maternidade, feminilidade em mulheres lésbicas e bissexuais e pessoas transgenero (LBT) designadas como mulheres no nascimento, com um medo expresso do parto (FOC).</p>
<p>➤ <b><u>Metodologia/métodos:</u></b> Trata-se de um estudo qualitativo. Um anúncio com breves informações sobre o estudo foi postado em grupos de mídia sociais para famílias LGBT, para recrutar participantes. Os participantes deram seu consentimento informado por escrito para participar. Todas as entrevistas foram conduzidas pessoalmente. Aplicadas 13 entrevistas qualitativas semiestruturadas com 17 pessoas LBT autoidentificadas. As entrevistas foram realizadas em dois contextos diferentes. A primeira foi realizada em 2010, foram entrevistados casais suecos com pais do mesmo sexo (feminino). As entrevistas não se focaram especificamente no FOC, no entanto o tema surgiu espontaneamente por 4 participantes. Com o objetivo de obter dados mais abrangentes em FOC entre pessoas de minorias sexuais e de gênero, os pesquisadores realizaram entrevistas adicionais. Foi iniciado um projeto de pesquisa focado especificamente neste tema. Dez entrevistas foram realizadas com onze participantes (nove entrevistas solo e uma entrevista de casal).</p>
<p>➤ <b><u>Fontes de pesquisa utilizadas:</u></b> Grupos de mídia sociais para famílias LGBT</p>

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“When talking about their FOC, the participants described fears commonly recognized in the literature on FOC (Saisto and Halmesmäki, 2003), such as fear of intense pain, injury, loss of control, and death. In addition to these general fears, the participants described experiences of minority stress, and explained how fear of deficient treatment based on their sexual and/or gender minority status placed further strain on their pregnancies and births.”

“In this article, another aspect of their vulnerability is explored, namely how norms about naturalness, cisgender and femininity have affected the participants prior to, during and after pregnancy and childbirth. The participants described how these norms were stressful for them, and added an extra dimension to their FOC.”

“Several participants described how pregnant bodies are seen as particularly feminine bodies. Female-coded attributes increase during pregnancy, both in terms of bodily changes, such as larger breasts, and in terms of feminine design of pregnancy cloths. Added to this, a pregnant person is expected to identify as a woman. About half of the participants described how these norms had made it difficult for them to affirm their gender identity and/or gender expression during pregnancy and childbirth, and described how these experiences added stress to their FOC. These participants had an androgynous or masculine gender expression or gender identity. They feared that pregnancy would increase body dysphoria and that they would feel uncomfortable with being perceived as feminine and/or as women. Some described how their fears had been realized during pregnancy, which had been difficult for them to handle.”

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Level of evidence for meaningfulness 3 – Single qualitative study

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

O impacto das normas cisgénero na gravidez e no parto pode ser particularmente perturbador para homens transgénero.

Alguns participantes referem que, como homens transgénero, e tendo em conta a sociedade cisnormativa em que vivemos, se deparam com a suposição de que não deveriam querer ou poder engravidar, ou sequer ter acesso a tratamentos de reprodução assistida. Descrevem que a decisão de manter os seus órgãos reprodutores, no processo de transição, foi recebida com questionamento, vergonha e nojo por parte das outras pessoas, incluindo profissionais de saúde. Inclusive alguns profissionais de saúde tendem a pressionar os homens transgénero a efectuar uma esterilização cirúrgica.

Há ainda relatos de homens transgénero que referem temer ser tratado de forma desrespeitosa pela equipa de saúde, questionando a sua identidade de género, durante a sua gravidez e parto.

O medo de não ser tratado com respeito como homem transgênero durante o parto é umas das principais razões para o FOC.

Dada a forte associação entre feminilidade e gravidez / parto, não é surpreendente que a disforia de gênero frequentemente aumente durante a gravidez e que os homens transgênero possam experimentar incogruência de gênero durante a gravidez.

Partes íntimas do corpo são expostas durante o parto, e o medo de ter as partes do corpo vistas, examinadas ou rotuladas de uma forma desconfortável pode ser extremamente stressante para os homens transgênero.

Cuidadores bem informados e sensíveis podem fazer uma diferença importante na forma como as pessoas LBT vivenciam a gravidez, o parto e a paternidade. A disforia de gênero deve ser reconhecida e incluída no tratamento de FOC e outras intervenções de preparação do parto para essas pessoas. As preferências individuais para um uso neutro de gênero ou alternativo de palavras normativas de gênero devem ser respeitadas.

A disforia de gênero frequentemente aumenta durante a gravidez e pode aumentar a FOC.

**Artigo 2 - Trans\* pregnancy and lactation: a literature review from a nursing perspective**

➤ **Autores:**

Jesús Manuel García-Acosta, Rosa María San Juan-Valdivia, Alfredo David Fernández-Martínez, Nieves Doria Lorenzo-Rocha, Maria Elisa Castro-Peraza

➤ **Ano da Publicação:**

Dezembro 2019

➤ **País de origem:**

Espanha

➤ **Objetivos:**

O objetivo do presente estudo é explorar a literatura científica existente sobre os processos de amamentação e gravidez em indivíduos transgênero e as recomendações para cuidados perinatais.

➤ **Metodologia/métodos:**

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura.

As palavras-chave/descriptores (MeSH) utilizados para a busca foram: Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Cuidado perinatal; Indivíduos transgêneros; Lactação; Amamentação; Gravidez; e Disforia de gênero. Foram incluídos estudos qualitativos e quantitativos sem descrição de datas de publicação e idiomas.

Foram identificados 212 estudos com o objetivo principal de gravidez transgênero e amamentação; após a leitura crítica dos documentos, foram incluídos um total de 53 estudos científicos abordando aspectos médicos relacionados à gravidez e amamentação em indivíduos transgênero obtidos em artigos, livros e recursos online, dando atenção especial aos cuidados de enfermagem durante o cuidado perinatal em esta revisão.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Os artigos encontrados nesta busca foram obtidos nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde; LILACS; Cuiden; SciELO; PubMed; Web of Science; CINAHL; JBI e MEDLINE.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“The main results of this search are included in the following sections which will be treated below: gestation and lactation in trans\* men, the breastfeeding process in trans\* women, barriers in healthcare, and recommendations on breastfeeding and chestfeeding.”

“(…)the majority of trans\* men choose to undergo a surgical process of chest masculinization,

which differs from a conventional mastectomy or breast reduction in that the goal is to create a male breast, maintaining part of the mammary gland, which will also allow them to chestfeed in the future if they wish.”

“Not all trans\* men who have give birth want to chestfeed. Sometimes, this fact results from mental health issues and feelings of dysphoria. (...)however, wish to chestfeed, choosing to avoid chest masculinization surgery in order to be able to produce enough milk.”

“A strategy for the management of dysphoria generated by breast augmentation involves the use of a bandage or a compressive elastic garment to flatten the breasts, which is known as a “chest binder” or “binder.”(...) In addition to the binder, many trans\* men resort to coping strategies in view of the visibility of their pregnancy, such as: impersonating cisgender women; going unnoticed as an obese cisgender man; or becoming visible as a trans\* pregnant man.”

“Many trans\* men do not want to chestfeed because they recognize that chestfeeding is a turning point. They describe it as an anguishing experience and even claim to be the pinnacle of gender dysphoria, which leads them to suppress chestfeeding.”

“Gaining access to healthcare, in general terms, can be a real challenge, especially for trans\* men, due to discrimination, rejection of treatment, and lack of knowledge and cultural understanding on the part of health professionals. In this sense, there are investigations that have pointed out stigmatization, violence, oppression, and discrimination against this population that faces unique and specific barriers when receiving healthcare, such as misinformation about the short- and long-term effects of testosterone in the reproductive organs, the ease of conception, pregnancy, mental health, and the lactation process.”

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Level 4.a – Systematic review of descriptive studies

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Os enfermeiros precisam de mais formação sobre como apoiar pacientes transgenero durante a gravidez e amamentação.

Conforme evidenciado na literatura, as escolas de ciências da saúde têm dedicado pouco tempo ao ensino no que diz respeito a questões de saúde relacionadas a indivíduos transgénero. A OMS considera especialmente necessária a formação de profissionais de saúde no que se refere aos direitos humanos das pessoas transgénero, como o direito à dignidade, privacidade, autonomia, integridade física e psicológica e prevenção da violência de género, para que as barreiras que são percebidas e relatadas por esses indivíduos sejam superadas.

O presente estudo evidencia a necessidade de realização de estudos nas ciências da saúde, principalmente no que se refere ao cuidado e aconselhamento prestado por enfermeiros às pessoas transgênero grávidas que desejam amamentar.

O estigma e a discriminação social sofridos pelos homens transgênero quando engravidam e a amamentam aumentaram. Esse estigma e rejeição não são diferentes no campo da saúde, que é uma barreira para a saúde. Enfermeiros e outros profissionais de saúde devem receber formação especial. Devem garantir que a experiência seja percebida como algo comum e habitual, a fim de evitar situações em que o indivíduo se esconda dos outros, disfarce o peito ou use ligaduras compressivas, que trazem riscos específicos à saúde.

Muitas das dificuldades que os indivíduos transgênero enfrentam no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde e aos cuidados recebidos são decorrentes da cultura da heteronormatividade, do binarismo e da cissexualidade predominante.

Há uma falta de formação nos currículos atuais de ciências da saúde a esse respeito. Se os profissionais de saúde fossem treinados sobre a diversidade sexual e de gênero, o uso de linguagem inclusiva e as múltiplas possibilidades de gravidez e amamentação entre indivíduos transgênero, os cuidados com a saúde seriam melhorados e tratamentos adequados seriam prescritos.

**Artigo 6** -The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia

➤ **Autores:**

Rosie Chartera, Jane M. Ussher, Janette Perz, Kerry Robinson

➤ **Ano da Publicação:**

2017

➤ **País de origem:**

Austrália

➤ **Objetivos:**

Abordar a lacuna na literatura, abordando as seguintes questões de pesquisa: como os homens transgênero australianos constroem e vivenciam seu desejo de paternidade? E como os homens trans australianos constroem e vivenciam a gestação?

➤ **Metodologia/métodos:**

Método de investigação - metanálise.

Os participantes foram recrutados na Austrália através da distribuição de informação sobre o estudo junto de comunidades que prestam apoio a grupos transgênero e nas redes sociais.

Foram aplicados questionários online a 25 homens transgênero que experienciaram a gravidez, dos quais 24 deles apenas uma vez e um deles duas vezes. Destes 16 aceitaram ainda realizar entrevistas presenciais. As idades variaram entre os 24 e os 46 anos.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Comunidades que prestam apoio a grupos transgênero e redes sociais.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“(…)there is still little known about the experiences of Australian trans men negotiating parenthood and gestational pregnancy, the focus of this article.”

“Transitioning is a process, rather than a single event, and can take a variety of forms.”

“Health organizations, such as The World Professional Association for Transgender Health (2011), and the Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2015) have recommended that healthcare providers (HCPs) counsel their trans patients about their fertility preservation options before commencing transition.”

“(…)with some researchers concluding that trans men, and the broader trans community, are “invisible” within health research.”

“Thus, a trans man who wishes to become a parent through a gestational pregnancy is disruptive to

heteronormative ideals.”

“For these participants, pregnancy was an overwhelming experience that compounded and complicated what Regan termed the experience of a “complete dysphoria of the body”.”

“Trans men who make the decision to become parents must do so whilst navigating in a world designed to exclude. Healthcare systems are not generally supportive of trans bodies and identities (...)”

➤ ***Nível de Evidência alcançado (se aplicável):***

Level of evidence for meaningfulness 2 – Qualitative

➤ ***Contributo para a questão de revisão:***

Para participantes do estudo, a paternidade foi inicialmente descrita como alienante e complexa; no entanto, a transição permitiu aos participantes negociar e construir sua própria identidade parental.

A gravidez foi posicionada como um “sacrifício funcional”, mas problemático; no entanto, as experiências formais dos tratamentos de reprodução assistida estavam repletas de exclusão. Exclusão, isolamento e solidão foram as características predominantes das experiências de gravidez de homens transgênero. Os sistemas de saúde geralmente não apoiam corpos e identidades transgênero e os homens transgênero encontram problemas significativos ao interagir com os profissionais de saúde. Assim, os resultados reforçam a importância de serviços de saúde inclusivos e especializados para apoiar os homens transgênero durante a gravidez.

Artigo 10 - Preconception, Pregnancy, Birthing, and Lactation Needs of Transgender Men
<p>➤ <b><u>Autores:</u></b></p> <p>Lori Rebecca-Diane MacLean</p>
<p>➤ <b><u>Ano da Publicação:</u></b></p> <p>Abril 2021</p>
<p>➤ <b><u>País de origem:</u></b></p> <p>USA</p>
<p>➤ <b><u>Objetivos:</u></b></p> <p>Explorar as necessidades de saúde reprodutiva dos homens transgênero relacionadas aos desejos reprodutivos, contracepção, planeamento familiar, preservação da fertilidade, gravidez, parto e amamentação.</p>
<p>➤ <b><u>Metodologia/métodos:</u></b></p> <p>Trata-se de uma revisão sistemática da literatura.</p> <p>As palavras-chave/descriptores utilizados para a busca foram: “transgender men”, “transmasculine”, “pregnancy”, “pregnant”, “birth”, “reproductive needs”, “perinatal”, “postpartum”, “experiences”, e “family planning.”.</p> <p>Foram identificados 36 artigos; 9 foram excluídos por não se concentrarem em homens transgênero relacionados às necessidades reprodutivas e gravidez, e 27 foram incluídos nesta revisão.</p>
<p>➤ <b><u>Fontes de pesquisa utilizadas:</u></b></p> <p>Os artigos encontrados nesta busca foram obtidos nas seguintes bases de dados: CINAHL, PubMed e Google Scholar.</p>
<p>➤ <b><u>Interpretação desenvolvida:</u></b></p> <p>“Researchers have explored the structural, social, and interpersonal barriers to care that exist for pregnant transgender men.”</p> <p>“Gender dysphoria describes the discomfort or anxiety that individuals can experience when their gender expression or identity does not align with their assigned sex at birth.”</p> <p>“The literature also indicates that pregnant transgender men in the United States accessed midwifery care more than the cisgender population. This is a unique finding that necessitates further exploration as to why it is occurring. If transgender men are gravitating toward midwifery</p>

care, providers should be examining how the midwifery model of care supports pregnant transgender men to understand their needs and translate these findings into practice.”

“Authors of many studies noted that transgender men need individualized care related to gender transitioning, contraception, pregnancy, birth, and chestfeeding, which refers to feeding an infant at the chest.”

“The literature shows an unmet need for counseling on reproductive desires and fertility preservation for transgender men before transitioning, especially among adolescents and youth.”

➤ ***Nível de Evidência alcançado (se aplicável):***

Level 4.a – Systematic review of descriptive studies

➤ ***Contributo para a questão de revisão:***

Segundo os autores as enfermeiras-parteiras e outros prestadores de cuidados de saúde precisam receber informações precisas e amplas oportunidades de formação em sensibilidade transgênero para serem proficientes e dar suporte aos homens transgênero, uma vez que os resultados mostram que homens transgêneros grávidos e parturientes relatam sentimentos de invisibilidade, isolamento e solidão em ambientes de cuidados perinatais.

Os enfermeiros podem atuar como defensores da mudança para defender as avaliações perinatais de afirmação de gênero e a inclusão de homens transgenero em modelos de cuidados perinatais.

Os enfermeiros estão bem posicionados para liderar cuidados informados e defender as melhores práticas inclusivas de enfermagem perinatal.