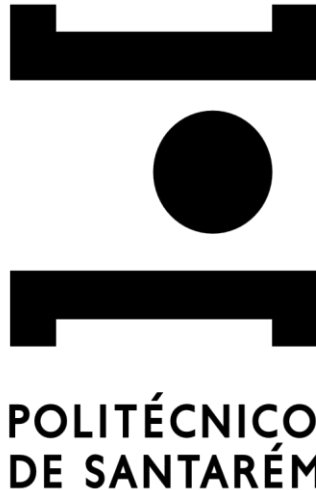


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde de Santarém



**PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE:
A INFLUÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO**

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Mariana José Rodrigues

Orientação:

Teresa Margarida Inácio Silva Carreira

Dezembro, 2023

Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer
Michel Odent

Agradecimentos

Quero agradecer

Às Mulheres, famílias e recém-nascidos que fizeram parte do início desta minha caminhada, sem elas e eles nunca seria possível.

À professora Teresa Carreira pelo acompanhamento durante o estágio e a realização da presente tese.

Às Enfermeiras cooperantes, Nélia e Rosa, por me terem transmitido os seus conhecimentos e sabedoria.

À restante equipa do Bloco de Partos e Urgência Obstétrica pelo apoio e disponibilidade transmitida.

À equipa da Medicina Interna III, pelo apoio emocional e por facilitarem as trocas para que fosse possível atingir esta conquista.

À colega e amiga Cláudia, que o mestrado me ofereceu, pela paciência para me ouvir e pela partilha de conhecimentos.

Aos meus amigos, pela compreensão das ausências e pela motivação para que conseguisse alcançar esta etapa.

À Manuela pela amizade e por estar sempre presente nas minhas conquistas.

Ao Tiago pelo amor e ombro amigo durante esta batalha.

Aos meus pais e às minhas irmãs, pelo apoio e amor incondicional e por me apoiarem em todos os meus sonhos.

Ao meu afilhado, Lucas, por cada abraço e sorriso.

A todos o meu sincero OBRIGADA!

ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BP – Bloco de Partos

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção - Geral da Saúde

EBSCO/EBSCOhost – Elton Bryson Stephens Company / Elton Bryson Stephens
Company Host

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HIV – Virus de Imunoficiência Humana

IPSantarém – Instituto Politécnico de Santarém

ITP – Indução do Trabalho de Parto

JBI - Joanna Briggs Institute

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH – Medical Subject Headings

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPP – Preparação para o Parto e Parentalidade

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RN – Recém-nascido

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TP – Trabalho de Parto

RESUMO

A Preparação para o Parto e Parentalidade assume um papel fundamental na capacitação da mulher/casal para estes vivenciarem e experienciarem o parto de forma positiva e responsável. Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é o profissional mais habilitado, tornando-se agente promotor de saúde, ao nível da gravidez, parto e adaptação à parentalidade. Assim, afigurou-se pertinente desenvolver uma ‘Scoping Review’ subordinada à questão: “Qual a influência da preparação para o parto e parentalidade na mulher no trabalho de parto e parto?”. Os resultados comprovam diversos benefícios: aumento de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas, diminuição de sentimentos negativos, promoção do conforto e alívio da dor, desenvolvimento do autocontrolo e autoeficácia na tomada de decisão e de ações durante o trabalho de parto/parto. O desenvolvimento destes aspetos é essencial para promover a saúde e o bem-estar materno-fetal, contribuindo para a satisfação da mulher e casal na experiência de parto.

PALAVRAS-CHAVES: Educação pré-natal; Preparação Para o Parto e Parentalidade; Trabalho de Parto; Parto; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ABSTRACT

Childbirth and Parenting Classes plays a fundamental role in empowering women/couples to experience childbirth in a positive and responsible way. The Midwife is the most qualified professional, becoming a health-promoting agent in terms of pregnancy, childbirth and adaptation to parenthood. It therefore seemed pertinent to carry out a 'Scoping Review' on the question: "What is the influence of Childbirth and Parenting Classes have on labor and childbirth?". The results show several benefits: increased knowledge, clarification of doubts, reduction of negative feelings, promotion of comfort and pain relief, development of self-control and self-efficacy in decision-making and actions during labour/childbirth. Developing these aspects is essential for promoting maternal and fetal health and well-being, contributing to the satisfaction of women and couples during the labour experience.

KEY-WORDS: Prenatal Education; Childbirth and Parenting Classes; Labor; Childbirth; Midwives.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	11
1.1. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	14
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE	33
2.1. PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	33
2.2. PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE.....	35
3. METODOLOGIA	38
3.1. ‘SCOPING REVIEW’	38
3.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	43
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICE	
APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO.....	59
ANEXOS	
ANEXO I – PROTOCOLO DE ‘SCOPING REVIEW’	83
ANEXO II – REGISTO DE ATIVIDADES	110

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Critérios de Inclusão da Pesquisa	39
Tabela 2 - Limitadores Específicos e Universais	40
Tabela 3 - Dados Obtidos nas Bases de Dados.	41
Tabela 4 - Dados Obtidos na Literatura Cinzenta.	41
Tabela 5 - Artigos Seleccionados	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promossão da Saúde de Nola Pender.....	34
---	----

INTRODUÇÃO

É comum dizer-se que quando nasce um filho, nasce uma mãe e um pai, tais são as transformações que um bebé traz para a família. Na realidade, o nascimento de um filho provoca mudanças na vida do casal, na rotina e no quotidiano de ambos, havendo atribuição de novos papéis: tornar-se mãe e pai. Estas alterações são influenciadas pelo significado do acontecimento, pelas expectativas para a chegada do seu filho ou filha, do conhecimento/competência, do ambiente, do planeamento e do próprio bem-estar físico e mental dos indivíduos (Ministério da saúde, 2023a).

A transição para uma parentalidade positiva deve ser facilitada através do empoderamento durante a gravidez, da tomada de decisão informada, livre e esclarecida, e apelando à aplicação de recursos pessoais e externos. O apoio durante esta transição é vital para tornar a gravidez, o parto, o puerpério e a transição para a parentalidade uma experiência absolutamente positiva e enriquecedora (Ministério da saúde, 2023a).

Para empoderar a mulher e o casal é necessário promover a saúde através da educação pré-natal. Promoção da Saúde é definida em 1986 a partir da Carta de Ottawa, como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (p.1). E a educação pré-natal, como o próprio nome indica, é fornecida durante toda a gravidez, realizando educação para a saúde com bases nos seguintes temas: gravidez, parto, puerpério e parentalidade (Direção- Geral da Saúde [DGS], 2015).

Neste contexto, o Estágio IV foi realizado no serviço de Bloco de Partos (BP), passando também pela Urgência de Ginecologia e Obstetrícia num Hospital de nível I, integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). O presente estágio decorreu ao longo de 20 semanas, compreendidas entre o dia 27 de fevereiro e o dia 21 de julho de 2023, com a durabilidade de 560 horas de prática clínica. O mesmo teve como orientação dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), um dos quais detentor do grau de mestre.

De acordo com a Ficha de Unidade Curricular do Estágio IV os objetivos para o Ensino Clínico são:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e Recém-nascido (RN) em situação de saúde e doença;
- Integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença.

Para atingir os objetivos supracitados, foi realizado o projeto de aprendizagem, que traduz os objetivos e as atividades a desenvolver ao longo da unidade curricular (ver apêndice I). Além disso, e de forma a responder aos objetivos baseei a prestação de cuidados à mulher, ao RN e à família no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender.

Ao longo do Estágio IV verificou-se que a maioria das mulheres não valoriza, desconhecendo, inclusive, as vantagens e mais-valias da PPP no momento de TP e parto. Assim, e por ser uma área de interesse pessoal, optei pela realização de uma revisão de literatura, partindo da questão de revisão “Qual a influência da preparação para o parto e parentalidade na mulher no trabalho de parto e parto?”, usando a metodologia de ‘Scoping Review’ e o método de ‘Joanna Briggs Institute’ – JBI (2020).

A elaboração do presente relatório tem como objetivo geral compreender a influência da Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP) no Trabalho de Parto (TP) e parto de acordo com as experiências vivenciadas no Estágio IV, e como objetivos específicos, analisar de forma reflexiva as atividades e experiências vivenciadas ao longo do Estágio IV; sintetizar o tema de investigação com recurso a ‘Scoping Review’ e por fim, interpretar os resultados obtidos com base em evidência científica atual. Este relatório, quando finalizado, será objeto de apreciação e discussão pública e destina-se à obtenção do Grau de Mestre e do título de EEESMO.

O relatório divide-se em quatro capítulos. O primeiro capítulo consiste na minha aprendizagem no serviço de BP, realizando uma breve caracterização da instituição seguida de uma reflexão e análise da minha prestação de cuidados abordando as competências e as atividades desenvolvidas ao longo do estágio. O segundo capítulo irá abordar a temática PPP. No terceiro capítulo, faz-se referência à metodologia de investigação com base na ‘Scoping Review’ que estuda a influência da PPP no TP e parto. E por último, no quarto capítulo, apresenta-se uma breve conclusão.

O presente relatório tem por base o Regulamento de competências específicas do EEESMO (OE, 2019a), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro

Especialista (OE, 2019b), as competências emanadas na ficha da unidade curricular do Estágio IV, assim como o plano de estudos da ESSS e, os descritores de ‘Dublin’. Além disso, recorri a outros documentos fundamentais para a prática de enfermagem, tais como, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021), o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015) e o ‘Internacional Confederation of Midwives’ (ICM, 2019). É ainda, de referir que o presente trabalho foi elaborado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da ‘American Psychological Association’ (APA) edição n.º 7 e do Manual de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Posto isto, este relatório é uma forma de descrever e refletir acerca do meu desempenho, fazendo um balanço geral das experiências vividas ao longo deste estágio e os benefícios que estas experiências me proporcionaram, tanto a nível profissional como pessoal.

1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Estágio IV foi realizado num hospital de nível I pertencente à ARSLVT, que abrange 15 concelhos, servindo uma população de 251 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2023b). Este tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, com eficácia e qualidade em parceria com Instituições de Saúde e Sociais. Também aposta na investigação e inovação para garantir o acesso aos cuidados e melhorar a abordagem clínica por meio de profissionais competentes e qualificados (Ministério da Saúde, 2023c).

Este Hospital é composto pelo Departamento na Área da Mulher e da Criança, onde o serviço de BP e Urgência Obstétrica e Ginecológica está incluído na sua constituição. O BP e Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica é constituído por 5 salas de parto individuais, 2 gabinetes de observação, 1 sala de ecografias, 1 sala de Cardiotocografia (CTG), 1 sala de tratamentos com cama, 1 sala de reanimação de RN, 1 sala de trabalho, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala de espera, 1 sala polivalente, 2 vestuários para acompanhantes, 2 arrecadações, 3 casas de banho para o pessoal, 4 casas de banho para utentes, e 1 bloco operatório destinado à realização de cesarianas eletivas ou de urgência. As salas de parto destinam-se à prestação de cuidados à grávida em TP ou que necessite de cuidados associados a aborto ou a possíveis complicações do mesmo, e a sala de reanimação de RN, destina-se à prestação de cuidados imediatos ao RN e à reanimação neonatal.

A admissão no BP parte da avaliação desenvolvida pela equipa especializada em Ginecologia e Obstetrícia do serviço. Alguns dos critérios de admissão incluem a grávida com rotura de membranas ou em TP, com hemorragia ativa, Ameaça de Parto Pré-termo (APPT), com patologia em fase aguda, com indicação para Indução do Trabalho de Parto (ITP) e com indicação para indução de aborto. No entanto, situações de APPT com idade gestacional inferior a 34 semanas são reencaminhadas para um hospital de nível IIa, IIb ou III dependendo da especificidade da situação.

Durante o internamento no BP a mulher tem direito, no decurso de todo o TP à presença de uma pessoa significativa, podendo esta assistir às cesarianas, sempre que exista concordância para tal com o médico anestesista e obstetra (Ministério da saúde, 2023d).

Quanto a recursos humanos, a equipa do BP é constituída por médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, anestesistas, neonatologista ou pediatra com competências em neonatologia, enfermeiros, sendo dois deles EEESMO e assistentes operacionais. Em caso de necessidade pode-se recorrer a outros profissionais de saúde, tais como, assistentes sociais e psicólogas. É de salientar que durante a prática clínica verificou-se que a equipa de enfermagem no BP é constituída apenas por EEESMO, nomeadamente 2 EEESMO. Segundo o Parecer n.º 07/ 2016 emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), este hospital encontra-se dentro das dotações seguras, na medida em que apresentam menos de 1000 partos anualmente.

Segundo o Regulamento n.º 391/2019 – Regulamento das competências específicas do EEESMO, o enfermeiro especialista nesta área, na sua prática profissional, realiza intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, o que significa situações que envolvam o processo fisiológico e normal do ciclo de vida da mulher. Além disso, aplicam intervenções interdependentes em situações de médio e alto risco, associadas a processos patológicos e disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher.

Atualmente, este Hospital encontra-se a realizar um projeto na área da PPP através do Método ‘Gentlebirth’, que tem como objetivo humanizar o nascimento e educar para a parentalidade, mantendo a segurança da mulher grávida e do RN. Este curso é composto por quatro sessões, baseando-se na vivência, na partilha de ideias, emoções e sentimentos dos casais (Ministério da Saúde, 2023e). O curso mencionado é realizado por EEESMO com base em evidência científica e no Método ‘Gentlebirth’ (Ministério da Saúde, 2023e). O Método de ‘Gentlebirth’ foi fundado por Marie Motha, em 1986, este foi estabelecido para relacionar a mente e o corpo, dando capacidade e confiança à mulher para a sua gravidez e parto. Este tem como base facultar ferramentas/técnicas centradas na atitude mental, para que a grávida treine o seu cérebro para o preparar para um parto calmo e sereno (OE, 2023).

Ao longo do ano de 2022 o Serviço de BP desta instituição apresentou 692 partos. Deste total, 349 foram partos eutócicos e 343 distócicos (247 cesarianas, 85 ventosas e 11 forceps). Dos partos eutócicos apresentados, 316 nascimentos foram realizados por EEESMO (90,54%), o que comprova que o EEESMO é o profissional de saúde com competência para realização de partos de baixo risco.

Além do referido, verifica-se que o número de nascimentos nas maternidades portuguesas tem diminuído nos últimos anos, tendo atingido, em 2022, o valor de 83.671 nascimentos. Este número corresponde a todas as mulheres residentes em Portugal, independentemente de terem nacionalidade portuguesa ou estrangeira. No entanto, a afluência de estrangeiros nas nossas maternidades tem aumentado significativamente em comparação com anos anteriores, sendo 2022 o ano que apresenta maior número de partos de mulheres estrangeiras, correspondente a 14 003 nascimentos (PORDATA, 2023a). Na verdade, a multiculturalidade é sentida na maternidade, onde foi realizado o estágio, através da presença de indivíduos de vários países como a Índia, o Brasil, o Reino Unido e os Países Africanos. Pelo contrário, as mulheres portuguesas têm, atualmente, menos filhos, com um total de 69.668 nascimentos por comparação com anos anteriores (PORDATA, 2023a).

Para dar resposta ao multiculturalismo, respeitei sempre os hábitos/tradições e crenças culturais da mulher e casal. Além disso, caso existisse barreira linguística eram utilizadas estratégias facilitadoras de uma comunicação eficaz, tais como, a comunicação não verbal, a exemplificação de procedimentos e a utilização do ‘google’ tradutor. De acordo com Alves (2016) reconhecer os fatores socioculturais da mulher, respeitá-los e incluí-los nos cuidados prestados contribui para a promoção da saúde eficaz, melhora a comunicação e torna a mulher mais colaborante nos cuidados.

Também verifiquei que a idade média das mulheres foi de 30,86 anos de idade no ano de 2022, sendo a mulher mais jovem com 15 anos e mais tardia com 46 anos. Atualmente, verifica-se uma tendência geral para engravidar em idade mais tardia. De acordo com a instituição PORDATA (2023b) a idade média para o nascimento do primeiro filho é de 30,8 anos. Ao longo do estágio, pude comprovar que a faixa etária de grávidas se cifra entre 17 e 46 anos de idade, sendo a idade média de 31 anos. De acordo com os autores, a mulher opta pela gestação tardia devido a vários fatores, tais como a inserção da mulher no mercado de trabalho e o investimento na carreira profissional e/ou a formação profissional, assim como a estabilidade financeira (Alves, Fronza e Strapasson, 2021).

Durante o estágio houve constrangimentos no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia e BP devido a planos de contingência nas maternidades do país, encerrando de forma programada quinzenalmente aos fins de semana, de forma a minimizar os constrangimentos provocados pela falta de profissionais de saúde. Em virtude desta situação, nos fins de semana que o serviço se encontrava em contingência houve a necessidade de encaminhar mulheres na fase latente de TP para maternidades mais próximas. Este facto ocorreu para garantir o funcionamento rotativo dos Serviços de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, BP e dos Serviços/Unidades de Neonatologia desta região de modo a garantir a segurança e a confiança das parturientes, dos RN e dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste sentido, os fins de semana em que o hospital se encontrava em medida de contingência não era permitido a presença da mestranda no local de estágio, devido à probabilidade de obter menos experiências neste serviço e por se encontrar com os rácios de profissionais nos mínimos.

1.1. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este subcapítulo apresenta uma análise crítica e reflexiva da experiência adquirida ao longo do Estágio IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Parto, tendo em conta os objetivos e atividades a desenvolver a que me propus no início do estágio no projeto de aprendizagem (Apêndice I).

Os objetivos específicos delineados tiveram por base o Regulamento de competências específicas do EEESMO (OE, 2019a), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b) e as competências emanadas na ficha da unidade curricular do Estágio IV. Além disso, recorri a outros documentos fundamentais para a prática de enfermagem, tais como, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021), o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015) e o Internacional Confederation of Midwives (ICM, 2019).

Ao longo da abordagem reflexiva irei enquadrar o MPS de Nola Pender. O MPS encontra-se direcionada à promoção da saúde centrada no indivíduo para melhorar o seu comportamento e, conseqüentemente, a sua saúde. O enfermeiro apresenta assim um papel fulcral na assistência à pessoa no seu autocuidado, incentivando à adoção de comportamentos promotores de um estilo de vida saudável (Pender et al., 2014).

O estágio iniciou-se com a integração no serviço, sendo este de extrema importância. Segundo Albuquerque (2021), a fase de integração do enfermeiro é crucial, principalmente, quando se encontra a adquirir experiência profissional pela primeira vez em determinado local.

O processo de integração profissional deve facilitar ao enfermeiro a compreensão das normas, dos valores e dos objetivos estabelecidos pela Instituição e proporcionar uma adaptação adequada, que se refletirá num correto desenvolvimento profissional, necessário à prestação de cuidados de qualidade (Albuquerque, 2021). Neste sentido, estabeleci como objetivos: **“Conhecer as características do BP e serviço de urgência ginecológica e obstétrica”** e **“Integrar a equipa multidisciplinar que presta cuidados à mulher, RN e família”**. Para responder aos objetivos mencionados foram desenvolvidas todas as atividades delineadas.

Nos primeiros dias, a enfermeira orientadora apresentou toda a estrutura física e especificidades do serviço. Além disso, foi-me dado a conhecer os protocolos mais utilizados neste serviço e foi-me apresentado o sistema informático utilizado, nomeadamente o programa ‘Sclinico’.

Do mesmo modo, foi notória a disponibilidade transmitida por parte das enfermeiras orientadoras e por todos os elementos da equipa no meu acolhimento, integração no serviço e transmissão de conhecimento ao longo do ensino clínico. Desta forma, estabeleci uma relação interpessoal com toda a equipa, sentindo-me parte integrante da mesma. Segundo o Código Deontológico, no artigo n.º 112, alínea a) e b), afirma que o enfermeiro deve trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde, devendo saber as suas competências e reconhecer o que está além da sua competência.

Assim, considero que atingi os objetivos e competências relativas à responsabilidade profissional, autoconhecimento e assertividade, cuidados baseados em evidência científica e gestão de cuidados em articulação com a equipa de saúde (OE, 2019b).

Relativamente ao objetivo **“desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas no domínio da gestão e qualidade dos cuidados”** tive como princípio o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que faz referência à gestão e qualidade dos cuidados prestados.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 109.º afirma que o enfermeiro no exercício da sua profissão deve atualizar continuamente os seus

conhecimentos, analisar regularmente o seu trabalho e identificar deficiências que possam necessitar de ser alteradas para alcançar a excelência nos cuidados de enfermagem.

Durante o ensino clínico, foi realizada diariamente uma análise crítica e reflexiva da minha prestação de cuidados, de modo a identificar possíveis necessidades de melhoria dos meus conhecimentos e, posteriormente, da minha prática clínica. Além disso, o apoio das enfermeiras orientadoras e os momentos de reflexão sobre a minha prestação de cuidados foi fundamental para identificar áreas passíveis de melhoria, permitindo-me aprofundar os meus conhecimentos através de evidência científica atual, desenvolver competências próprias do EEESMO e melhorar a qualidade dos cuidados à mulher, RN e família.

Face ao exposto, Albuquerque (2021) afirma que o papel do orientador em ensino clínico apresenta um papel fulcral em todo o processo de aprendizagem do enfermeiro. O profissional que supervisiona a prática clínica tem como missão orientar os cuidados e potenciar o desenvolvimento de competências, com o objetivo de aumentar a eficiência e a qualidade do exercício profissional (Albuquerque, 2021).

De acordo com o supracitado, sempre que identificava situações passíveis de melhoria, recorria a evidência científica de modo a consolidar conhecimentos, melhorar a minha tomada de decisão, aprimorar os cuidados prestados à mulher, RN e família e por fim, adquirir competências.

Segundo o Regulamento n.º 190/2015 os enfermeiros devem atuar de forma fundamentada, mobilizando e aplicando conhecimentos e técnicas baseadas na evidência científica para prestar cuidados de qualidade. Além disso, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002) encontram-se implícitos na tomada de decisão das intervenções de enfermagem e alicerçados nos resultados da investigação científica.

Ao longo do estágio, demonstrei disponibilidade em colaborar na gestão de recursos (OE, 2019b), quer humanos quer materiais, tendo verificado o funcionamento dos equipamentos e colaborado na reposição de material clínico. Também foi feita a cooperação em auditorias aos aprovisionamentos e verificação de validades de materiais em cooperação com a colega responsável por esta área.

Posto isto, atingi as seguintes competências comuns do enfermeiro especialista: manter um ambiente terapêutico e seguro, prestar cuidados de enfermagem em

articulação com a equipa de saúde, e por fim, gerir os recursos às situações e ao contexto para garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2019b).

Relativamente a **“prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher e família na admissão/acolhimento no serviço”**, foram cumpridas todas as atividades delineadas. Durante o estágio foi-me dada a oportunidade de acompanhar várias mulheres, desde a entrada no serviço de urgência até ao serviço de BP de acordo com o protocolo institucional.

A mulher é avaliada no Serviço de Urgência pelo Obstetra e por indicação médica é internada no Serviço de BP com o respetivo consentimento informado, livre e esclarecido (Lei n.º 156/2015, artigo n.º 105). De seguida, é apresentado à mulher e pessoa significativa o circuito que liga o Serviço de Urgência ao BP e o espaço físico onde a mulher ficará internada. Durante esta fase é da autonomia do EEESMO realizar a colheita de dados da mulher para iniciar o plano de cuidados juntamente com a utente e avaliar o bem-estar materno-fetal. Desta forma, era realizada a avaliação física da mulher, colocado acesso venoso periférico e soroterapia em curso, além disso, eram realizadas as Manobras de ‘Leopold’ e colocada a CTG externa, por ‘wireless’ ou por fios.

No que diz respeito aos princípios, direitos e deveres em matéria de proteção no nascimento, a grávida em TP tem direito a um acompanhante à sua escolha, durante o internamento no BP, conforme preceituado pela Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro (artigo n.º.12). A presença de acompanhante ou pai no momento de TP e parto é fundamental para apoiar e proporcionar o bem-estar à parturiente, permitir fortalecer laços entre a tríade e consolidar a união familiar.

Realizei o acolhimento à mulher e acompanhante, promovendo um ambiente calmo e privativo (Lei n.º 156/2015, artigo n.º 110), estabelecendo desde a admissão uma relação empática e de confiança. Durante o acolhimento demonstrei disponibilidade, de modo a esclarecer dúvidas, a disponibilizar informação imparcial que envolva crenças e valores, isentas de julgamentos, sobre TP, parto e outros aspetos relacionados com recursos hospitalares (procedimentos, técnicas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis, horários de visitas, dinâmica do serviço, entre outros) sempre com discurso ajustado ao nível sociocultural da mulher/casal/pessoa significativa (OE, 2019b; ICM, 2019). Indo ao encontro do anteriormente mencionado, o Código Deontológico, inserido na Lei n.º 156/2015, do artigo n.º105, na alínea a) indica que o enfermeiro deve informar a mulher e família dos cuidados de enfermagem prestados.

Assim, foi realizada uma cuidadosa colheita de dados, que se obteve através da entrevista, consulta dos registos no boletim de saúde da grávida, exames pré-natais ou processo clínico, se existente. A colheita de dados que realizei foi de acordo com a situação de cada mulher e pretendeu documentar antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos, bem como contextualizar física e emocionalmente a atual gestação, registando no processo clínico da mulher.

A primeira componente do MPS de Nola Pender faz referência às características e experiências individuais, tendo por base o comportamento anterior, o que deve ser alterado e os fatores pessoais, em concreto, biológicos, psicológicos e socioculturais (Victor et al., 2005).

Durante a admissão é realizada a colheita de dados da utente e elaborado o processo de enfermagem. Ao longo da avaliação inicial são identificados os fatores pessoais: biológicos (idade e IMC), psicológicos (gravidez desejada) e socioculturais (etnia, educação, nível socioeconómico). Também são identificadas as necessidades da mulher e casal passíveis de serem satisfeitas e identificadas experiências anteriores, de modo a compreender o que pode ser feito de diferente para alcançar um comportamento desejado, nomeadamente o TP e parto positivo de acordo com o expectável para o casal.

Nesta fase é importante identificar os sentimentos, preocupações e conhecimentos da pessoa sobre o comportamento que quer alcançar, nomeadamente as influências interpessoais que podem gerar medo e ansiedade relativamente ao TP e parto, devido a mitos, opiniões e experiências de pessoas externas, sejam eles familiares, amigos ou outros. Como EEESMO torna-se essencial desmistificar estas ideias pré-concebidas, que podem ser identificadas logo durante a gravidez e colmatadas através da transmissão de conhecimentos, isto é, da promoção da saúde.

Na admissão da mulher/casal e de forma a ir ao encontro dos seus desejos verificava se os mesmos apresentavam Plano de Parto. Este documento escrito ficava anexado ao processo físico da mulher para ser acessível a toda a equipa do BP. Caso não tivesse Plano de Parto, incentivava a verbalização das preferências e desejos da mesma, para adequar os cuidados e estimular a sua autoeficácia, já que, e de acordo com Parecer n.º 7 / 2012, “a excelência dos cuidados a prestar pelo EEESMO na sala de parto exige a observação do plano de parto/parentalidade apresentado pelos casais” (p.2). Desta forma, o EEESMO deve atuar de acordo com o plano de parto estabelecido pela mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (OE, 2019a).

O Plano de Parto é um documento realizado pelo casal durante a fase de gestação que tem como objetivo mediar a relação entre o casal e a equipa do serviço de BP onde irá ocorrer o nascimento do seu filho. Este documento, de acordo com o Parecer n.º7/2012, tem por base os desejos e expectativas do casal relativamente ao parto.

A utilização do Plano de Parto no local de estágio prende-se principalmente como um apoio ao profissional de saúde para identificar os desejos e expectativas da mulher e casal relativamente ao seu TP e parto. A maioria dos Planos de Parto tinham como desejos as recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS (2018) para uma experiência positiva de nascimento. Deste modo, manter as boas práticas do cuidar vai ao encontro das expectativas da mulher e casal.

Desta forma, regi-me pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2021), de modo a satisfazer os desejos da mulher; promover a saúde; prevenir complicações; promover o autocuidado, o autocontrolo e a mestria da mulher; estimular a readaptação funcional à nova condição de saúde e organizar os cuidados de enfermagem especializados desta área.

Além do anteriormente mencionado, uma das informações obtidas na colheita de dados diz respeito à participação em Programas de PPP. Após esta recolha de informação, questionada verbalmente, denotou-se que existe uma percentagem reduzida de mulheres que frequentam este tipo de curso, sendo de 29% das mulheres a quem prestei cuidados e realizei ou apoiei no parto durante o Estágio IV. Além disso, verificou-se que dessa percentagem apenas 2 mulheres realizaram o programa de PPP fornecido por este centro hospitalar com o Método ‘Gentlebirth’.

Durante o estágio verifiquei que a maioria das mulheres não frequentou um programa de PPP, nomeadamente 71% das mulheres, algumas primíparas pelo desconhecimento dos seus benefícios e da sua importância e múltíparas por referirem experiência de parto anterior, ou outras por terem participado na gravidez anterior num programa de PPP e considerarem ter conhecimentos suficientes.

Enquanto EEESMO é importante informar as parturientes acerca dos benefícios da PPP na capacitação da mulher e casal/pessoa significativa durante a gravidez, para o parto, o puerpério e a parentalidade. Esta ideia vai de encontro do MPS, que refere que devem ser apresentados os benefícios da ação, de forma a que a mulher, casal/pessoa significativa analisem as representações positivas associadas à ação, e posteriormente, as consequências pela adoção desse comportamento (Victor et al.,2005).

Posso afirmar que atingi as competências definidas para este objetivo, sendo elas, promover a saúde da mulher durante o TP, diagnosticar precocemente, prevenir complicações (OE, 2019a), assim como manter a responsabilidade profissional, ética e legal; melhorar a qualidade dos cuidados; gerir os cuidados e desenvolver a aprendizagem profissional (OE, 2019b).

Compete ao EEESMO, através da avaliação e juízo clínico e da articulação de saberes científicos e técnicos, estabelecer planos de cuidados individualizados e intervir de forma autónoma ou interdependente, para a vivência de um TP fisiológico e seguro, minimizando intervenções desnecessárias e prevenindo complicações para a mulher e RN (OE, 2019a).

O TP é um fenómeno fisiológico que resulta da extinção cervical, da dilatação do colo uterino, da progressão fetal no canal de parto e, por fim, da expulsão (Fatia & Tinoco, 2016). De acordo com os mesmos autores este pode ser espontâneo ou induzido, dividindo-se em quatro estadios, sendo eles: o apagamento e a dilatação (1º estadio), o período expulsivo (2º estadio), a dequitação (3º estadio) e o puerpério imediato (4º estadio).

Tendo em conta estes estadios, o EEESMO tem a competência de cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP, assegurando um ambiente seguro de forma a providenciar bem-estar à mulher e ao RN na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2019a). A ICM (2019) realça esta ideia, afirmando que o enfermeiro parteiro deve cuidar da mulher durante o TP, facilitando o processo fisiológico e a segurança no parto. Além disso, é responsável pelos cuidados imediatos ao RN, deteta complicações maternas ou no RN e estabiliza situações de emergência, fazendo o respetivo encaminhamento, em caso de necessidade. Por exemplo, a vigilância do TP de baixo risco é da responsabilidade do EEESMO. De qualquer forma, sempre que se identifique sinais de alerta ou desvios do padrão normal da evolução do TP é transmitida a informação a um médico Obstetra e Ginecologista.

Relativamente ao **1º estadio do TP**, segundo Friedman, este divide-se em fase latente e fase ativa. A fase latente corresponde ao apagamento e ao início da dilatação do colo uterino (dos 0 aos 4 cm). A fase ativa corresponde ao período de aceleração (4 aos 6 cm), de declive máximo (dos 6 aos 8 cm) e de desaceleração (dos 8 aos 10 cm) (Fatia & Tinoco, 2016). Por outro lado, a OMS (2018) faz referência à fase latente como a presença de contratilidade uterina dolorosa e alterações no colo do útero, o que corresponde à dilatação do colo até aos 5 cm. Finalmente, afirma que a fase ativa

corresponde a contratibilidade uterina regular e dolorosa, com extinção e dilatação do colo do útero dos 5 aos 10 cm.

Para o 1º estadio de TP delineei como objetivo **“prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente/acompanhante durante o 1º estadio de TP”**. Em contexto de BP foi-me possível prestar cuidados a 117 mulheres no 1º estadio de TP nas suas várias fases. Devido ao vasto número de mulheres a quem prestei cuidados, foi possível contactar e cuidar de grávidas ou parturientes com patologia associada (OE, 2019a), tais como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, restrições de crescimento intrauterino, gestação pré-termo, entre outras.

Denotei situações de internamento de grávida com patologia associada, dos quais destaco as situações de pré-eclâmpsia, que de entre os distúrbios hipertensivos, pelos riscos acrescidos, necessitam de uma maior vigilância que as dotações seguras não permitem noutros serviços.

Durante o 1º estadio de TP tive oportunidade de avaliar o bem-estar materno-fetal (OMS, 2018; OE, 2019a; ICM, 2019), através da avaliação física e emocional da mulher, na auscultação cardio-fetal, na colocação e interpretação de CTG e na avaliação da progressão do TP. Além disso, tive oportunidade de realizar Manobras de ‘Leopold’, toque vaginal e interpretar o Índice de ‘Bishop’, avaliar integridade das membranas, realizar a amniotomia, avaliar e interpretar as características do líquido amniótico, entre outros.

Relativamente à monitorização cardíaca fetal interna, tive oportunidade de observar a sua colocação pelo Obstetra, porque a monitorização cardíaca fetal externa afigurava-se inadequada e necessitava de vigilância do bem-estar materno-fetal. Além disso, é importante a correta interpretação do CTG entre a contratibilidade e a frequência cardio-fetal como sinais de alerta para o bem-estar materno fetal. Alguns dos exemplos vivenciados foram desacelerações e taquissistolias. Durante a vigilância da mulher, sempre que identificasse situações de desvio do padrão normal da evolução do TP, tais como, paragem da progressão de TP, sofrimento fetal e incompatibilidade feto-pélvica, estas situações eram encaminhadas para os médicos especialistas na área de Obstetrícia e Ginecologia (OE, 2019a).

Neste período, também é importante incentivar e implementar técnicas favorecedoras da progressão do TP, assim como, medidas não farmacológicas de alívio da dor. Enquanto profissionais de saúde, devemos incentivar e apoiar na liberdade de movimentos, posicionamentos verticalizados e estratégias de alívio da dor (OMS, 2018;

ICM, 2019). Alguns dos métodos não farmacológicos utilizados relacionam-se com exercícios respiratórios, banho, bola de pilates, deambulação, massagem, musicoterapia, dançoterapia, entre outros (Aveiro & Velosa, 2016; ICM, 2019). Estes métodos são definidos pela OE como benéficos para o controlo da dor. Nesta fase, é importante manter o acompanhante como parte integrante dos nossos cuidados, incentivando à realização de massagem à parturiente para proporcionar conforto e bem-estar à mulher e fortalecer laços entre eles.

Relativamente a métodos farmacológicos de alívio da dor, a maioria das mulheres recorria à analgesia epidural, sendo este procedimento realizado pelo anestesista em colaboração com o EEESMO, após assinado o consentimento informado, livre e esclarecido pela mulher (Lei n.º 156/2015, artigo n.º 105; OE, 2019a). Quando esta analgesia era realizada por bólus a mulher beneficiava de mobilidade durante o TP.

Como mencionado anteriormente, é dever do EEESMO controlar a dor da mulher durante o TP, podendo ser através de métodos não farmacológicos e farmacológicos (ICM, 2019). Verificou-se que mulheres que apresentaram PPP tinham mais conhecimentos relativamente a estes métodos, utilizando os mesmo durante o TP. Denotamos, ainda, que mulheres que frequentam PPP apresentam maior autoeficácia e autoconfiança, isto é, têm maior capacidade para controlarem a sua dor. Esta premissa vai ao encontro do mencionado pela OE (2012) que a PPP apresenta um papel fulcral na capacitação da mulher e casal para vivenciarem e experienciarem um parto positivo e responsável, diminuindo o sentimento de medo associado ao parto.

Ao longo do estágio e em contextos clínicos anteriores, enquanto mestranda, verifiquei que a maioria das mulheres apresentava medo relativamente ao parto, expressando verbalmente e não verbalmente sentimentos de ansiedade e insegurança. Estas eram maioritariamente primíparas que não tinham realizado qualquer tipo de PPP, sendo a fase do parto temida e desconhecida. Face a esta situação, enquanto mestranda e futura EEESMO implementei na prática de cuidados medidas de suporte emocional e psicológico à mulher (OE, 2019a), incentivando-as à expressão dos seus medos e dúvidas. Deste modo, promovi a saúde durante a prestação de cuidados ao longo do TP, indo ao encontro das dúvidas e necessidades da mulher e casal, nomeadamente dos procedimentos realizados, da terapêutica administrada, técnicas não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor, exercícios de progressão de TP, posicionamento, entre outros. Aliás, de acordo com a Carta de Ottawa de 1986, o objetivo da promoção da saúde é precisamente aumentar a capacidade dos indivíduos e da comunidade para

controlarem e melhorarem a sua saúde. Assim, o EEESMO torna-se promotor em saúde, capacitando as mulheres e acompanhantes para se tornarem confiantes e colaborantes durante o seu TP.

O maior obstáculo sentido nesta fase foi na realização do toque vaginal. Segundo Almeida (2021) o exame vaginal é utilizado para avaliar a progressão do TP na mulher e fornecer dados acerca da dilatação, da espessura e posição do colo uterino. Além disso, informa-nos da posição da cabeça fetal na bacia da mãe, ou seja, dá informação sobre a estática fetal. Esta dificuldade foi ultrapassada primeiramente com a consolidação de conhecimentos e gradualmente com a prática clínica. Para além da experiência clínica, a observação realizada pela enfermeira cooperante e posterior partilha foi uma mais-valia para melhorar este aspeto, uma vez que, comparava a minha avaliação com a dela e verificava se a minha avaliação era a correta. O facto de ter comparado avaliações com a enfermeira cooperante e ter aprimorado a minha observação da mulher fez com que ganhasse maior segurança e autonomia no cuidado prestado à mulher.

Por fim, é realizado o registo de enfermagem de forma clara, concisa e objetiva no sistema informático e em papel, no partograma. O partograma é um gráfico preenchido pelos profissionais de saúde, a partir do momento em que a mulher entra na fase ativa do TP e termina com o nascimento do RN, tendo como referência as normas da OMS e serve de documento de referência para acompanhar a evolução do TP e diagnosticar complicações.

Posso afirmar que atingi as competências relativas ao 1º estadio de TP por parte do EEESMO, nomeadamente, promover a saúde da mulher durante o TP, diagnosticar precocemente e prevenir complicações materno-fetais e cuidar da mulher com patologia associada à gravidez ou ao TP.

O **2º estadio de TP** é caracterizado como o período expulsivo que têm início com a dilatação completa e términus com a expulsão de feto (Fatia & Tinoco, 2016). Para este estadio defini como objetivo **“prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente/acompanhante durante o 2º estadio de TP”**.

Durante o 2º estadio, tive oportunidade de acompanhar 59 mulheres, tendo realizado 41 partos eutócicos e colaborado em 18 partos distócicos, sendo 15 partos por cesariana e 3 partos por ventosa (ver Anexo II).

Durante a vigilância de TP, quando verificava que a mulher se encontrava com a dilatação completa, era incentivada e apoiada a realizar esforços expulsivos de acordo

com o seu impulso e a optar pelo posicionamento que lhe fosse mais favorável (OMS, 2018; ICM, 2019). Da minha experiência em ensino clínico, verifiquei que muitas das mulheres não sabiam realizar a técnica respiratória de apoio aos esforços expulsivos, nem tinham a noção dos posicionamentos que poderiam adotar nesta fase. Não realizar esforços expulsivos de forma eficaz pode provocar complicações maternas e no RN. Assim, enquanto futura EEESMO é importante estar atenta às complicações maternas e do RN nesta fase para que seja possível diagnosticar precocemente e agir em conformidade (OE, 2019a). Com efeito, de acordo com Prada e Rafael (2016) os principais desvios da normalidade neste período compreendem as alterações do bem-estar fetal; a dinâmica uterina inadequada; a dificuldade na descida da apresentação; o período expulsivo prolongado; a distócia de ombros, entre outros.

Neste sentido, e para diminuir possíveis complicações nesta fase, foi promovida a saúde relativamente a posições que poderiam ser adotadas durante a fase de TP e parto, assim como, a forma mais eficaz de realizar esforços expulsivos, indo ao encontro do supracitado. De facto, o EEESMO desempenha um papel fundamental nesta fase para o desenvolvimento de um plano com a parturiente com o objetivo de não ultrapassar o tempo recomendado para este período de expulsão fetal. Desta forma, o EEESMO deve privilegiar posicionamentos verticalizados, assegurar a realidade da duração e a frequência das contrações uterinas, assegurar a adequada analgesia e colaborar com outros elementos da equipa quando necessário (Prada & Rafael, 2016).

Além do anteriormente referido, utilizei como estratégia a comunicação eficaz de forma a conduzir da melhor forma a mulher ao longo do TP (OMS, 2018). Aliás, segundo o preconizado por Teixeira (2022), a forma como comunicamos reveste-se de uma importância positiva, influenciando fortemente a progressão do TP. Desta forma, recorri à comunicação assertiva e ao reforço positivo de modo a encorajar a mulher e a dar-lhe confiança, durante a fase expulsiva. Este suporte e apoio realizado à mulher durante o TP melhora a fisiologia do TP e os sentimentos de controlo e competência da mulher, reduzindo a necessidade de intervenções médicas (Bohren et al., 2017).

A falta de conhecimento pelas parturientes durante o parto pode estar associada ao facto de a maioria das mulheres a quem prestei cuidados na fase expulsiva não terem realizado PPP (71 %), o que provoca um maior medo pelo desconhecido e, conseqüentemente, menor capacidade na realização, tanto dos posicionamentos, como dos esforços expulsivos necessários, levando a uma menor confiança nesta fase. Este facto constitui um constrangimento para o sucesso do nascimento, uma vez que, a

exigência imediata de determinado comportamento leva a um baixo controlo do procedimento, conforme assinala o MPS. Por outras palavras, caso a mulher não tenha participado em Programas de PPP e lhe seja realizada educação para a saúde no momento dos esforços expulsivos, a mesma não apresentará controlo eficaz na sua técnica, ao passo que a mulher que aprendeu na PPP, identifica a técnica que lhe seja preferencial, aplicando-a com maior controlo, sendo mais colaborante no momento do parto. Por essa razão, o EEESMO é fundamental na transmissão de informação correta e concisa assegurando confiança e tranquilidade à mulher e à família (Lei n.º 156/2015, artigo n.º 105; OE, 2019a).

Relativamente aos posicionamentos utilizados, verifiquei que a maioria das mulheres optava pelo parto lateralizado, apesar de algumas mulheres experimentarem outros posicionamentos antes da expulsão fetal, tais como, litotímia, de cócoras, de gatas, entre outras. Efetivamente, o posicionamento que a mulher adota ao longo do 2º estadio do TP é fundamental para a durabilidade e eficácia do período expulsivo (Cardoso et al., 2020). No entanto, importa salientar que a utilização de posições verticalizadas apresenta benefícios, sendo eles promover a descida da apresentação, diminuir a duração do TP e favorecer a frequência cardíaca fetal. Assim, enquanto mestranda da área materna e obstétrica, promovi e incentivei a alternância de posicionamentos de acordo com a vontade da mulher explicitando os seus benefícios. Além do anteriormente mencionado, equanto futuro EEESMO, devo respeitar a vontade da mulher, assim como o ritmo do TP e documentar até ao nascimento a evolução do TP no partograma.

Durante a fase expulsiva, estive atenta ao bem-estar fetal, às características do líquido amniótico em caso de rotura de membranas, à variedade fetal, à descida da apresentação e à terapêutica farmacológica administrada. No momento de coroação, realizava a avaliação perineal, seguida da manobra de 'Ritgen', de forma a avaliar a necessidade de realização de episiotomia e proteção perineal para evitar possíveis lacerações. De seguida, era verificada a presença de circulares cervicais e efetuada a manobra de expulsão fetal. Com a exteriorização da cabeça procedia-se à limpeza do nariz e boca e após a saída completa do RN repetia-se o mesmo procedimento, com o objetivo de eliminar a presença de muco, sangue ou mecónio.

Após o nascimento e sempre que o bem-estar do RN o permitia, realizava o corte tardio do cordão, o contacto pele a pele, o aleitamento materno na primeira hora de vida,

promovendo, assim, a vinculação precoce, a estimulação sensorial e a regulação térmica.

Para tornar o acompanhante parte integrante nos cuidados, enquanto mestranda, dava a oportunidade à pessoa significativa de cortar o cordão umbilical. Segundo a OE (2021), a presença do acompanhante no momento do parto é extremamente importante, por isso, o EEESMO deve envolver a pessoa significativa neste processo de cuidados à utente, estabelecendo uma relação de parceria de cuidados com o objetivo de garantir a sua satisfação.

Relativamente à episiotomia, esta é uma técnica que não deve ser realizada de forma rotineira num parto vaginal espontâneo, mas sim, sempre que se verifique a sua necessidade, de acordo com a avaliação perineal (OMS, 2018; ICM, 2019). Salienta-se que ao longo do estágio não realizei episiotomia de forma rotineira, no entanto, realizei 34% de episiotomias dos 41 partos realizados, o que corresponde a 13 episiotomias (ver anexo II). Sempre que verificava a necessidade de realizar episiotomia, era pedido o consentimento à mulher oralmente e só depois de confirmado era realizada (Lei n.º 156/2015, artigo n.º105).

Por outro lado, durante a prática clínica as mulheres apresentaram 15 lacerações de grau I, 2 lacerações de grau II e 1 laceração de grau III. Deste modo, podemos verificar que existiram 11 partos com períneo íntegro (ver anexo II). As lacerações de grau III e IV são as mais graves e implicam mais complicações para a mulher. Segundo Alçada (2019) a eficácia da episiotomia como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves é controversa. De acordo com a autora, alguns estudos sugerem que a episiotomia tem um efeito protetor na incidência destas lacerações, outros estudos indicam que fazer ou não episiotomia não implica uma diferença significativa na sua incidência. Outros, pelo contrário, concluem que a realização da episiotomia pode aumentar o risco de laceração perineal grave.

Uma situação que vivenciei e que foi crucial para a minha aprendizagem, aquando da realização de uma episiotomia, foi esta terminar numa laceração de grau III. A revisão dos procedimentos efetuados, o autoquestionamento e a discussão em parceria com a enfermeira cooperante do que poderia ter sido feito de diferente foram fundamentais para identificar estratégias para, futuramente, minimizar estas situações. Na verdade, após partilha de informação com a enfermeira orientadora, denotei que para além da falta de elasticidade do períneo da primípara o feto apresentava procidência da mão direita, o que pode ter sido favorecedor deste desfecho. De qualquer modo, utilizei,

a posteriori, estratégias como a Manobra de ‘Ritgen’, a aplicação de lubrificantes e de compressas mornas na região do períneo de acordo com a preferência da mulher (OMS, 2018). A implementação de técnicas de proteção do períneo durante o TP são estratégias importantes de prevenção de laceração perineal (Santos et al., 2018).

O 2º estágio de TP foi o que me suscitou maior receio e ansiedade, por ser um momento incerto relativamente ao desfecho do parto. No entanto, com a aquisição de competências e com ao aumento de experiências vivenciadas fui me tornando mais confiante durante a minha prática, conduzindo o TP da mulher em articulação com o casal e identificando situações de desvio da normalidade que devem ser encaminhadas para peritos. Durante o TP ocorreram algumas situações de desvio da normalidade, nomeadamente, alteração do bem-estar fetal; presença de líquido meconial; não progressão de TP; período expulsivo prolongado; distócia de ombros e incompatibilidade feto-pélvica. Algumas das estratégias utilizadas para fazer face a estas complicações foram a alternância de posicionamento, a administração de oxigenioterapia, a administração de soroterapia e a Manobra de ‘McRoberts’ e pressão supra-púbica. Caso as estratégias implementadas não sortissem efeito desejado, estas situações eram encaminhadas para a equipa médica e era realizada colaboração durante os partos distócicos (OE, 2019a). Estes casos foram determinantes para refletir, aprofundar e consolidar conhecimentos. Foi gratificante verificar que as minhas intervenções apresentavam benefícios para a mulher e para o feto e evitavam a implementação de métodos invasivos para originar o nascimento do RN. Posto isto, verifico que enquanto mestrandando promovi a saúde da mulher, assim como, diagnostiquei e preveni complicações à mulher e RN ao longo do 2º estágio de TP (OE, 2019a).

O **3º estágio de TP** corresponde à dequitação e ocorre desde a expulsão do feto à expulsão da placenta (Fatia & Tinoco, 2016). Relativamente a este estágio, delineei como objetivo **“Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente/puérpera/acompanhante durante o 3º estágio de TP”**.

Durante o 3º estágio foi possível realizar a dequitação da mulher, assim como, realizar colheita de sangue do cordão umbilical e de células estaminais, quando desejado pela mulher ou casal. A dequitação consiste na expulsão da placenta, devendo o enfermeiro observar criteriosamente a placenta e o cordão umbilical, de forma a identificar possíveis complicações que podem incluir a retenção de fragmentos placentares, a hemorragia pós-parto, a atonia uterina, a placenta retida, a inversão uterina e a coagulopatia (Sequeira et al., 2020). Tendo isto em mente, enquanto futura

EEESMO esteve atenta aos sinais de forma a prevenir ou diagnosticar complicações ao nível da saúde da mulher (OE, 2019a).

Ao longo do 3º estadio de TP apresentei uma atitude expectante, estando atenta aos sinais de descolamento da placenta. Segundo Sequeira et al. (2020), o profissional de saúde deve respeitar o tempo fisiológico do 3º estadio, devendo observar sinais de descolamento da placenta. Na fase de gestão ativa da dequitação foi feita a administração de uterotónicos, foi realizada Manobra de ‘Brandt-andrews’ (OMS,2018), seguida da Manobra de ‘Dublin’. Durante a exteriorização da placenta verifica-se o mecanismo de descolamento, que pode ser de ‘Schultze’ ou de ‘Duncam’, sendo o mais habitual, o de ‘Schultze’. A placenta e o cordão umbilical eram rigorosamente avaliados, seguida da inspeção do períneo e do canal de parto e se necessário realizava a reconstrução perineal.

No decorrer do estágio realizei diversas reparações perineais (ver anexo II), nomeadamente de 30 mulheres, sendo estas feridas cirúrgicas (episiorrafias) ou traumáticas (correção de lacerações perineais). A técnica de sutura foi um dos meus maiores obstáculos que tive de ultrapassar, tendo utilizado estratégias para as superar. Algumas das estratégias utilizadas foram consolidar conhecimentos com base em evidência científica atual, treinar a técnica de sutura em materiais repetidamente e partilhar com a enfermeira cooperante as situações experienciadas. Além disso, vivenciar diversas experiências em ensino clínico permitiu-me aplicar esta técnica na mulher, com apoio do enfermeiro cooperante para garantir a correta inspeção e posterior sutura perineal. Com a aplicação de todas estas estratégias, a técnica de sutura foi aprimorada progressivamente, no entanto, é algo que será aperfeiçoado futuramente durante a prática clínica enquanto EEESMO.

Por fim, verificava a presença do globo de segurança de ‘pinard’ e avaliava as perdas sanguíneas vaginais. De seguida, era realizada a massagem no fundo uterino e realizada a expressão do mesmo. A camplagem e o corte do cordão tardio eram realizados sempre que se verificava o bem-estar materno e do RN. Não menos importante, eram incentivados ao contacto pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida. Os aspetos apresentados são recomendações da DGS pois promovem a vinculação entre a díade/tríade.

Durante esta fase e as seguintes, é importante termos presente que durante a gravidez a mulher e casal idealizaram o bebé imaginário e que neste momento são confrontados com o bebé real. De acordo com Alves (2018), ao longo da gravidez, a

mulher ou o casal, esperam que todo o processo decorra da forma mais saudável e que o resultado culmine no nascimento de um bebê saudável. No entanto, este panorama nem sempre acontece, como refere Fleck e Piccini (2013, p.14), e “o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real pode ser bastante intenso”. Durante a minha experiência em BP tive contacto com o nascimento de um RN com agenesia da mão esquerda, assim como, situações de morte fetal, sendo um momento de choque para os pais que idealizavam um bebê saudável e perfeito. Nestas situações, o EEESMO deve proporcionar um ambiente favorável à expressão de emoções, demonstrando empatia e nunca mascarando os nossos sentimentos enquanto profissionais. Além disso, o enfermeiro especialista deve respeitar o outro e a forma como este lida com a perda. Porém, é importante confrontar e consciencializar os pais com a realidade (Franco, 2014).

O **4º estadio de TP** corresponde ao puerpério imediato, isto é, a primeira hora após a saída da placenta (Fatia & Tinoco, 2016). Neste estadio, defini como objetivo **“prestar cuidados especializados de enfermagem à puérpera/RN/acompanhante durante o 4º estadio de TP”**.

Durante este período era realizada a avaliação da puérpera a nível céfalo-caudal, de modo a identificar possíveis complicações. Era realizada a avaliação da pele e mucosas, das mamas e mamilos, do útero, do períneo, perdas sanguíneas via vaginal, vigilância da micção, membros inferiores e estado hemodinâmico (OMS, 2022). Caso a mulher referisse dor ou edema na região perineal, associado ao traumatismo de parto, era feita a aplicação de gelo ou realização de analgésico (OMS, 2022). Segundo Fatia & Tinoco (2016) o puerpério imediato é o período onde existe maior probabilidade de existirem hemorragias. Assim, é fulcral a avaliação do bem-estar da mulher no pós-parto de modo a diagnosticar e prevenir complicações o mais precocemente possível (OE, 2019a). Neste serviço, e 2 horas após o parto, a díade/tríade era transferida para o serviço de internamento de Obstetrícia.

Analisando o meu percurso foi com sucesso que cumpri este objetivo, uma vez que não tive quaisquer dificuldades a este nível. Senti desde início maior segurança e autonomia nesta fase, o que se relaciona com os contributos e competências adquiridas no Estágio de Puerpério. As competências referidas são otimizar a saúde da parturiente e apoiar na adaptação do RN à vida extrauterina. Além disso, não menos importante é prestar cuidados à mulher e RN no puerpério, prestando apoio no processo de parentalidade.

Os cuidados realizados ao RN após o nascimento são fundamentais para a adaptação do mesmo à vida extrauterina, prevenindo complicações e promovendo a saúde e o bem-estar do RN (Freitas & Baptista, 2016). Deste forma, enquanto futura EEESMO, delinee o seguinte objetivo **“prestar cuidados especializados de enfermagem ao RN”**.

Ao longo do estágio foi-me possível receber 20 RN e prestar os seus cuidados imediatos em articulação com o pediatra/neonatologista que se encontrava de serviço. Os cuidados imediatos prestados ao RN são a avaliação do índice de APGAR; a secagem com pano aquecido; a colocação sob fonte de calor; a administração da vitamina K; a avaliação física, neurológica e comportamental do RN para detetar possíveis malformações; a avaliação de parâmetros antropométricos; a aspiração e administração de oxigenoterapia se necessário e a realização de banho imediatamente após o parto, se envolvido em mecónio ou mãe portadora ou suspeita de Virus de Imunodeficiência Humana (HIV), caso RN se encontre estável. Também é importante manter a segurança do RN, colocando a pulseira de identificação e pulseira anti-rapto na presença dos pais.

Não menos importante, é a promoção da vinculação precoce entre a díade/tríade, desta forma, enquanto mestranda promovi o contacto pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida (OMS, 2018; IMC, 2019).

Neste período, uma das atividades que planeei e não vivenciei em estágio foi colaborar com o pediatra/neonatologista na reanimação do RN. A não realização deve-se a não ter existido situações de paragem cardiorrespiratória.

Posso afirmar que atingi as competências inerentes a esta fase, nomeadamente cuidar da mulher durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e RN, apoiando no processo de transição para a parentalidade (OE, 2019a).

Além do supracitado, também identifiquei como objetivo **“desenvolver a capacidade crítica e reflexiva da prática de cuidados”**. Durante o estágio, realizei diariamente uma análise crítica e reflexiva da minha prestação de cuidados para identificar possíveis necessidades, com o objetivo de melhorar continuamente os meus conhecimentos. Os momentos de discussão e partilha com as enfermeiras orientadoras sobre a minha prática foi essencial para identificar áreas passíveis de melhoria, permitindo-me aprofundar conhecimentos para prestar cuidados de qualidade à mulher, ao RN e à família. Foram, igualmente, realizados momentos de avaliação com a professora e as enfermeiras orientadoras, dois momentos de avaliação intercalar e uma

avaliação final. Estes momentos de auto e heteroavaliação são importantes porque refletem a minha evolução em ensino clínico, considerando os pontos de avaliação pelos quais a Escola se rege, identificando a que nível me encontro e percebendo o que posso fazer para melhorar à posteriori. A capacidade de reflexão é uma competência exigida ao EEESMO e um contributo para a qualidade e excelência dos cuidados (OE, 2019a)

Com efeito, o Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 109.º afirma que o enfermeiro deve manter os seus conhecimentos atualizados, analisar regularmente o seu trabalho e reconhecer potenciais fragilidades que exijam mudança para que consiga alcançar cuidados de excelência.

Além do anteriormente mencionado, elaborei o presente relatório, que compreende toda a parte reflexiva da minha prática de cuidados durante o Estágio IV, articulando com a evidência científica atual. Além disso, é apresentado o tema de investigação, em concreto, **“Preparação para o Parto e Parentalidade: a Influência no TP e Parto”**. Para esta componente científica, delineei como objetivo **“desenvolver competências na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”**. A investigação é pertinente na área de enfermagem, na medida que permite evoluir e melhorar continuamente a prática clínica nesta área (OE, 2019b).

Optei por esta temática pois é uma área de interesse pessoal e por ter verificado que a maioria das parturientes não valorizam, desconhecendo, inclusive, as suas vantagens e mais-valias para o momento de TP e parto. Além disso, de futuro, gostaria de me inserir numa equipa de enfermeiros de PPP de modo a contribuir para a capacitação de mulheres, promovendo a necessidade e a importância da sua realização. Assim, foi feita uma revisão de literatura acerca da temática de investigação, usando a metodologia de ‘Scoping Review’. Já para a estratégia de pesquisa foi realizada com base no método de JBI (2020). Posteriormente, os resultados da investigação foram apresentados em serviço para os profissionais de saúde presentes.

De facto, a investigação em enfermagem tem um papel fulcral e primordial na resposta às necessidades da sociedade no que diz respeito aos cuidados de saúde (Néné e Sequeira, 2022). Para melhorar o futuro é fundamental articular a formação, a investigação e a prática clínica, aplicando em contexto clínico a melhor e mais atual evidência científica. Daí, a importância do enfermeiro se manter informado e investir na sua formação profissional em prol de uma maior capacitação para enfrentar os desafios quotidianos da profissão.

Assim, posso dizer que atingi os objetivos delineados para o presente estágio na medida em que desenvolvi conhecimentos e competências na área de saúde materna e obstétrica, assim como ao nível da reflexão e investigação, nomeadamente, na área da PPP no TP e parto, conforme o preceitua o Despacho n.º 6945/2020 que regulamenta a atribuição do grau de mestre pelo Instituto Politécnico de Santarém (IPSantarém). Com efeito, o Despacho n.º 6945/2020 delinea as competências a ser adquiridas pelo mestrando no final da conclusão do 2.º ciclo de estudos, nomeadamente, o estipulado no artigo 2.º, n.º 1, alínea a) ii) Desenvolvimento de conhecimento teórico e aplicado original, em muitos casos em contexto de investigação; alínea b) Capacidade para aplicação de conhecimentos, de compreensão e resolução de problemas em situações novas e em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo, e alínea c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Estas competências, previstas para os mestrandos no final deste ciclo de estudos, assim como a aquisição de competências expectáveis para uma futura EEESMO contribuíram decisivamente para a minha formação e para o meu futuro profissional enquanto enfermeira especialista, conforme mencionado ao longo deste subcapítulo.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, em Ottawa, teve por objetivo discutir e dar resposta às questões da saúde pública no mundo, tendo definido o conceito de Promoção da Saúde como um processo que capacita os indivíduos e comunidades a controlarem a sua saúde para a melhorarem. Este processo visa satisfazer as necessidades da pessoa ou do grupo, alterar ou adaptar-se ao meio envolvente para alcançarem o bem-estar físico, mental e social. Com efeito, a saúde deve ser entendida como um recurso vital e não apenas como uma finalidade, de responsabilidade da saúde pública, daí a importância de promover a saúde e capacitar o indivíduo para procurar um estilo de vida saudável e um bem-estar global.

Indo ao encontro do supracitado, a OE (2021) afirma que a Promoção da Saúde:

Visa a capacitação e o controlo de cada pessoa para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. Parte significativa dos cuidados prestados pela(o) EEESMO centram-se na promoção da saúde das(os) cliente(s), nomeadamente no âmbito da promoção do engravidar nas melhores condições de saúde, da promoção da adaptação à gravidez, da adaptação à parentalidade, da preparação para o parto, (...). (p.9)

Neste sentido, enquanto profissional da saúde, e futura EEESMO, é fundamental ser um agente promotor da saúde (OE, 2019a) de modo a capacitar as mulheres e as famílias durante a gravidez, parto, puerpério e transição para a parentalidade.

2.1. PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O EEESMO procura a excelência no exercício profissional ao longo da sua carreira com o objetivo de apoiar os utentes a alcançarem o potencial máximo ao nível da saúde, sendo elementos fundamentais na Promoção da Saúde (OE, 2021). Além

disso, o EEESMO tem como missão promover a saúde e a transição saudável no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva da mulher (OE, 2021).

Segundo Rodrigues et al. (2018) considera-se que a promoção da saúde possibilita o conhecimento e a autonomia da mulher na vivência da gravidez, do TP, do parto e do puerpério. Neste sentido, durante a prestação de cuidados à mulher, ao RN e à família, o EEESMO deve ir ao encontro das necessidades da mulher e das pessoas que lhe são significativas. Este deve agir no âmbito do período pré-concepcional, de modo a que a mulher reúna as melhores condições de saúde para engravidar; durante a gravidez, nomeadamente na avaliação da evolução e promoção da adaptação à gravidez; na adaptação à parentalidade; na preparação para o parto, com elaboração de um plano de parto; no momento do TP, nomeadamente a avaliação da evolução, e assistência à mulher e pessoa significativa na obtenção de uma experiência positiva do parto; no pós-parto, ao nível da avaliação da evolução e promoção da recuperação pós-parto; na saúde do recém-nascido, nomeadamente a vigilância do desenvolvimento infantil e promoção das competências parentais, entre outros (OE, 2019; OE,2021).

Relativamente à PPP, esta é parte integrante da responsabilidade do EEESMO, dada a abrangência da sua intervenção ao nível das temáticas da gravidez, do parto e do puerpério, sendo realizados maioritariamente nos Cuidados de Saúde Primários do SNS (DGS, 2020).

A área de enfermagem apresenta vários modelos e teorias que sustentam a nossa prática clínica, uma delas é o MPS de Nola Pender. Este modelo baseia-se na promoção da saúde, centrada no indivíduo para melhorar o seu comportamento e consequentemente a sua saúde, tendo o enfermeiro um papel fulcral na assistência à pessoa no seu autocuidado, incentivando à adoção de comportamentos promotores de um estilo de vida saudável (Pender et al., 2014).

O MPS de Nola Pender é constituído por três pilares ('vide' figura 1 abaixo), são eles, as características e experiências individuais, os sentimentos e os conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o resultado do comportamento (Victor et al.,2005). Quanto ao primeiro, as características e experiências individuais, estas têm por base o comportamento anterior, o que deve ser alterado e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais) (Victor et al., 2005). No que se refere aos sentimentos e aos conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar, estes compreendem várias variáveis: compreender os benefícios e barreiras da ação, compreender a auto-eficácia (julgamento da sua capacidade pessoal para gerir e

executar a ação); entender os sentimentos associados ao comportamento (positivo ou negativo) e influências interpessoais e situacionais/ambientais (Victor et al., 2005). Por fim, o resultado do comportamento, que engloba o compromisso com o plano de ação; as exigências imediatas e preferências, isto é, uma mudança imediata leva a um baixo controle enquanto as preferências pessoais têm um controle maior por parte da pessoa; e o comportamento de promoção da saúde, que é o resultado final da implementação do MPS (Victor et al.,2005).

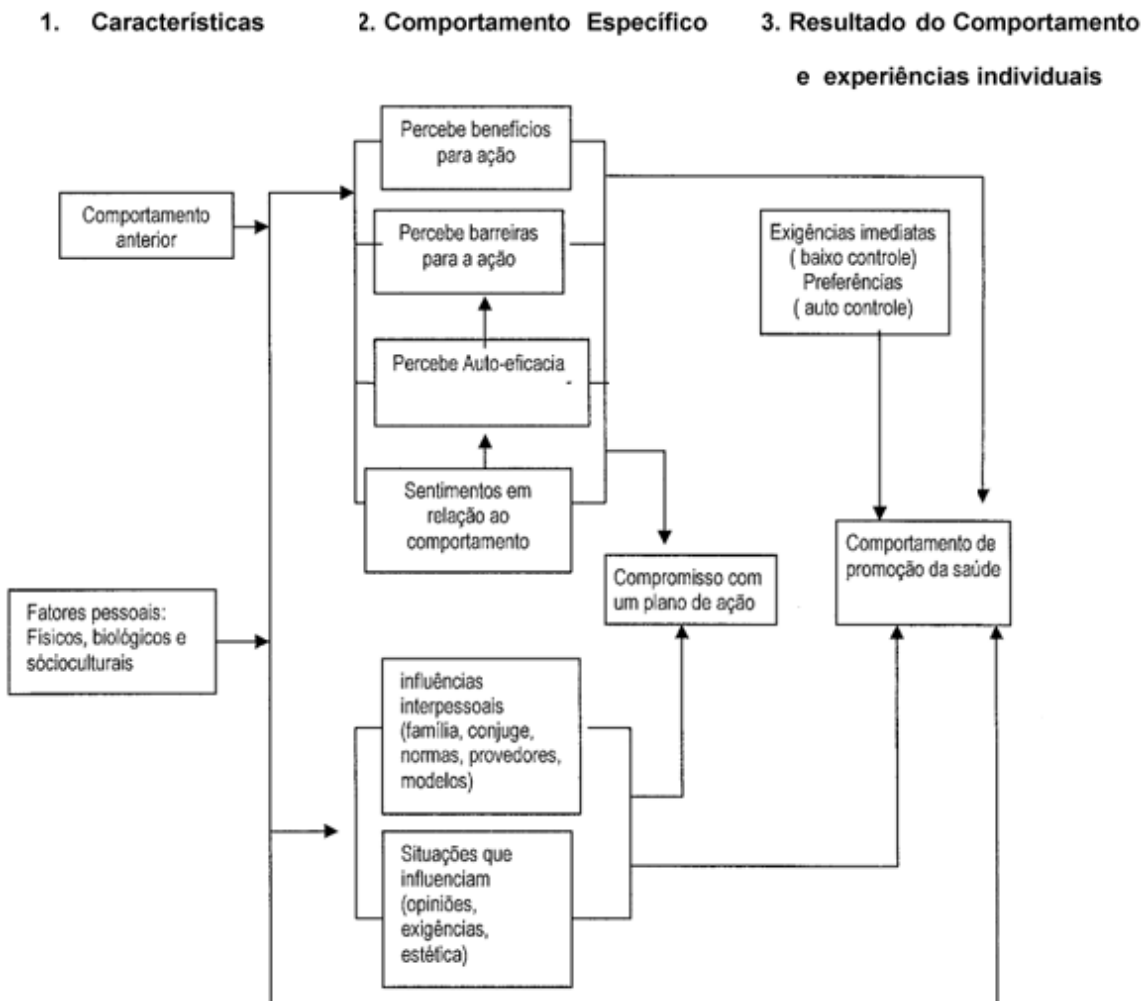


Figura 1 - Diagrama do MPS da Nola Pender. FROM: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>.

2.2. PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

A gravidez é uma fase de vida que apresenta alterações ao nível físico, psicológico e biológico da mulher. Esta etapa envolve sentimentos positivos de felicidade e satisfação, mas também, negativos, tais como, o medo, a insegurança e a dúvida (Frias et al., 2021). A PPP é, por isso, fundamental para atenuar tais sentimentos

negativos e encorajar a mulher e casal ao longo deste processo, que abrange a gravidez, o parto, o pós-parto e a parentalidade (Frias et al., 2021).

Os Programas de PPP têm como objetivo desenvolver a confiança e promover competências na mulher grávida, no casal e na família, que vivenciam a gravidez, o parto e a transição para a parentalidade. A PPP é constituída por intervenções realizadas na comunidade, diretamente com grávidas e casais, para esclarecimento de dúvidas e transmissão de informação, contribuindo para uma vivência positiva da gravidez, do parto, do puerpério e da parentalidade (DGS, 2020). Ainda de acordo com a DGS (2020), este é um recurso fulcral para a mulher e para o casal, não só pela aquisição de conhecimentos, mas também pela reflexão sobre atitudes e comportamentos face aos desafios que se apresentarão futuramente.

A informação esclarecida é essencial para uma vivência positiva da gravidez, do parto, do puerpério e da transição para a parentalidade já que:

Muitas grávidas, sobretudo as nulíparas e primíparas, baseiam parte substantiva do seu conhecimento em relatos orais, empíricos e, muitas vezes, focados nas complicações obstétricas. Tal facto, associado à inexperiência, pode gerar níveis elevados de ansiedade, insegurança e medo, com repercussões negativas na vivência do parto e da própria maternidade. Fenómeno semelhante pode ocorrer em mulheres múltiparas que vivenciaram más experiências de parto anteriores. (DGS, 2020, p.17)

Segundo a DGS (2015) a PPP permite a partilha, a expressão e o esclarecimento de dúvidas, medos e angústias por parte da mulher e casal, num ambiente de suporte, podendo ser ele realizado individualmente ou em grupo. A partilha de conhecimentos em grupo constitui uma mais-valia e é favorável, uma vez que a mulher e o casal se sentem compreendidos pelos elementos do grupo. Deste modo, ocorre um aumento da autoestima e da autoconfiança relativa às suas capacidades para enfrentarem os seus medos e ansiedades, identificando com maior facilidade as estratégias mais adequadas para ultrapassar os seus receios durante a gravidez, o parto e o puerpério (Frias, 2014). De facto, e como foi referido anteriormente, de acordo com a DGS (2020, 2015) a PPP promove o conhecimento, o bem-estar, a confiança e a segurança da mulher e casal

através de um processo informativo, esclarecedor e participativo, sendo um direito de acessibilidade por parte de todas as mulheres e casais durante a gravidez.

Posto isto, e verificando que a PPP apresenta inúmeros benefícios para a mulher e casal há necessidade de reforçar o apoio dos serviços de saúde às mulheres e aos casais, através dos programas de PPP. O apoio fornecido pelo SNS é maioritariamente realizado através dos cuidados de saúde primários pela proximidade à população, mas também, pelos hospitais (DGS, 2020). A Lei n.º 142/99, de 31 de agosto no artigo n.º 7 da alínea d) diz-nos que os serviços de saúde relativamente aos futuros pais devem “Incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde” (p. 5996).

3. METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo irei abordar de forma sistemática a importância da influência da PPP no TP e no parto. De modo a sistematizar esta temática recorreu-se à estratégia metodológica ‘Scoping Review’ com o objetivo de mapear a evidência científica sobre esta temática.

Uma ‘Scoping Review’ é um método que procura sintetizar questões de pesquisa de forma sistemática, transparente e com fiabilidade nos seus dados. Este método permite ser replicado por outros autores em diferentes contextos (Salvador et al., 2021). De acordo com Amendoeira et al. (2021), na atualidade, a ‘Scoping Review’ é considerada um instrumento fundamental para a área de enfermagem, tendo por base a evidência científica, que quando emparelhada à experiência profissional, alcança a prática baseada na evidência.

3.1. ‘SCOPING REVIEW’

Uma ‘Scoping Review’ deve seguir determinados elementos, tais como, formular a questão de revisão, definir critérios de inclusão, localizar os registos através da pesquisa, selecionar os estudos incluídos, avaliar a qualidade metodológico desses mesmos estudos, e, por fim, extrair os dados, analisar e sintetizar os estudos que apresentam relevância (Amendoeira et al., 2021).

A questão de revisão definida foi “Qual a influência da preparação para o parto e parentalidade na mulher no TP e parto?”. A partir desta questão, definiu-se como objetivo mapear a evidência científica da influência da PPP na mulher no TP e parto. Para mapear a evidência científica existente e atual em relação à influência da PPP na mulher durante o TP e parto, foi elaborada uma ‘Scoping Review’, de acordo com o protocolo JBI (2020).

De seguida, foram definidos critérios de inclusão, como podemos observar na tabela 1, de acordo com a dimensão da questão de revisão, utilizando a mnemónica

PCC, isto é, participantes, conceito e contexto. Os tipos de estudos incluídos na ‘Scoping Review’ poderão ser de paradigma qualitativo, quantitativo ou ambos (misto).

Critérios de Inclusão	
Participantes	Mulheres que tenham feito preparação para o parto e com experiência de parto.
Conceitos	Educação pré-natal, Preparação para o Parto e Parentalidade, Trabalho de parto e Parto, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
Contexto	Meio Hospitalar e comunitário.

Tabela 1- Critérios de Inclusão da Pesquisa

Iniciou-se a estratégia de pesquisa através da Plataforma ‘MeSHbrowser’ no dia 7 de março de 2023 entre as 10:15 horas e as 11:00 horas, onde foram validados descritores individualmente que iriam integrar a ‘Scoping Review’. Os descritores integrados foram: ‘Obstetric Delivery’; ‘Obstetric Labor’; ‘Parturition’; ‘Prenatal Education’; ‘Nurs*’ e ‘Women’.

De seguida, foram utilizados termos naturais/indexados relativamente ao termo ‘Prenatal Education’, tais como, ‘Antenatal Education’, ‘Antenatal Parenthood Education’, ‘Childbirth Education’ e ‘Expectant Parent Classes’, de modo a alargar os resultados de pesquisa relativamente a esta temática. Além disso, foi acrescentado na expressão de pesquisa ‘Nurs*’ por não se obterem resultados com o termo ‘MeSH’ ‘Nurses Midwives’ ou ‘Midwifery’ quando conjugados com os restantes termos, desta forma, optou-se por ‘Nurs*’ por ser um termo que permite ampliar a investigação na área da enfermagem.

Na 2ª fase os descritores e termos naturais foram unidos com os booleanos, ‘AND’ e ‘OR’, resultando a seguinte expressão de pesquisa: (‘Prenatal Education’ OR ‘Antenatal Education’ OR ‘Antenatal Parenthood Education’ OR ‘Childbirth Education’ OR ‘Expectant Parent Classes’) AND (‘Obstetric Labor’ OR ‘Obstetric Delivery’ OR ‘Parturition’) AND ‘Women’ AND ‘Nurs*’.

De seguida, na 3ª e 4ª fase, foram selecionadas bases de dados, recorrendo às seguintes plataformas: ‘EBSCOhost’ (‘CINAHL complete’, ‘MEDLINE Complete’, ‘Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive’, ‘Cochrane Database of Systematic Reviews’ e ‘MedicLatina’), PubMed e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal – RCAAP.

Para a pesquisa recorreu-se às plataformas e bases de dados descritas anteriormente, e definiram-se os limitadores universais e específicos apresentados na tabela 2, abaixo indicada.

Base de Dados		Limitadores Específicos	Limitadores Universais
EBSCO host	CINAHL	Resumo disponível, Prática baseada em evidência, Humano	Texto completo; friso temporal da data de publicação: 2018 a 2023;
	Medline	Resumo disponível, Humano.	
	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive		
	Cochrane Database of Systematic Reviews		
	MedicLatina.		
Pubmed		Resumo disponível, Humano.	
RCAAP		Português, inglês e espanhol.	

Tabela 2 - Limitadores Específicos e Universais

De seguida, iniciou-se a pesquisa nas bases de dados por descritor, seguido de conjugações possíveis entre os mesmos, originando os seguintes dados apresentados nas tabelas seguintes (tabela 3 e 4):

Search	Query (Prenatal Education OR Antenatal Education OR Antenatal Parenthood Education OR Childbirth Education OR Expectant Parent Classes) AND (Obstetric Labor OR Obstetric Delivery OR Parturition) AND Women AND Nurs*	Records retrieved EBSCO host					Records retrieved PubMed
		CIHNAL	MEDLINE	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Cochrane Database of Systematic Reviews	Mediclatina	
#1	S1 – Prenatal Education OR Antenatal Education OR Antenatal Parenthood Education OR Childbirth Education OR Expectant Parent Classes	71	94	26	0	6	159
#2	S2 – Obstetric Labor OR Obstetric Delivery OR Parturition	552	2676	9	0	33	5343
#3	S3 – Women	15202	95511	8847	0	4492	176671
#4	S4 – Nurs*	18400	52363	11679	0	2259	80049
#5	S1 AND S2	19	31	1	0	1	39
#6	S1 AND S3	50	80	22	0	5	1496
#7	S1 AND S4	20	38	10	0	0	59
#8	S2 AND S3	414	1884	2	0	25	3928
#9	S2 AND S4	131	440	2	0	8	995
#10	S3 AND S4	1841	8127	1107	0	342	14571
#11	S1 AND S2 AND S3 AND S4	3	14	1	0	0	24

Tabela 3 - Dados obtidos nas bases de dados.

Search	(Preparação para o Parto e Parentalidade)	Records retrieved RCAAP
#1	Preparação para o Parto e Parentalidade	5

Tabela 4 - Dados Obtidos na Literatura Cinzenta.

Após a pesquisa nas bases de dados mencionadas foram identificados 47 artigos. Através da utilização do ‘PRISMA 2020 Flow Diagram’ (figura 2) verificou-se que 8 artigos se encontravam duplicados resultando em 39 artigos. Destes 39 artigos, 4 foram eliminados após leitura do título e do resumo por não se encontrarem de acordo com os critérios de inclusão supracitados. Reuniram-se 35 artigos que foram enumerados e revistos na íntegra, tendo-se excluído 2 artigos por não apresentarem objetivo de estudo (razão 1), 2 artigos por não apresentarem resultados/discussão/conclusão (razão 2), 26 artigos por não irem ao encontro dos contributos da questão de revisão (razão 3). Foram incluídos no estudo 5 artigos (tabela 5): 1 estudo experimental e prospectivo, 2 estudos mistos e 2 revisões sistemáticas da literatura. Embora se tenha encontrado 2 estudos secundários, um com enfoque na PPP, nomeadamente na capacitação durante o TP e parto, e outro com base nas técnicas de respiração e relaxamento apreendidas na fase pré-natal, a presente ‘Scoping Review’ mantém a sua pertinência uma vez que pretende estudar a influência da PPP no TP e parto. De qualquer modo, considereei pertinente englobar as revisões sistemáticas, por mapearem evidência científica atual e apresentarem contributos para a questão de revisão do tema de investigação.

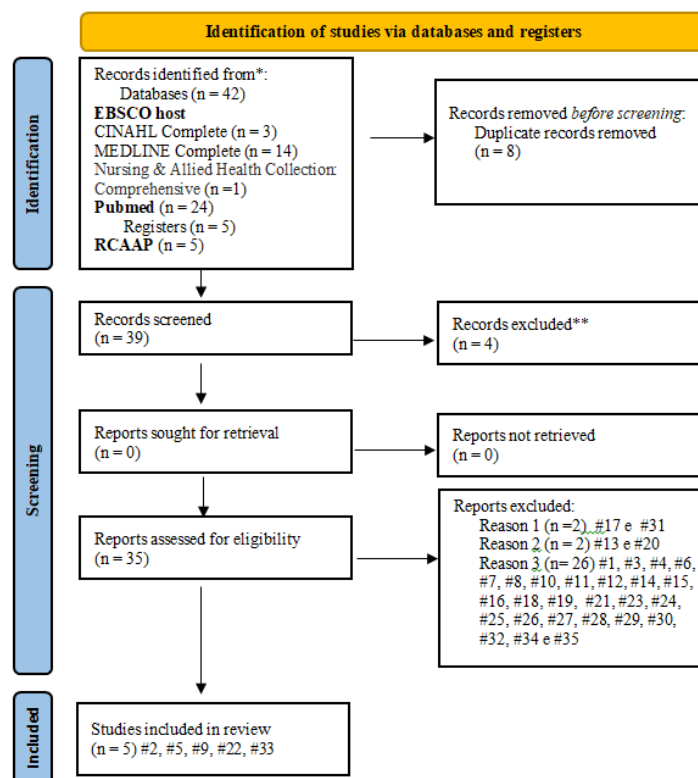


Figura 2: PRISMA 2020 Flow Diagram. *From:* Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

Nº de Artigo	Artigos Selecionados
2	Primiparous women's knowledge and satisfaction based on their attendance at childbirth preparation classes.
5	The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: a systematic review.
9	Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes.
22	Effect of childbirth education on the perceptions of childbirth and breastfeeding self-efficacy and the obstetric outcomes of nulliparous women.
33	Preparação para o parto e parentalidade – a sua influência na experiência de trabalho de parto e parto.

Tabela 5 - Artigos Selecionados

Após leitura cuidadosa dos artigos selecionados, foram extraídos os dados significativos para responder à questão da revisão de literatura e pode ser consultado no protocolo que se encontra em Anexo I. Posteriormente, serão apresentadas a análise e síntese dos principais resultados obtidos a partir dos artigos selecionados e que contribuíram para o presente estudo.

3.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Segundo a OE (2012) o parto está associado a medos e mitos, podendo resultar em dor e ansiedade pelo desconhecido, sendo estes prejudiciais ao desenvolvimento normal da mulher. Hassanzadeh et al. (2020) corrobora, referindo que a falta de conhecimento e o medo do desconhecido durante a gravidez e o parto tornam as grávidas preocupadas e ansiosas, podendo resultar em consequências, como, parto pré-termo e leve para a idade gestacional.

Hassanzadeh et al. (2020) enfatizam que a educação pré-natal tem efeitos benéficos para a mulher, nomeadamente, no aumento de conhecimentos, na diminuição do medo, da ansiedade e da depressão, na preparação para o momento do parto e na melhoria da sua saúde. Ademais, Hassanzadeh et al. (2021) mencionam que as mulheres que frequentam Programas de PPP regularmente apresentam melhores níveis de conhecimento, menor ansiedade sobre o TP e parto, e consequentemente, promovem a sua saúde e a sua experiência positiva com o parto.

A educação pré-natal está englobada na educação em saúde, sendo considerada como prevenção primária. A definição de promoção da saúde foi estabelecida em 1986 a partir da Carta de Ottawa, afirmando que a promoção da saúde “é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (p.1). Segundo a DGS (2015) a educação pré-natal é realizada

ao longo do período da gravidez, onde a PPP se encontra inserida. A educação pré-natal aborda as seguintes temáticas, a gravidez, o parto, o puerpério e a parentalidade que podem afetar a grávida e a sua família.

Os enfermeiros, como profissionais de saúde, tem o dever de realizar educação pré-natal promovendo a melhoria dos conhecimentos das mulheres grávidas na área da gravidez, do parto e pós-parto. Algumas das temáticas abordadas compreendem as mudanças fisiológicas da gravidez, o desenvolvimento fetal, o TP e o parto, os sinais de alerta, os desconfortos na gravidez, os métodos não farmacológicos para alívio da dor em TP, a amamentação e, por fim, os cuidados ao RN (Hassanzadeh et al., 2021).

Os Programas de PPP permitem às mulheres e casais partilharem e esclarecerem os seus medos e angústias relativamente a esta fase de vida, num ambiente seguro e de suporte mútuo entre os elementos do grupo (DGS, 2015). Segundo Pais (2022), as mulheres que frequentam os Programas de PPP e as consultas de vigilâncias na fase pré-natal, afirmam receber as informações necessárias para este ciclo de vida, sendo um momento favorecedor para o esclarecimento de dúvidas. Desta forma, a PPP apresenta um papel de extrema importância na capacitação da mulher/casal para vivenciarem e experienciarem um parto positivo e responsável (OE, 2012).

Pais (2022) afirma, no seu estudo, que a estratégia em grupo é benéfica para a mulher, contribuindo para a promoção da saúde e, posteriormente, para a autonomia da mesma enquanto parturiente. Os benefícios são vários, a saber, a partilha de experiências, a aprendizagem, o esclarecimento e a expressão de medos e dúvidas. Indo ao encontro desta ideia, Frias et al. (2021) e Leutenegger et al. (2022), afirmam que a preparação para o parto é de extrema importância pelos benefícios que apresenta na mulher, uma vez que aumenta a sua autoconfiança, a sua segurança e os seus conhecimentos. Bilgina et al. (2019) enfatiza esses benefícios, afirmando que mulheres com educação pré-natal referem alívio da dor durante o TP e parto, recorrem com mais frequência a métodos não farmacológicos uma vez que se sentem mais preparadas para lidar e controlar a dor durante o parto.

Leutenegger et al. (2022) apresentam métodos não farmacológicos, tais como técnicas de respiração e de relaxamento durante as aulas de educação pré-natal como favorecedoras do alívio da dor no parto. Além disso, afirmam que mulheres que tem conhecimentos antes do TP sobre métodos de relaxamento para controlo da dor, tais como, massagens e outros, e os aplicam, referem sensação de alívio e diminuição de desconforto. Ademais, os Programas de PPP têm um efeito positivo na autoeficácia

associada à solicitação de suporte farmacológico, nomeadamente de analgesia epidural e na memória da dor do parto, assim como, no maior autocontrolo relativamente ao seu TP e parto (Leutenegger et al., 2022).

A educação pré-natal torna-se, deste modo, importante no empoderamento da pessoa e família, fazendo com que os indivíduos apresentem maior controlo na sua tomada de decisão e nas suas ações (Carvalho, 2012). A preparação para o parto é definida pela OE (2021) como sendo

Um programa de saúde concebido e implementado por EEESMO, que visa desenvolver na mulher, e na pessoa significativa para si, significados facilitadores, conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização da relação entre os seus recursos e a evolução do TP, promotores de uma experiência de parto positiva. O conteúdo específico de cada uma das intervenções deverá ter por referência o resultado da avaliação inicial das expectativas, significados, conhecimentos e capacidades da mulher e da pessoa significativa que escolheu para a acompanhar durante o TP. Após a avaliação das necessidades, as intervenções poderão ser implementadas individualmente/casal ou em grupo. (p. 21)

Destacando ainda, a importância de fornecer informação e de praticar técnicas de respiração e relaxamento durante a educação pré-natal, as mulheres que frequentam aulas de PPP com técnicas de respiração e relaxamento integradas apresentam melhores resultados maternos e neonatais (Leutenegger et al., 2022). Seguindo esta linha de pensamento, Bilgina et al. (2019) defende que a educação pré-natal ajuda as mulheres a desenvolverem consciência e pensamentos positivos sobre o parto por meio de repetição contínua de técnicas cognitivas que podem ser aplicadas durante o TP e parto.

A PPP traduz autoeficácia na mulher durante o TP e parto, uma vez que as prepara para identificarem facilmente a unidade de saúde, em caso de emergência, terem conhecimento do direito à presença de um acompanhante durante o TP e Parto; facilita o envolvimento na tomada de decisão; a redução de complicações maternas/neonatais; a informação das posições a adotar durante o TP e parto; a capacitação nas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, entre outros (Pais, 2022).

De acordo com a DGS (2015) a utilização de rastreios e intervenções associadas à educação para a saúde na fase pré-natal são favorecedoras em saúde e diminuem morbilidades ao nível materno e perinatal. Indo ao encontro desta ideia, Bilgina et al. (2019) afirmam que a educação sobre o parto é a forma mais acessível para promover a saúde materna e fetal. Ainda assim, as perceções relativas ao desfecho do parto e intervenções obstétricas associadas ao parto (tipo de parto, ITP e episiotomia) não são alteradas devido à educação para a saúde (Bilgina et al., 2019).

Segundo Hassanzadeh et al. (2021, p. 2562) “As aulas de preparação para o parto têm sido valorizadas pelas mulheres como um processo positivo”, todavia, Bilgina et al. (2019) verificam que são as mulheres com maior escolaridade e com atividade laboral as que têm uma maior predisposição e vontade para participar em Programas de PPP e em serviços oferecidos para seu benefício, talvez por apresentarem maior consciência sobre o assunto, reconhecerem as lacunas do seu conhecimento e da sua experiência.

As aulas de PPP vão ao encontro das necessidades educacionais da mulher, reduzem a ansiedade materna sobre o parto e encorajam para o TP e parto eutócico (Hassanzadeh et al. 2021). Deste modo, as grávidas devem ser incentivadas a aderir ao máximo de sessões que possam, uma vez que, mesmo que não participem em todas as sessões, existem benefícios associados à sua participação. Assim, os autores afirmam que as aulas de preparação para o parto são recomendadas e devem ser consideradas como uma componente de rotina na educação pré-natal (Hassanzadeh et al., 2020, 2021). Também, Bilgina et al. (2019, p.198) afirmam que “(...) apenas a educação pré-natal sistemática melhora o gerenciamento do processo de nascimento e a satisfação com a experiência do parto”. Deste modo, enfermeiros e parteiras podem, portanto, desempenhar um papel importante na educação pré-natal e incentivar as mulheres grávidas a frequentarem Programas de PPP (Hassanzadeh et al., 2021).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021) o EEESMO centra os seus cuidados na promoção da saúde e na transição saudável no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutivo, indo ao encontro das necessidades da mulher e das pessoas significativas para si. Segundo os mesmos autores, o EEESMO, ao nível pré-natal, centra os seus cuidados na “promoção da adaptação à gravidez, promoção da adaptação à parentalidade e a preparação para o parto” (OE, 2021, p.17).

A educação para a saúde e o treino nas aulas de PPP por parte do enfermeiro reduz o medo e a ansiedade das mulheres e aumenta a autoconfiança e autocontrolo

durante as dores no parto (Hassanzadeh et al., 2021). A OE (2021) salienta a ideia anterior afirmando que o apoio pré-natal por parte do EEESMO promove a autoconfiança da mulher durante o TP.

Assim, a PPP é vista como uma estratégia de educação e promoção para a saúde, que tem como objetivo promover a tomada de decisão informada e a participação ativa da mulher/casal, para vivenciarem uma experiência de parto positiva (Pais, 2022). Por isso, “parteiras e enfermeiras desempenham um papel importante na promoção do parto vaginal e também de estilo de vida saudável para mães durante a gravidez e pós-parto” (Hassanzadeh et al., 2021, p. 2564). O papel do EEESMO na assistência pré-natal contribui para a experiência positiva da gravidez, apresentando benefícios ao nível físico e sociocultural, o que garante a saúde da mulher e do seu filho, numa transição saudável para a parentalidade (OE, 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do Estágio IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Parto posso afirmar que consegui alcançar de forma progressiva os objetivos inicialmente propostos no projeto de aprendizagem. Além disso, compreendi qual o papel do EEESMO junto da mulher, do RN e da família no Serviço de BP e Urgência Obstétrica através da aquisição de competências inerentes ao mesmo. As competências adquiridas foram diversas, cuidar da mulher durante o período pré-natal, o TP e o pós-parto, mantendo o bem-estar da mulher, do feto/RN e da família (OE, 2019a). Também a prática clínica foi favorecedora para desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio do desenvolvimento da aprendizagem profissional; da responsabilidade profissional, ética e legal, e do domínio da gestão de cuidados (OE, 2019b). Do mesmo modo, foram atingidos conhecimentos e competências necessárias para atingir o grau de mestre conforme preceitua o Despacho n.º 6945/2020, artigo n.º2, particularmente, a aquisição e aplicação de conhecimentos em diferentes contextos, encontrar soluções ou identificar juízos acerca da responsabilidade ética e social que resulte dessa solução e comunicar conclusões e conhecimentos de forma clara.

Ao longo da elaboração do presente relatório refleti e analisei de forma crítica e fundamentada com evidência científica as experiências vivenciadas, de acordo com as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio. Outrossim, fiz referência às principais dificuldades sentidas e às estratégias utilizadas para as colmatar, nomeadamente ao nível do toque vaginal e da reconstrução perineal. As estratégias utilizadas tiveram por base a consolidação de conhecimentos, a prática clínica e a partilha de experiências, dúvidas e anseios com a enfermeira orientadora, o que se denotou uma evolução nos meus conhecimentos, na minha técnica e posterior, confiança e autonomia na prática de cuidados à mulher, ao RN e à família. Além do anteriormente mencionando, senti algum receio e ansiedade no momento do 2º estadio de TP, por este ser um momento incerto relativamente ao seu desfecho. No entanto, com a consolidação de conhecimentos, com a aquisição de competências e com o aumento de experiências

vivenciadas durante o estágio fui progressivamente melhorando a minha segurança e autonomia durante a expulsão fetal, sentindo confiança durante a condução do TP da mulher, respeitando a sua vontade e mantendo uma comunicação eficaz.

O MPS de Nola Pender foi o modelo teórico de enfermagem mobilizado nos cuidados de enfermagem, sendo estes prestados à mulher e família assegurando o bem-estar da mulher, feto/RN e família através da promoção da saúde no momento de TP, do parto e do pós-parto.

No presente relatório é apresentada a temática “Preparação para o Parto e Parentalidade: A influência no Trabalho de Parto e Parto”, tendo sido realizada a interligação com a prática clínica. Durante a prática tive a oportunidade de acompanhar diversas mulheres no momento do TP e parto com diferentes conhecimentos acerca desta área, o que se refletiu no seu desempenho no momento do TP e parto, comprovando a importância da educação pré-natal por parte do EEESMO.

Assim, denotei através da comunicação verbal e não verbal, que as mulheres apresentam sentimentos negativos associados ao momento do parto, nomeadamente, o medo, a preocupação e a ansiedade. Esta afirmação vai ao encontro dos autores analisados, que referem que as mulheres que não realizam educação pré-natal apresentam menos conhecimentos relativamente ao momento do TP e parto, seguidos de sentimentos negativos pelo desconhecido. Desta forma, as mulheres que frequentam os programas de PPP e as consultas de vigilâncias na fase pré-natal, demonstram conhecimentos necessário a esta fase de vida, nomeadamente sobre a gravidez, o parto, o pós-parto e a parentalidade. Também a PPP realizada por EEESMO favorece o esclarecimento de dúvidas, aumenta conhecimentos e, posteriormente, diminui sentimentos de medo e ansiedade sobre o parto. Além disso, permite promover, por parte da mulher, o autocontrolo da dor durante o TP e parto através do conhecimento de medidas farmacológicas e não farmacológicas, aumentando a autoconfiança e o autocontrolo durante o TP e parto, e por fim, melhorando a saúde materno-fetal.

Relativamente à influência da PPP é possível afirmar que a PPP influencia a mulher durante o TP e parto, contribuindo para a experiência de parto positiva. Após a realização do estudo da temática de investigação, cruzado com a prática clínica, comprovou-se a verdadeira importância do EEESMO enquanto promotor de saúde. Os resultados obtidos foram apresentados e disseminados à equipa multidisciplinar onde me insiro de modo a partilhar a informação atualizada, a consciencializar os

profissionais de saúde da importância desta reflexão para a promoção da saúde na mulher e casal e para os incentivar a participação nestas formações.

Efetivamente, é importante enquanto futura EEESMO sensibilizar as mulheres e casais da importância da realização de programas PPP e da educação e vigilância pré-natal na sua globalidade. Relativamente ao tema em estudo, pode perceber-se que existe uma vasta evidência científica relativamente a esta temática, mostrando os benefícios e as vantagens da educação pré-natal no TP e parto. Porém, na prática, continua a verificar-se uma baixa adesão das mulheres/casais na participação de PPP. Neste sentido, pretendo continuar a aprofundar a temática da PPP na área da adesão/participação da mulher/casal na educação pré-natal, de modo a identificar o que leva verdadeiramente as mulheres e casais a não aderirem a PPP sendo esta tão benéfica, para que o EEESMO saiba como atuar e elucidar, persuadindo a mulher e o casal da importância da literacia em saúde na fase pré-natal.

No futuro pretendo acompanhar e contribuir para a capacitação das mulheres ao longo deste ciclo de vida, de modo a tornar a gravidez, o parto, o pós-parto e a parentalidade um momento positivo e o mais humano. Assim, tenho como objetivo pessoal integrar um grupo de PPP.

Encaro o programa de PPP como uma intervenção autónoma de enfermagem na medida em que o EEESMO, no seu papel de promotor de saúde, transmite conhecimentos, capacita tanto a mulher como o casal; permite desenvolver o autocontrolo na tomada de decisão, regula o medo/ansiedade; promove a autoeficácia e proporciona a segurança e o bem-estar da mulher, feto/RN e família. A PPP oferece um conjunto de vantagens que influenciam o TP e parto promovendo assim, na mulher/casal, uma experiência de parto positiva. Deste modo, a formação e a atualização contínua do conhecimento é fundamental para a prática clínica na medida em que se traduz na qualidade e segurança dos cuidados, assim como na satisfação da mulher, RN e família.

Em jeito de conclusão, posso afirmar que esta experiência foi positiva e enriquecedora, na medida em que alcancei de forma progressiva e evolutiva as competências expectáveis como futura EEESMO.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, J. S. (2021). *Integração dos enfermeiros e construção da identidade profissional: Contributos da supervisão clínica*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/39577>.
- Alçada, I. C. (2019). *A Episiotomia como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves: Que pertinência*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/27969>.
- Almeida, M., B. (2021). *O toque vaginal como um procedimento impulsivo e o seu significado para as parturientes*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/36034>
- Alves, A. R. (2016). Desenvolvimento de competências culturais no licenciado em enfermagem: estudo comparativo de análise qualitativa entre estudantes portugueses e brasileiros. [Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP. <http://hdl.handle.net/10400.14/21295>.
- Alves, S. I. (2018). *Perda Perinatal: Perspetiva da Díade Parental*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório ESEnfC.
- Alves, T. S., Fronza, E., & Strapasson, M. R. (2021). Motivos associados a opção da mulher pela gestação tardia. *Saúde e meio ambiente*, 10, 29-44. <https://doi.org/10.24302/sma.v10.3111>.
- Amendoeira, J., Silva, M. R., Ferreira, M. R. & Dias, H. (2021). Tutorial revisão sistemática de literatura: a scoping review. Repositório Ipsantarem. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>.
- Aveiro, C., & Velosa, T. (2016). A dor em obstetrícia. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melho

ria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf.

- Bilgina, N., Ak, B., Ayhan, F., Kocyigit, F., Yorgun, S., & Topcuoglu, M. A. (2019). Effect of childbirth education on the perceptions of childbirth and breastfeeding self-efficacy and the obstetric outcomes of nulliparous women. *Health care for women international*, 41(2), 188-204. 10.1080/07399332.2019.1672171.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., Cuthbert, A. (2017). Apoio contínuo às mulheres durante o parto. Base de Dados Cochrane Library, 7 (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>.
- Cardoso, V., Mineiro, A., Carracha, S., Varela, V., Monteiro, M., Santos, M., Carneiro, E., Sequeira, A. & Santos, M. (2020). Posicionamentos e Mobilidade da Grávida. In A. Sequeira, O. Pousa & C. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.92- 100). Lidel
- Carta de Ottawa (1986, novembro 17-21). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá.
- Despacho n.º 6945/2020 do Instituto Politécnico de Santarém (2020). Diário da república n.º 129/2020, II série de 6 de Julho (p. 254- 267). <https://dre.tretas.org/dre/4163729/despacho-6945-2020-de-6-de-julho>.
- Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2020). CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E A PARENTALIDADE CPPP CURSOS DE RECUPERAÇÃO PÓS- PARTO – CRPP. Lisboa. <https://docplayer.com.br/192796654-Cursos-de-preparacao-para-o-parto-e-a-parentalidade-cppp-cursos-de-recuperacao-pos-parto-crpp.html>.
- Fatia, A & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.308-320). Lidel.

- Fleck, A., & Piccinini, C. A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, 40, 14–30. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a03.pdf>.
- Franco, T. (2014). *A morte da criança/do jovem*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/16257>.
- Freitas, M. & Baptista, M. (2016). Adaptação à Vida Extrauterina: Cuidados Imediatos ao Recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (pp. 486). Lidel.
- Frias, A. (2014). Pedagogical conception of courses to psicoprophyllactic preparation for the birth. *International journal of developmental and educational psychology*, 1(4), 139-148. ISSN: 0214-9877
- Frias, A., Ressurreição, A., Lobão, A., Rodrigues, C. (2021). Preparação para o parto: Análise de conceito. P.25-37 no Livro: Soares, S. -2021- Enfermagem: Processos, Práticas e Recursos. Editora Atena.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedy, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC women's health*, 20, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01048-9>.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedy, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2021). Primiparous women's knowledge and satisfaction based on their attendance at childbirth preparation classes. *Nursing Open*, 8(5), 2558-2566. <https://doi.org/10.1002/nop2.787>.
- International Confederation of Midwives (2019). Essential competencies for midwifery practice 2018. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf.
- Joanna Briggs Institute (2020). Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis. Austrália. The University of Adelaide.

- Lei n.º 110/2019 da Assembleia da República (2019). Diário da República n.º 172/2019, I série, 9 de setembro (p. 1- 225).
- Lei n.º 142/99 da Assembleia da República (1999). Diário da República n.º 203/1999, Ia série, 31 de agosto (p. 5996- 6042).
- Lei no 156/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República, I série, 19 de setembro (p.8101-8105). <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>.
- Leutenegger, V., Grylka-Baeschlin, S., Wieber, F., Daly, D., & Pehlke-Milde, J. (2022). The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05178-w>.
- Ministério da saúde (2023a). Preparação para o Parto e Parentalidade. <https://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/preparacao-para-o-parto-e-parentalidade-bem-me-quer-2/>.
- Ministério da Saúde (2023b). Apresentação. <https://www.chmt.min-saude.pt/instituicao/>.
- Ministério da Saúde (2023c). Missão, visão e valores. <https://www.chmt.min-saude.pt/visao-missao-e-valores/>.
- Ministério da Saúde (2023d). Ginecologia e Obstetrícia . <https://www.chmt.min-saude.pt/3932-2/>.
- Ministério da Saúde (2023e). ██████████ – DÁ INÍCIO AO CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE – MÉTODO GENTLEBIRTH. <https://www.chmt.min-saude.pt/noticias/chmt-da-inicio-ao-curso-de-preparacao-para-o-nascimento-e-parentalidade-metodo-gentlebirth/>.
- Néné, M. e Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática*. Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental. *rpsp*, 2016, 002.

Ordem dos Enfermeiros (2021). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assembleia do colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Ordem dos Enfermeiros (2012). RECOMENDAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-a-prepara%C3%A7%C3%A3o-para-o-nascimento/>.

Ordem dos enfermeiros (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

Organização Mundial da Saúde (2018). *Who recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde (2022). *Who recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.

Pais, R. (2022). *Preparação para o parto e parentalidade—a sua influência na experiência de trabalho de parto e parto*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Santarém]. Repositório IPSantarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/4362>.

Parecer n.º 07/ 2016 da Ordem dos Enfermeiros (2016). Formação especializada. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_07_13_12_2016_FormacaoEspecializada.pdf.

Parecer N.º 7 / 2012 da Ordem dos Enfermeiros (2012). Plano de Parto. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice*. Edição n.º7. Editora Pearson.

PORDATA (2023a, 28 de abril). Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por nacionalidade da mãe.

<https://www.pordata.pt/portugal/nados+vivos+de+maes+residentes+em+portugal+total+e+por+nacionalidade+da+mae-2512>.

PORDATA (2023b, 4 de maio). Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho.

<https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>.

Prada, F. & Rafael, M. (2016). Desvio ao TP normal. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.368 – 375). Lidel

Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Diário da República*, II série, 3 de maio (p.13560-13565). <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Diário da República*, II série, 6 de fevereiro (p.4744-4750). <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). *Diário da república* n.º79/2015, II série (p. 100087-10090). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>.

Rodrigues, F. R., Covos, J. S., Covos, J. F. & Rodrigues, B. C. (2018). Pré-natal humanizado: estratégias de enfermagem na preparação para o parto ativo. *Rev Saúde em Foco*, 9(10), 89-100.

Salvador, P. T. C., Alves, K. Y. A., da Costa, T. D., & Horacio, R. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Rev Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 6, 6-34. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>

Santos, L. M., Santos, L. M. da S., Brandão, M. M., Cerqueira, E. A. C., Ramos, M. de S. X., & Carvalho, E. S. de S. (2018). Associação entre perineorrafia e problemas perineais, atividades habituais e necessidades fisiológicas afetadas. *Revista Cuidarte*, 9(2), 2233–2244.

- Sequeira, A, Prata, A., Correia, T., Henriques, C. & Monteiro, M. (2020). Terceiro Estádio do Trabalho de Parto (dequitadura). In A. Sequeira, O. Pousa & C. Amaral. *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.162- 169). Lidel.
- Sequeira, A, Prata, A., Correia, T., Henriques, C. & Monteiro, M. (2020). Terceiro Estádio do Trabalho de Parto (dequitadura). In A. Sequeira, O. Pousa & C. Amaral. *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.162- 169). Lidel.
- Teixeira, J. (2022). *Comunicação EEESMO-Parturiente: A Influência na Progressão do Trabalho de Parto* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Santarém]. Repositório IPSantarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/4350>.
- Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (3), 235-240. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>.

APÊNDICE

APÊNDICE I – PROJETO DE APRENDIZAGEM

Escola Superior de Saúde de Santarém

**PROJETO DE ESTÁGIO IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Parto**

Projeto Individual

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Mariana José Rodrigues

Orientação:

Teresa Margarida Inácio Silva Carreira

Março, 2022

ACRÓNIMOS E SIGLAS

CTG – Cardiotocografia

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

IPSantarém – Instituto Politécnico de Santarém

RN – Recém-nascido

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO	6
2. PROJETO DE ESTÁGIO	8
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

ÍNDICE DE TABELA

Tabela 1 - Projeto de Aprendizagem relativo ao Estágio IV	8
---	---

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Parto, do 2º semestre do 2º ano do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do Instituto Politécnico de Santarém (IPSantarém), orientada pela docente Teresa Carreira, foi-me proposto a elaboração de um projeto de aprendizagem.

O Estágio IV irá decorrer ao longo de 20 semanas, compreendido entre 27 de março e 21 de julho de 2023 com a durabilidade de 760 horas totais, sendo que são 560 horas de prática clínica com o acompanhamento de EEESMO com grau de mestre. O presente estágio decorre num hospital de nível I pertencente à Associação Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo no serviço de Bloco de Partos e Urgência Ginecológica e Obstétrica.

O estágio tem como objetivos prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido (RN) em situação de saúde e doença; integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença, e por fim, elaborar o relatório de estágio que será objeto de apreciação e discussão pública.

O presente projeto contempla os objetivos específicos, as atividades previstas para a sua consecução, os recursos necessários, e a calendarização prevista das atividades. Os objetivos específicos serão definidos em três momentos distintos, são eles, ao nível da quinta, décima segunda e vigésima semana de estágio.

Para prestar cuidados de qualidade à mulher/RN/família o enfermeiro deve reger-se pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e no Regulamento das competências específicas do EEESMO. Definindo que o enfermeiro deve prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, assim como, cuida da mulher em idade fértil inserida na comunidade.

Além do anteriormente mencionado, o enfermeiro deve utilizar na sua prática de cuidados os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista expostos no artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, são elas, a

responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De modo a direcionar este projeto foi definido como objetivo geral, (I) sistematizar objetivos e atividades a desenvolver ao longo do estágio IV e como objetivos específicos, (II) caracterizar o local de estágio, (III) delinear objetivos específicos para este estágio, (IV) planejar atividades a desenvolver ao longo do estágio, (V) identificar os recursos necessários para atingir os objetivos e por fim, (VI) definir a calendarização das atividades a desenvolver durante o estágio.

O presente trabalho apresenta-se dividido em três capítulos, sendo o primeiro uma breve caracterização dos serviços, no segundo capítulo o projeto a que me proponho desenvolver ao longo do presente estágio e por fim, no terceiro capítulo uma breve conclusão.

1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O hospital tem como visão ser um hospital de referência na prestação de cuidados de saúde diferenciados, investido na inovação e na evolução de serviços especializados e eficientes através da gestão de recursos, tendo como principal objetivo a satisfação dos utentes (Ministério da Saúde, 2022).

O Centro Hospitalar tem como missão:

(...) a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, assumindo-se como um Centro de elevada competência na organização e prestação assistencial, através de uma aposta na investigação, desenvolvimento e inovação, promovendo a complementaridade entre as três Unidades Hospitalares que o integram, definindo assim um perfil assistencial coerente, garantindo-se a acessibilidade e uma melhor abordagem clínica através da valorização e retenção de profissionais competentes e qualificados e em interação com outras Entidades para a melhoria das condições de saúde dos seus utentes/clientes (Ministério da Saúde, 2022, s.d.)

O Centro Hospitalar apresenta o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, tendo como missão “prestar cuidados de excelência em saúde, à mulher em trabalho de parto e com patologia aguda obstétrica e ginecológica” (Ministério da Saúde, 2011, p.3). Este Serviço é constituído pela urgência ginecológica e obstétrica, consulta da especialidade e subespecialidades, bloco de partos e internamento de puerpério e ginecologia. As consultas existem na área de obstetrícia, ao nível da consulta de obstetrícia e interrupção voluntária da gravidez; na área da ginecologia, nomeadamente na consulta de planeamento familiar, menopausa, infertilidade e patologia do colo; e por fim, na área da pediatria, a consulta de neonatologia e de pediatria/adolescentes.

O Bloco de Partos e Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica é constituído por 5 salas de parto individuais, 2 gabinetes de observação, 1 sala de ecografias, 1 sala de CTG, 1 sala de tratamentos com cama, 1 sala de reanimação de RN, 1 sala de trabalho, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala de espera, 1 sala polivalente, 2 vestuários para acompanhantes, 2 arrecadações, 3 casa de banho para o pessoal e 4 casas de banho para utentes (Minitério da Saúde, 2011). As salas de parto destinam-se à prestação de cuidados à grávida em trabalho de parto ou que necessite de cuidados associados a aborto ou a possíveis complicações do mesmo. Estas salas apresentam cama de dilatação e parto, cardiotocógrafo (CTG) por wire less e contínuo, monitor cardíaco, bombas perfusoras, seringas infusoras, mesa de apoio, candeeiro de iluminação, armário de material esterilizado para o parto, rampas de oxigênio e vácuo para adulto e RN, aspirador de secreções de alta e baixa pressão, banco rodado, sofá e cadeira para acompanhante, relógio de parede e sistema de chamada (Minitério da Saúde, 2011 e 2015).

Durante o internamento no Bloco de Partos a mulher tem direito a ter 2 acompanhantes, sendo que apenas pode ter 1 acompanhante consigo na sala de parto, podendo alternar com outra pessoa. Este pode permanecer junto a si ao longo de todo o internamento neste serviço, devendo utilizar equipamento de proteção individual.

A sala de reanimação de RN destina-se à prestação de cuidados imediatos ao RN e à reanimação neonatal. Esta é constituída por 2 mesas de reanimação de RN com aquecimento, carro de material de reanimação, banheira, balança, incubadora e armário com material de apoio (Minitério da Saúde, 2011 e 2015).

A admissão no bloco de partos parte da avaliação por parte da equipa especializada em ginecologia e obstetrícia do serviço. Alguns dos critérios de admissão são: grávida com rotura de membranas ou em trabalho de parto, com hemorragia ativa, com ameaça de parto pré-termo, com patologia em fase aguda, com indicação para indução do trabalho de parto, com indicação para indução de aborto e puérpera com parto extra-hospitalar (Minitério da Saúde, 2011).

A equipa de bloco de partos permanente é constituída por 2 médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, 1 anestesista, 1 neonatologista ou 1 pediatra com competências em neonatologia, 2 enfermeiros, sendo 1 deles EEESMO, e 1 assistente operacional ou 2 no turno da manhã. Em caso de necessidade pode-se recorrer a outros profissionais de saúde que constituem toda a equipa multidisciplinar (Minitério da Saúde, 2011).

2. PROJETO DE ESTÁGIO

O projeto de estágio apresenta os objetivos a que me proponho, assim como as suas atividades a desenvolver ao longo do estágio. Além disso, apresento os recursos necessários na prestação de cuidados e a calendarização correspondente definida em três momentos, são eles, ao nível da quinta, décima segunda e vigésima semana de estágio. Esta divisão prende-se por o estágio decorrer ao longo de 20 semanas representando assim a minha evolução e crescimento no bloco de partos e serviço de urgência obstétrica.

Para definir os objetivos específicos baseei-me no Regulamento de competências do EEESMO, as Comuns do Enfermeiro Especialista e nas emanadas na folha da unidade curricular.

Objetivos	Atividades a Desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
- Integrar o serviço e equipa multidisciplinar que presta cuidados à mulher/RN/família;	- Conhecimento da estrutura física e da organização dos serviços; - Conhecimento do circuito para internamento no bloco de partos da mulher/família; - Conhecimento dos protocolos da instituição; - Conhecimento do método de trabalho da equipa multidisciplinar; - Estabelecimento de uma relação interpessoal com a equipa multidisciplinar; - Colaboração com a equipa multidisciplinar no cuidado à mulher/RN/família; - Conhecimento do funcionamento do sistema informático utilizado (<i>Sclínico</i>); - Conhecimento e operacionalização de registos de enfermagem em impressos e boletins de registo.	Competências comuns do enfermeiro especialista: A2, C1, D1, D2.	<u>Humanos</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; - Mulher/RN/família - Estudante. <u>Materiais:</u> -Protocolos e normas da instituição; - Impressos institucionais.	Até à 2ª semana

<p>- Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família na admissão/acolhimento no serviço;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do acolhimento à mulher/família; - Estabelecimento de relação de confiança e empatia com a mulher/família; - Apresentação do circuito e do bloco de partos à mulher/família; - Preenchimento do consentimento informado, livre e esclarecido à mulher para internamento no bloco de partos; - Realização da avaliação inicial e colheita de dados à mulher/família de acordo com o impresso institucional; - Prestação de cuidados à mulher/família mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, justiça, entre outros); - Prestação de cuidados holísticos e individuais à mulher/família, respeitando as suas crenças e valores culturais; - Avaliação das expectativas da mulher/família e validação de plano de partos; - Realização do processo de enfermagem de acordo com as necessidades da mulher/família, tornando-os parceiros no cuidar; - Atualização do plano de cuidados sempre que haja necessidade; - Avaliação do bem-estar materno ao nível emocional e físico (pele e mucosas, estado geral, sinais vitais); - Avaliação obstétrica da mulher (cervicometria, manobras de Leopold); - Avaliação do bem-estar materno-fetal através do seu foco (CTG); - Colocação e interpretação de CTG; - Realização de tricotomia, se a mulher assim o desejar; - Realização de registos no sistema informático, impressos e boletim de saúde de grávida. 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira orientadora; - Docente orientadora; - Equipa multidisciplinar; - Estudante; - Mulher/ família. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Impressos e protocolos institucionais; - Boletim de saúde de grávida; - CTG; - Luvas; - Computador. 	<p>Prestação de cuidados ao longo do estágio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até à 5ª semana: Realização das atividades com a colaboração das enfermeiras orientadoras. - da 5ª à 12ª semana: Realização das atividades com a supervisão das enfermeiras orientadoras; - Após a 12ª até a 20ª semana: Realização das atividades autonomamente de forma gradual.
---	---	---	---	--

<p>- Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família durante o 1º estágio de trabalho de parto;</p>	<p>- Estabelecimento de relação de confiança e empatia com a mulher/família; - Promoção de um ambiente calmo e acolhedor à mulher/família; - Prestação de cuidados à mulher/família mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo de informação; consentimento informado, livre e esclarecido); - Permissão da presença de um acompanhante permanente na sala de parto de acordo com a escolha da mulher; - Colocação de acesso venoso periférico e colocação de soroterapia em curso de acordo com o protocolo; - Avaliação do bem-estar da parturiente ao nível físico (estado geral, pele e mucosas, sinais vitais) e emocional; - Avaliação do bem-estar materno-fetal através do seu foco (CTG); - Colocação contínua e interpretação da CTG; - Identificação do verdadeiro e falso trabalho de parto; - Identificação da fase latente e fase ativa do 1º Estádio do trabalho de parto; - Incentivo à deambulação e liberdade de movimentos da mulher para evolução do trabalho de parto; - Realização de educação para a saúde sobre medidas não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor e proporcionar estas medidas; - Colaboração na administração de terapêutica de alívio da dor (analgesia epidural/sequencial); - Administração de terapêutica durante o trabalho de parto (soros, antibioterapia, uterotónicos, analgésicos, entre outros); - Incentivo à ingestão de líquidos claros e gelatina, em caso de não existir nenhuma contra-indicação; - Incentivo à eliminação vesical espontânea, se necessário realização de esvaziamento vesical;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<p><u>Humanos:</u> - Enfermeira orientadora; - Equipa multidisciplinar; - Estudante; - Mulher/família</p> <p><u>Materiais:</u> - Bola de pilates; - CTG; - Material para puncionar veia periférica; - Material para realização de esvaziamento vesical; - Material para amniotomia; - Fármacos; - Computador; - Impressos institucionais.</p>	<p>Prestação de cuidados ao longo do estágio:</p> <p>- Até à 5ª semana: Realização das atividades com a colaboração das enfermeiras orientadoras.</p> <p>- Da 5ª à 12ª semana: Realização das atividades com a supervisão das enfermeiras orientadoras;</p> <p>- Da 12ª até a 20ª semana: Realização das atividades autonomamente de forma gradual.</p>
--	--	--	---	---

	<p>- Avaliação de trabalho de parto através da cervicometria e identificação do índice de bishop:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características do colo do útero (dilatação, apagamento, consistência e posição); • Identificação da apresentação fetal; • Identificação da altura da apresentação fetal através do plano de hodge/lee; <p>- Observação da integridade das membranas (toçada, íntegra ou rota);</p> <p>- Colaboração ou realização de amniotomia, se necessário;</p> <p>- Identificação e caracterização do líquido amniótico em caso de rotura espontânea ou artificial de membranas;</p> <p>- Interpretação e registo da evolução/progressão do trabalho de parto no partograma assim que se inicie a fase ativa do trabalho de parto;</p> <p>- Identificação de risco materno-fetal e feita referenciação para equipa interdisciplinar em situações que estão para além da minha área de atuação;</p> <p>- Realização de registos de enfermagem (Sclínico, partograma e impressos institucionais).</p>			
<p>- Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família durante o 2º estadio de trabalho de parto;</p>	<p>- Estabelecimento de relação de confiança e empatia com a mulher/família ;</p> <p>- Promoção de um ambiente calmo e acolhedor à mulher/família;</p> <p>- Permissão da presença de um acompanhante permanente na sala de parto de acordo com a escolha da mulher;</p> <p>- Prestação de cuidados à mulher/família mantendo a ética e deontologia da profissão (privacidade, sigilo, consentimento informado, entre outros);</p> <p>- Reconhecimento do período expulsivo através da avaliação de trabalho de parto e pela vontade expressa pela mulher em fazer força;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EESMO:</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 EESMO; - Equipa multidisciplinar; - Estudante; - Mulher/família <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Impressos institucionais (partograma); - CTG; 	<p>Prestação de cuidados ao longo do estágio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até à 5ª semana: Realização das atividades com a colaboração das enfermeiras orientadoras. - da 5ª à 12ª

	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento da altura ideal para a mulher realizar esforços expulsivos; - Incentivo à eliminação vesical espontânea, se necessário realização de esvaziamento vesical; - Validação da presença e funcionamento de todos os materiais necessários na sala de partos; - Verificação da presença de dois profissionais de saúde no momento expulsivo (responsável pelo parto EEESMO e responsável pelos cuidados imediatos ao RN); - Posicionamento da mulher na posição que lhe seja mais favorável à descida do feto; - Incentivo a alternância de posicionamento para que se sinta melhor; - Paramentação do profissional de saúde responsável pelo parto; - Realização de lavagem vulvo-perineal com soro; - Colocação de campos esterilizados, perneiras e outros, de acordo com a posição que a mulher se encontra; - Colocação dos instrumentos necessários ao parto na mesa de apoio; - Avaliação do foco fetal e contratibilidade uterina, através da CTG; - Administração de oxitocina de acordo com o protocolo institucional; - Instrução sobre o controlo respiratório durante os esforços expulsivos e do descanso entre contrações; - Realização de reforço positivo à mulher ao longo do período expulsivo; - Incentivo ao acompanhante para participar no trabalho de parto; - Identificação da apresentação, variedade, situação, grau de descida da apresentação e confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal; 	<p>3.1, 3.2, 3.3,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material para realização de esvaziamento vesical; - Fármacos; - Luvas; -Material de apoio ao parto; - Computador; - Boletim de saúde de grávida. 	<p>semana: Realização das atividades com a supervisão das enfermeiras orientadoras;</p> <p>- Da 12^a até a 20^a semana: Realização das atividades autonomamente de forma gradual.</p>
--	--	-----------------------	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da elasticidade e coloração dos tecidos perineais durante coroação e se necessário realização de episiotomia, pedindo o consentimento informado, livre e esclarecido à mulher (médio-lateral ou mediana); - Realização da Manobra de Ritgen; - Verificação de existência de circular cervical do cordão pedindo à mulher para não realizar força nesse momento; - Apoio na exteriorização fetal pelo desencravamento anterior e posterior dos ombros do feto. Em caso de distócia de ombros realização de Manobra de McRoberts e Rubin I; - Realização de expressão manual torácica e das vias aéreas do RN para libertação de fluídos do parto; - Promoção do contacto pele a pele caso mãe/RN clinicamente estáveis, para favorecer a vinculação; - Laqueação do cordão umbilical após parar de pulsar com clamp apropriado e pinça de Kocher; - Incentivo ao acompanhante/mulher a realizar o corte do cordão entre as duas laqueações, caso desejem. Caso contrário, o profissional responsável pelo parto corta o cordão; - Observação e determinação da hora de nascimento; - Identificação de risco materno-fetal e feita referenciação para equipa interdisciplinar em situações que estão para além da minha área de atuação; - Colaboração com obstetra em partos distócicos; - Realização de registos de enfermagem (<i>Sclinico</i>, partograma, impressos institucionais e boletim de saúde da grávida). 			
<p>- Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/família durante o 3º estadio de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados à mulher/família mantendo a ética e deontologia da profissão; - Promoção de um ambiente calmo e acolhedor à mulher/família; 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista:</p>	<p><u>Humanos:</u> - 2 EESMO; - Equipa multidisciplinar;</p>	<p>Prestação de cuidados ao longo do estágio:</p>

<p>trabalho de parto;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação à mulher do procedimento, para obter o seu consentimento e cooperação; - Posicionamento da mulher em semi-fowler; - Avaliação do bem-estar físico e emocional da mulher (estado geral, pele e mucosas, estado de consciência, sinais vitais); - Realização de colheita de sangue umbilical após clampagem do cordão de acordo com o protocolo de incompatibilidade Rh e ABO; - Realização de colheita de células estaminais, quando previamente solicitado; - Reconhecimento de sinais de descolamento da placenta (útero passa de discoide para ovoide, perda da sangue escuro pelo introito vaginal, observar um alongamento do cordão umbilical, efetuar manobra de kustner, caso o cordão se mantenha ao mesmo nível indica descolamento); - Execução da dequitação: <ul style="list-style-type: none"> • Administração de oxitocina de acordo com o protocolo institucional; • Realização da manobra de Brand-Andrews (tração cuidadosa do cordão umbilical e ligeira pressão supra-púbica sobre o útero); • Instrução e incentivo à mulher a fazer esforços expulsivos, para ajudar a expulsar a placenta descolada; • Realização da Manobra de Jacob-Dublin (movimentos de rotação para exteriorizar a placenta completa, mantendo as membranas íntegras); - Identificação do mecanismo de expulsão da placenta (Duncan ou Shultz); - Verificação de globo de segurança de Pinard através da palpação uterina; 	<p>A1, A2 B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudante; - Mulher/família. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fármacos; - Soro fisiológico; - Luvas esterilizadas; - Compressas esterilizadas; - Material de apoio ao parto; - Material para suturar; - Seringa de 10 ml e agulha endovenosa; - Computador; - Impressos institucionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Até à 5ª semana: Realização das atividades com a colaboração das enfermeiras orientadoras. - da 5ª à 12ª semana: Realização das atividades com a supervisão das enfermeiras orientadoras; - Da 12ª até a 20ª semana: Realização das atividades autonomamente de forma gradual.
---------------------------	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da quantidade de perdas sanguíneas vaginais; - Observação criteriosa da placenta, das membranas e do cordão umbilical, com objetivo de identificar a sua integridade e possíveis anomalias; - Acondicionamento da placenta em saco próprio e enviar para Anatomia Patológica; - Realização de massagem no fundo do útero para assegurar que o útero se encontra contraído; - Realização de expressão uterina para exteriorização de qualquer coágulo do útero, se necessário; - Observação do períneo e canal de parto para identificação de tecidos lesionados; <hr/> <p>Em caso de sutura perineal por Episiotomia ou Laceração:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informo e peço o consentimento à mulher para realização do procedimento; - Administração de anestesia local, em mulher sem analgesia epidural; - Realização de sutura perineal por planos; - Realização de toque retal para despiste de lesão tecidual do esfíncter retal; - Observação e examinação da região perineal suturada da mulher e sua higienização. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhamento para equipa interdisciplinar em situações de desvio da normalidade, que não sejam da intervenção do EEESMO (retenção placentar, hemorragia pós-parto) - Realização de educação para a saúde sobre cuidados peineais, nomeadamente, higiene, prevenção de infeção e lóquios; 			
--	---	--	--	--

	- Realização de registos de enfermagem (<i>Sclinico</i> , impressos institucionais).			
Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/RN/família durante o 4º estadio de trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de um ambiente calmo e acolhedor à mulher/RN/família; - Prestação de cuidados à mulher/RN/família mantendo a ética e deontologia da profissão; - Promoção do contacto pele-a-pele entre a díade, para facilitar a vinculação; - Promoção e apoio na amamentação na primeira hora de vida do RN, em função das condições maternas e fetais e da vontade/desejo da mulher em amamentar; - Avaliação física e emocional da mulher (estado geral, pele e mucosas, sinais vitais, mamas, útero, períneo, lóquios e membros inferiores); - Incentivo à eliminação vesical espontânea, se necessário realização de esvaziamento vesical; - Exteriorização de cateter epidural; - Realização de educação para a saúde indo ao encontro das dúvidas e necessidades da mulher/RN/família (amamentação, eliminação, alimentação, entre outros); - Encaminhamento para equipa interdisciplinar em situações de desvio da normalidade, que não sejam da intervenção do EEESMO; - Realização de registos de enfermagem (<i>Sclinico</i>, impressos institucionais); - Encaminhamento da mulher/RN/família para o serviço de internamento de puérperas e transmitida informação clínica. 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3; 4.1, 4.2, 4.3.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira orientadora; - Equipa multidisciplinar; - Estudante; - Mulher/ RN/ acompanhante. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Material para esvaziamento vesical; - Computador; - Impressos institucionais. 	<p>Prestação de cuidados ao longo do estágio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até à 5ª semana: Realização das atividades com a colaboração das enfermeiras orientadoras. - da 5ª à 12ª semana: Realização das atividades com a supervisão das enfermeiras orientadoras; - Da 12ª até a 20ª semana: Realização das atividades autonomamente de forma gradual.
- Prestar cuidados especializados de enfermagem ao RN;	<ul style="list-style-type: none"> - Validação da presença e funcionamento de todos os materiais e equipamentos da Sala de Reanimação; - Promoção de um ambiente acolhedor, calmo e aquecido para receber o RN; - Colocação de pano/campo esterilizado aquecido previamente para receber o RN; 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3,</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira orientadora; - Pediatra e equipa multidisciplinar; - Estudante; 	<p>Prestação de cuidados ao longo do estágio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até à 5ª semana: Realização das

	<p>- Secagem rápida do RN em movimentos suaves, mantendo a cabeça coberta, para diminuir perdas de calor;</p> <p>- Colocação precoce do RN contacto pele-a-pele com a mãe, para promover a vinculação;</p> <p>- Prestação de cuidados ao RN informando a mulher/família dos cuidados prestados;</p> <p>- Observação e determinação da hora de nascimento;</p> <p>- Avaliação do índice de APGAR (ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida);</p> <p>- Encaminhamento do RN para Sala de Reanimação e realizados cuidados imediatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocação de RN sob fonte de calor; • Aspiração do RN, se necessário; • Administração de 1mg de Fitomenadiona (vitamina K) por via intramuscular; • Avaliação física, neurológica e comportamental do RN, para detetar possíveis malformações; • Avaliação do peso do RN; • Colocação de compressa seca a proteger coto umbilical do RN; • Realização de banho imediatamente se envolvido em mecónio ou mãe com HIV confirmado ou suspeita, caso RN se encontre estável; • Colocação da fralda e vestuário previamente aquecido ao RN; • Colaboração com pediatra na reanimação neonatal, se necessário; • Colocação de pulseira de identificação no RN (com nome da mãe e número de processo) num dos membros superiores e pulseira anti-rapto num dos membros inferiores; • Encaminhamento do RN para junto dos seus pais 	<p>C1, C2, D1, D2.</p> <p>Competências específicas do EESMO: 3.1, 3.2, 3.3; 4.1, 4.2, 4.3.</p>	<p>- Mulher/ RN/família.</p> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Luvas; - Campos aquecidos; - Mesa de apoio ao RN, com fonte de calor e sistema de pesagem de RN; - Equipamentos de sala de reanimação (sondas de aspiração, sistema de vácuo, oxigênio, entre outros); - Seringa e agulha intradérmica; - Vitamina K e terapêutica de emergência neonatal; - roupa aquecida; - Incubadora; - Computador; - Impressos institucionais; - Boletim de saúde infantil e juvenil. 	<p>atividades com a colaboração das enfermeiras orientadoras.</p> <p>- da 5ª à 12ª semana: Realização das atividades com a supervisão das enfermeiras orientadoras;</p> <p>- Da 12ª até a 20ª semana: Realização das atividades autonomamente de forma gradual.</p>
--	---	--	---	---

	<p>para continuidade de interação parental;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhamento para serviço de neonatologia se indicação do Pediatra e informada mulher/família; - Promoção e apoio na amamentação na primeira hora de vida; - Avaliação de glicemia capilar de acordo com protocolo institucional se mulher com diabetes na gravidez; - Realização de registos de enfermagem (<i>Sclinico</i>, impressos institucionais, boletim de saúde infantil/juvenil). 			
- Desenvolver competências cognitivas, relacionais e técnicas no domínio da gestão e qualidade dos cuidados;	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da metodologia e organização dos serviços; - Atualização permanente de conhecimentos, baseada em evidência científica; - Conhecimento da gestão de recursos materiais e humanos, rentabilizando os recursos existentes na prática de cuidados; - Cooperação na reposição de materiais e medicação; - Validação e verificação de funcionamento de equipamentos de sala de reanimação no turno da manhã e tarde; - Planeamento e priorização de cuidados de forma a gerir tempo e recursos disponíveis; - Participação e gestão de transferências da mulher/RN para outro serviço. 	Competências comuns do enfermeiro especialista: B3, C1, C2.	<u>Humanos:</u> -Enfermeira orientadora; -Equipa multidisciplinar; - Mulher/RN/família; - Estudante.	Até à 20 semana.
- Desenvolver a capacidade crítica e reflexiva da prática de cuidados;	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre as experiências de aprendizagem ao longo do mestrado e identificação de áreas onde obteve menos experiências e menos crescimento pessoal e profissional; - Reflexão diária sobre a minha prestação de cuidados à mulher/RN/família; - Discussão e reflexão com as enfermeiras orientadoras e equipa multidisciplinar sobre a minha atuação em estágio, de modo, a evoluir positivamente e posteriormente prestar cuidados de qualidade à mulher/RN/ família; - Utilização de evidência científica na prática de cuidados; - Realização de momentos de avaliação com as enfermeiras 	Competências comuns do enfermeiro especialista: B2, C1, D1, D2.	<u>Humanos:</u> - Enfermeira orientadora; - Docente orientadora; - Equipa multidisciplinar; - Estudante.	Até à 20 semana.

	<p>e docente orientadora;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um relatório de estágio, refletindo acerca das experiências vivenciadas. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de um tema pertinente na área de saúde materna e obstétrica para desenvolver no relatório final de estágio e que vá ao encontro da realidade do local de estágio; - Apresentação do tema à equipa multidisciplinar e professora orientadora (curso de preparação para o parto e parentalidade: a influência no trabalho de parto e parto); - Realização de colheita de dados durante a avaliação inicial (de acordo com o impresso da instituição) e dados observados durante o trabalho de parto e parto; - Realização de reuniões de orientação tutorial com as enfermeiras e professora cooperante; - Elaboração de uma <i>scoping review</i>; - Realização do relatório de estágio, que reflita a minha experiência em estágio tendo por base o presente projeto de aprendizagem; - Apresentação do relatório e sua discussão. 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B1, B2, D1, D2.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiras orientadoras; - Professora orientadora; - Equipa multidisciplinar; - Estudante; - Mulher/RN/família. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Impresso da instituição (avaliação inicial); - Bases de dados; - Computador. 	<p>Até à 20 semana.</p>

Tabela 1 - Projeto de Aprendizagem relativo ao Estágio IV

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto de aprendizagem apresenta-se como fundamental para o desenvolvimento da minha aprendizagem enquanto estudante. Este instrumento visa a organizar e estruturar o percurso a desenvolver ao longo do Estágio IV, permitindo assim uma maior aquisição de competências e experiências no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher.

Desenvolvi este projeto com base na minha observação em campo de estágio ao longo das primeiras semanas, na documentação que o EEESMO e o enfermeiro especialista se regem, nos protocolos institucionais e nos conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado.

Espera-se que seja possível adquirir os objetivos delineados para o presente estágio e posteriormente adquirir as competências do EEESMO.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde (2011). Regulamento interno – Serviço de Ginecologia e Obstetrícia.

Ministério da Saúde (2015). Manual de Qualidade. Capítulo 3 – Descrição ██████████

Ministério da Saúde (2022). Missão, visão e valores. <https://www.████████.min-saude.pt/visao-missao-e-valores/>.

Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a). Diário da República, II série, 3 de maio (p.13560-13565). <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>.

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019b). Diário da República, II série, 6 de fevereiro (p.4744-4750). <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

ANEXOS

ANEXO I – PROTOCOLO DE ‘SCOPING REVIEW’

Preparação para o Parto e Parentalidade: A Influência no Trabalho de Parto e Parto

Authors

Mariana Rodrigues¹ Teresa Carreira²

1. Mariana Rodrigues. Enfermeira no Centro Hospitalar Médio Tejo, mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde de Santarém.
2. Teresa Carreira. Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde – IPSantarém, UMIS_ESSS. Center conducting the review. Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde – Escola Superior de Saúde de Santarém.

Abstract

Objectivo: Mapear a evidência científica acerca da influência da Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP) no Trabalho de Parto (TP) e parto. **Introdução:** O parto está associado a medos e mitos podendo resultar em ansiedade e dor pelo desconhecido, sendo estes prejudiciais ao desenvolvimento normal. Assim, a PPP apresenta um papel de extrema importância na capacitação da mulher/casal para vivenciarem e experienciarem um parto positivo e responsável. A preparação para o parto e parentalidade é visto como fulcral para a mulher/casal durante o período pré-natal, na medida em que transmite conhecimentos, capacita, desenvolve autocontrolo na sua tomada de decisão e nas suas ações durante o TP e parto, desenvolve a autoeficácia e consciência dos recursos e da evolução do trabalho de parto e parto. O Enfermeiro Especialista em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) apresenta um papel fulcral durante a educação pré-natal garantindo a saúde da mulher e do seu filho, numa transição saudável para a parentalidade. **Critérios de Inclusão:** Participantes: Mulheres que tenham feito preparação para o parto e com experiência de parto. Conceitos: Educação pré-natal, Preparação para o Parto e Parentalidade, Trabalho de parto e Parto, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Contexto: Meio Hospitalar e comunitário. **Métodos:** A ‘Scoping Review’ foi realizada de acordo com a metodologia de ‘Joanna Briggs Institute’ e responde à seguinte questão de investigação: exuência da PPP na mulher no TP e parto? **Resultados:** O TP e parto é temido pelas mulheres. A falta de conhecimento e o medo do desconhecido durante a gravidez e o parto

tornam as mulheres preocupadas e ansiosas o que é desfavorável para a mulher e para o feto. A educação pré-natal, nomeadamente a PPP é vista como uma estratégia de promoção de saúde, que visa aumentar os conhecimentos da mulher/casal. O aumento da educação em saúde diminui o medo e ansiedade sobre o parto, diminui a depressão, melhora a tomada de decisão, encoraja durante o TP e parto, melhora o controlo da dor, entre outros. Além disso, aumenta a autoconfiança, a autoeficácia e a sensação de autocontrolo relativa ao seu TP e parto. Estes benefícios melhoram a experiência do parto para a mulher/casal e melhoram a saúde materno-fetal. Por outro lado, o desfecho do parto e as intervenções obstétricas não são influenciadas pela educação pré-natal. **Conclusão:** A preparação para o parto e parentalidade influencia o TP e parto, apresentando diversas vantagens que promovem a experiência de parto positiva. O EEESMO apresenta um papel fulcral como promotor de saúde, ao nível da gravidez, da adaptação à parentalidade e à preparação para o parto. Assim, enquanto profissionais de saúde devemos incentivar todas as mulheres/casais a aderirem a estes programas englobados na educação pré-natal.

Introduction

O nascimento de uma criança acarreta mudanças numa família, nomeadamente se tornar mãe e pai. Estas alterações são influenciadas pelo significado do acontecimento, das expectativas com a chegada de um bebé, do conhecimento/competência, do ambiente, do planeamento e do próprio bem-estar físico e emocional dos indivíduos (Ministério da saúde, 2023).

A transição para uma parentalidade positiva deve ser facilitada através do empoderamento durante a gravidez, da tomada de decisão informada, livre e esclarecida, e apelando à aplicação de recursos quer pessoais, quer externos. O apoio nesta transição torna-se fulcral na vivência absoluta, positiva e enriquecedora da gravidez, do parto e da transição para a parentalidade (Ministério da saúde, 2023).

Para empoderar a mulher e o casal é necessário promover a saúde através da educação pré-natal. A **educação pré-natal** está englobada na educação em saúde, sendo considerada como prevenção primária. A definição de promoção da saúde foi definida em 1986 a partir da Carta de Ottawa, afirmando que a promoção da saúde “é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (p.1). Segundo a Direção-Geral da Saúde – DGS (2015) a **educação pré-natal** é realizada ao longo do período da gravidez e dela fazem parte as seguintes temáticas, a

gravidez, o parto, o puerpério e a parentalidade que podem afetar a grávida e a sua família. Estas englobam a preparação para o parto e a parentalidade.

Além disso, a DGS (2015) enfatiza que a utilização de rastreios e intervenções associadas à educação para a saúde na fase pré-natal são favorecedoras em saúde e diminuem morbilidades ao nível materno e perinatal.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021) o EEESMO centra os seus cuidados na promoção da saúde e na transição saudável no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva. Estes vão ao encontro das necessidades da mulher e das pessoas significativas para si. Segundo os mesmos autores o **EEESMO** ao nível pré-natal centra os seus cuidados na “promoção da adaptação à gravidez, promoção da adaptação à parentalidade e a preparação para o parto” (p.17).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do **EEESMO**, o enfermeiro especialista nesta área, deve cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal. Deste modo, promovem a saúde da mulher durante o período pré-natal, podendo fazê-lo através de projetos e intervenções de promoção da saúde, nomeadamente, programas de PPP (OE, 2019). A **educação pré-natal** torna-se, deste modo, importante no empoderamento da pessoa e família, fazendo com que os indivíduos apresentem maior controlo na sua tomada de decisão e nas suas ações.

A preparação para o parto é definida como “um programa de saúde concebido e implementado por EEESMO, que visa desenvolver na mulher, e na pessoa significativa para si, significados facilitadores, conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização da relação entre os seus recursos e a evolução do TP, promotores de uma experiência de parto positiva. O conteúdo específico de cada uma das intervenções deverá ter por referência o resultado da avaliação inicial das expectativas, significados, conhecimentos e capacidades da mulher e da pessoa significativa que escolheu para a acompanhar durante o TP. Após a avaliação das necessidades, as intervenções poderão ser implementadas individualmente/casal ou em grupo” (OE, 2021, p. 21).

É de salientar a importância do papel do **EEESMO** na assistência pré-natal que contribui para a experiência positiva da gravidez. Isto é, o apoio do EEESMO apresenta benefícios ao nível físico, mental e sociocultural, garantindo a saúde da mulher e do seu filho, numa transição saudável para a parentalidade. Além disso, promove a autoconfiança da mulher durante o TP (OE, 2021).

Segundo Fatia e Tinoco (2016) o **TP** desenvolve-se através de fenómenos fisiológicos que resultam da extinção cervical, da dilatação do colo uterino, da progressão fetal no canal de parto e, por fim, na expulsão. De acordo com os mesmos autores este pode ser espontâneo ou induzido, dividindo-se em quatro estádios, sendo eles, o apagamento e a dilatação, o período expulsivo, a dequitação e o puerpério imediato.

De acordo com Amaral *et al.* (2020), o **Parto** consiste no nascimento. Segundo a OE (2012) o parto está associado a medos e mitos podendo resultar em ansiedade e dor pelo desconhecido, sendo estes prejudiciais ao desenvolvimento normal. Neste contexto, os Programas de **PPP** permitem às mulheres e casais partilharem e esclarecerem os seus medos e angústias relativamente a esta fase de vida, apresentando um ambiente seguro e de suporte mútuo entre os elementos do grupo (DGS, 2015). Desta forma, a PPP apresenta um papel de extrema importância na capacitação da mulher/casal para vivenciarem e experienciarem um parto positivo e responsável (OE, 2012). Indo ao encontro desta ideia, Frias *et al.* (2021) afirmam que a preparação para o parto apresenta benefícios para a mulher, uma vez que aumenta a sua autoconfiança, contribuindo para a sua segurança e para os seus conhecimentos.

Posto isto, o presente estudo terá por base o **Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**, a mesma encontra-se direcionada à promoção da saúde centrada no indivíduo para melhorar o seu comportamento e consequentemente a sua saúde. O enfermeiro apresenta um papel fulcral na assistência à pessoa no seu autocuidado, incentivando à adoção de comportamentos promotores de um estilo de vida saudável (Pender et al., 2014).

O objetivo da ‘Scoping Review’ é mapear a evidência científica acerca da influência da PPP na mulher no TP e parto.

Review Question

Qual a influência da preparação para o parto e parentalidade na mulher no TP e parto?

Keywords

‘MeSHbrowser’ no dia a 7 de março de 2023 entre as 10h15 e 11h00: Obstetric Delivery; Obstetric Labor; Parturition; Prenatal Education; Nurs*; Women

Elegibility criteria

Participants

Mulheres que tenham feito preparação para o parto e com experiência de parto.

Concept

Educação pré-natal, Preparação para o Parto e Parentalidade, Trabalho de parto e Parto, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Context

Meio hospitalar e comunitário.

Types of Sources

Estudos qualitativos, quantitativos e mistos.

Methods

A ‘Scoping Review’ proposta foi realizada de acordo com a metodologia de ‘Joanna Briggs Institute’.

Search Strategy

Iniciou-se a estratégia de pesquisa através da Plataforma ‘MeSHbrowser’ no dia 7 de março de 2023 entre as 10:15 horas e as 11:00 horas, onde foram validados descritores que iriam integrar a ‘Scoping Review’. Os descritores integrados foram: ‘Obstetric Delivery’; ‘Obstetric Labor’; ‘Parturition’; ‘Prenatal Education’; ‘Nurs*’ e ‘Women’.

De seguida, foram utilizados termos naturais relativamente ao termo ‘Prenatal Education’, tais como, ‘Antenatal Education’, ‘Antenatal Parenthood Education’, ‘Childbirth Education’ e ‘Expectant Parent Classes’, de modo a alargar os resultados de pesquisa relativamente a esta temática. Além disso, foi acrescentado na expressão de pesquisa Nurs* por não se obterem resultados com o termo ‘MeSH’ Nurses Midwives ou Midwifery quando conjugados com os restantes termos, desta forma, optou-se por Nurs* por ser um termo que permite ampliar a investigação na área da enfermagem.

Na 2ª fase os descritores e termos naturais foram unidos com diferentes booleanos, resultando na construção de expressão de pesquisa: (Prenatal Education OR Antenatal Education OR Antenatal Parenthood Education OR Childbirth Education OR Expectant

Parent Classes) AND (Obstetric Labor OR Obstetric Delivery OR Parturition) AND Women AND Nurs*.

De seguida, na 3ª e 4ª fase, foram selecionadas bases de dados, recorrendo às seguintes plataformas: ‘EBSCOhost’ (‘CINAHL complete’, ‘MEDLINE Complete’, ‘Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive’, ‘Cochrane Database of Systematic Reviews’ e ‘MedicLatina’), PubMed e RCAAP.

Posteriormente, foram introduzidos limitadores universais e específicos e foi realizada a Estratégia de Pesquisa em cada plataforma (Apêndice II). Ao longo da elaboração da Estratégia de Pesquisa, foi efetuada a pesquisa de cada descritor de forma isolada, e seguidamente realizadas conjugações entre descritores, identificando o número de artigos.

A pesquisa realizada nas plataformas e bases de dados descritas anteriormente, recorreram aos limitadores selecionados e expostos de seguida.

EBSCOhost:

- **CINAHL**

Texto completo; friso temporal da data de publicação: 1/01/2018 a 1/1/2023; Resumo disponível, Prática baseada em evidência; Humano; texto completo em PDF.

- **Medline complete**

Texto completo; friso temporal da data de publicação: 1/01/2018 a 1/1/2023; Resumo disponível, Humano.

- **Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive**

Texto completo; friso temporal da data de publicação: 1/01/2018 a 1/1/2023; texto completo em PDF.

- **Cochrane Database of Systematic Reviews**

Texto completo; friso temporal da data de publicação: 1/01/2018 a 1/1/2023.

- **MedicLatina**

Texto completo; friso temporal da data de publicação: 1/01/2018 a 1/1/2023; texto completo em PDF.

Pubmed:

Texto completo; friso temporal da data de publicação: 1/01/2018 a 1/1/2023; Resumo disponível; Humano.

RCAAP:

Friso temporal de 2018 a 2023; Idioma: Português, inglês e espanhol.

Study/Source of Evidence selection

Inicialmente foram identificados 47 artigos nas bases de dados mencionadas. Através da utilização do ‘PRISMA 2020 Flow Diagram’ (APÊNDICE III) verificou-se que 8 artigos se encontravam duplicados resultando em 39 artigos. Destes 39 artigos, 4 foram eliminados após leitura do título e do resumo por não se encontrarem de acordo com os critérios de inclusão supracitados. Reuniram-se 35 artigos que foram enumerados e revistos na íntegra, tendo-se excluído 2 artigos por não apresentarem objetivo de estudo (razão 1), 2 artigos por não apresentarem resultados/discussão/conclusão (razão 2) e 26 artigos por não irem ao encontro dos contributos da questão de revisão (razão 3). Foram incluídos no estudo 5 artigos: 1 estudo experimental e prospectivo, 2 estudos mistos e 2 revisões sistemáticas da literatura. Embora se tenha encontrado 2 estudos secundários, um com enfoque na PPP, nomeadamente na capacitação durante o TP e parto, e outro com base nas técnicas de respiração e relaxamento apreendidas na fase pré-natal, a presente ‘Scoping Review’ mantém a sua pertinência uma vez que pretende estudar a influência da PPP no TP e parto. De qualquer modo, considereei pertinente englobar as revisões sistemáticas, por mapearem evidência científica atual e apresentarem contributos para a questão de revisão do tema de investigação.

Artigos selecionados:

Artigo nº 2 - Primiparous women's knowledge and satisfaction based on their attendance at childbirth preparation classes.

Artigo nº 5 - The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: a systematic review.

Artigo nº 9 - Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes.

Artigo nº 22 - Effect of childbirth education on the perceptions of childbirth and breastfeeding self-efficacy and the obstetric outcomes of nulliparous women.

Artigo nº 33 - Preparação para o parto e parentalidade – A sua influência na experiência de trabalho de parto e parto.

Data Extraction

Após revisão na íntegra dos artigos incluídos procedeu-se à análise dos mesmos através de um instrumento de recolha de dados, constituído por vários itens que permitiram extrair e organizar os dados, caracterizar os estudos e reunir os resultados significativos para este protocolo (Apêndice IV).

Data Analysis and Presentation

Segundo a Ordem dos Enfermeiros – OE (2012) o parto está associado a medos e mitos, podendo resultar em dor e ansiedade pelo desconhecido, sendo estes prejudiciais ao desenvolvimento normal da mulher. Hassanzadeh et al. (2020) corrobora, referindo que a falta de conhecimento e o medo do desconhecido durante a gravidez e o parto tornam as grávidas preocupadas e ansiosas, podendo resultar em consequências, como, parto pré-termo e leve para a idade gestacional.

Hassanzadeh et al. (2020) enfatizam que a educação pré-natal tem efeitos benéficos para a mulher, nomeadamente, no aumento de conhecimentos, na diminuição do medo, da ansiedade e da depressão, na preparação para o momento do parto e na melhoria da sua saúde. Ademais, Hassanzadeh et al. (2021) mencionam que as mulheres que frequentam Programas de PPP regularmente apresentam melhores níveis de conhecimento, menor ansiedade sobre o TP e parto, e conseqüentemente, promovem a sua saúde e a sua experiência positiva com o parto.

A educação pré-natal está englobada na educação em saúde, sendo considerada como prevenção primária. A definição de promoção da saúde foi estabelecida em 1986 a partir da Carta de Ottawa, afirmando que a promoção da saúde “é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (p.1). Segundo a DGS (2015) a educação pré-natal é realizada ao longo do período da gravidez, onde a PPP se encontra inserida. A educação pré-natal aborda as seguintes temáticas, a gravidez, o parto, o puerpério e a parentalidade que podem afetar a grávida e a sua família.

Os enfermeiros, como profissionais de saúde, tem o dever de realizar educação pré-natal promovendo a melhoria dos conhecimentos das mulheres grávidas na área da gravidez, do parto e pós-parto. Algumas das temáticas abordadas compreendem as mudanças fisiológicas da gravidez, o desenvolvimento fetal, o TP e o parto, os sinais de alerta, os

desconfortos na gravidez, os métodos não farmacológicos para alívio da dor em TP, a amamentação e, por fim, os cuidados ao RN (Hassanzadeh et al., 2021).

Os Programas de PPP permitem às mulheres e casais partilharem e esclarecerem os seus medos e angústias relativamente a esta fase de vida, num ambiente seguro e de suporte mútuo entre os elementos do grupo (DGS, 2015). Segundo Pais (2022), as mulheres que frequentam os Programas de PPP e as consultas de vigilâncias na fase pré-natal, afirmam receber as informações necessárias para este ciclo de vida, sendo um momento favorecedor para o esclarecimento de dúvidas. Desta forma, a PPP apresenta um papel de extrema importância na capacitação da mulher/casal para vivenciar e experienciar um parto positivo e responsável (OE, 2012).

Pais (2022) afirma, no seu estudo, que a estratégia em grupo é benéfica para a mulher, contribuindo para a promoção da saúde e, posteriormente, para a autonomia da mesma enquanto parturiente. Os benefícios são vários, a saber, a partilha de experiências, a aprendizagem, o esclarecimento e a expressão de medos e dúvidas. Indo ao encontro desta ideia, Frias et al. (2021) e Leutenegger et al. (2022), afirmam que a preparação para o parto é de extrema importância pelos benefícios que apresenta na mulher, uma vez que aumenta a sua autoconfiança, a sua segurança e os seus conhecimentos. Bilgina et al. (2019) enfatiza esses benefícios, afirmando que mulheres com educação pré-natal referem alívio da dor durante o TP e parto, recorrem com mais frequência a métodos não farmacológicos uma vez que se sentem mais preparadas para lidar e controlar a dor durante o parto.

Leutenegger et al. (2022) apresentam métodos não farmacológicos, tais como técnicas de respiração e de relaxamento durante as aulas de educação pré-natal como favorecedoras do alívio da dor no parto. Além disso, afirmam que mulheres que tem conhecimentos antes do TP sobre métodos de relaxamento para controlo da dor, tais como, massagens e outros, e os aplicam, referem sensação de alívio e diminuição de desconforto. Ademais, os Programas de PPP têm um efeito positivo na autoeficácia associada à solicitação de suporte farmacológico, nomeadamente de analgesia epidural e na memória da dor do parto, assim como, no maior autocontrolo relativamente ao seu TP e parto (Leutenegger et al., 2022).

A educação pré-natal torna-se, deste modo, importante no empoderamento da pessoa e família, fazendo com que os indivíduos apresentem maior controlo na sua tomada de decisão e nas suas ações (Carvalho, 2012). A preparação para o parto é definida pela OE (2021) como sendo

Um programa de saúde concebido e implementado por EEESMO, que visa desenvolver na mulher, e na pessoa significativa para si, significados facilitadores, conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização da relação entre os seus recursos e a evolução do TP, promotores de uma experiência de parto positiva. O conteúdo específico de cada uma das intervenções deverá ter por referência o resultado da avaliação inicial das expectativas, significados, conhecimentos e capacidades da mulher e da pessoa significativa que escolheu para a acompanhar durante o TP. Após a avaliação das necessidades, as intervenções poderão ser implementadas individualmente/casal ou em grupo. (p. 21)

Destacando ainda, a importância de fornecer informação e de praticar técnicas de respiração e relaxamento durante a educação pré-natal, as mulheres que frequentam aulas de PPP com técnicas de respiração e relaxamento integradas apresentam melhores resultados maternos e neonatais (Leutenegger et al., 2022). Seguindo esta linha de pensamento, Bilgina et al. (2019) defende que a educação pré-natal ajuda as mulheres a desenvolverem consciência e pensamentos positivos sobre o parto por meio de repetição contínua de técnicas cognitivas que podem ser aplicadas durante o TP e parto.

A PPP traduz autoeficácia na mulher durante o TP e parto, uma vez que as prepara para identificarem facilmente a unidade de saúde, em caso de emergência, terem conhecimento do direito à presença de um acompanhante durante o TP e Parto; facilita o envolvimento na tomada de decisão; a redução de complicações maternas/neonatais; a informação das posições a adotar durante o TP e parto; a capacitação nas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, entre outros (Pais, 2022).

De acordo com a DGS (2015) a utilização de rastreios e intervenções associadas à educação para a saúde na fase pré-natal são favorecedoras em saúde e diminuem morbidades ao nível materno e perinatal. Indo ao encontro desta ideia, Bilgina et al. (2019) afirmam que a educação sobre o parto é a forma mais acessível para promover a saúde materna e fetal. Ainda assim, as perceções relativas ao desfecho do parto e intervenções obstétricas associadas ao parto (tipo de parto, ITP e episiotomia) não são alteradas devido à educação para a saúde (Bilgina et al., 2019).

Segundo Hassanzadeh et al. (2021, p. 2562) “As aulas de preparação para o parto têm sido valorizadas pelas mulheres como um processo positivo”, todavia, Bilgina et al. (2019)

verificam que são as mulheres com maior escolaridade e com atividade laboral as que têm uma maior predisposição e vontade para participar em Programas de PPP e em serviços oferecidos para seu benefício, talvez por apresentarem maior consciência sobre o assunto, reconhecerem as lacunas do seu conhecimento e da sua experiência.

As aulas de PPP vão ao encontro das necessidades educacionais da mulher, reduzem a ansiedade materna sobre o parto e encorajam para o TP e parto eutócico (Hassanzadeh et al. 2021). Deste modo, as grávidas devem ser incentivadas a aderir ao máximo de sessões que possam, uma vez que, mesmo que não participem em todas as sessões, existem benefícios associados à sua participação. Assim, os autores afirmam que as aulas de preparação para o parto são recomendadas e devem ser consideradas como uma componente de rotina na educação pré-natal (Hassanzadeh et al., 2020, 2021). Também, Bilgina et al. (2019, p.198) afirmam que “(...) apenas a educação pré-natal sistemática melhora o gerenciamento do processo de nascimento e a satisfação com a experiência do parto”. Deste modo, enfermeiros e parteiras podem, portanto, desempenhar um papel importante na educação pré-natal e incentivar as mulheres grávidas a frequentarem Programas de PPP (Hassanzadeh et al., 2021).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021) o EEESMO centra os seus cuidados na promoção da saúde e na transição saudável no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutivo, indo ao encontro das necessidades da mulher e das pessoas significativas para si. Segundo os mesmos autores, o EEESMO, ao nível pré-natal, centra os seus cuidados na “promoção da adaptação à gravidez, promoção da adaptação à parentalidade e a preparação para o parto” (OE, 2021, p.17).

A educação para a saúde e o treino nas aulas de PPP por parte do enfermeiro reduz o medo e a ansiedade das mulheres e aumenta a autoconfiança e autocontrolo durante as dores no parto (Hassanzadeh et al., 2021). A OE (2021) salienta a ideia anterior afirmando que o apoio pré-natal por parte do EEESMO promove a autoconfiança da mulher durante o TP.

Assim, a PPP é vista como uma estratégia de educação e promoção para a saúde, que tem como objetivo promover a tomada de decisão informada e a participação ativa da mulher/casal, para vivenciarem uma experiência de parto positiva (Pais, 2022). Por isso, “parteiras e enfermeiras desempenham um papel importante na promoção do parto vaginal e também de estilo de vida saudável para mães durante a gravidez e pós-parto” (Hassanzadeh et al., 2021, p. 2564). O papel do EEESMO na assistência pré-natal contribui para a experiência

positiva da gravidez, apresentando benefícios ao nível físico e sociocultural, o que garante a saúde da mulher e do seu filho, numa transição saudável para a parentalidade (OE, 2021).

Acknowledgements

Um especial agradecimento à Professora Teresa Carreira pelo apoio e orientação prestada ao longo da elaboração da presente ‘Scoping Review’.

Funding

Não aplicável.

Conflitos de Interesse

A autora declara não existirem conflitos de interesse em relação à investigação.

References

- Amaral, C., Ferreira, N., Monteiro, M. e Bulcão, E. (2020). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no Parto. In A. Sequeira, O. Pousa, C. Amaral (Coord.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- Bilgina, N., Ak, B., Ayhan, F., Kocyigit, F., Yorgun, S., & Topcuoglu, M. A. (2019). Effect of childbirth education on the perceptions of childbirth and breastfeeding self-efficacy and the obstetric outcomes of nulliparous women. *Health care for women international*, *41*(2), 188-204. [10.1080/07399332.2019.1672171](https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1672171).
- Carta de Ottawa (1986, novembro 17-21). Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá.
- Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>.
- Fatia, A & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.308-320). Lidel.

- Frias, A., Ressurreição, A., Lobão, A., Rodrigues, C. (2021). Preparação para o parto: Análise de conceito. P.25-37 no Livro: Soares, S. -2021- Enfermagem: Processos, Práticas e Recursos. Editora Atena.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC women's health*, 20, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01048-9>.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2021). Primiparous women's knowledge and satisfaction based on their attendance at childbirth preparation classes. *Nursing Open*, 8(5), 2558-2566. <https://doi.org/10.1002/nop2.787>.
- Joanna Briggs Institute (2020). Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis. Austrália. The University of Adelaide.
- Leutenegger, V., Grylka-Baeschlin, S., Wieber, F., Daly, D., & Pehlke-Milde, J. (2022). The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05178-w>.
- Ministério da saúde (2023). Preparação para o Parto e Parentalidade. <https://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/preparacao-para-o-parto-e-parentalidade-bem-me-quer-2/>.
- Ordem do Enfermeiros (2021). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assembleia do colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

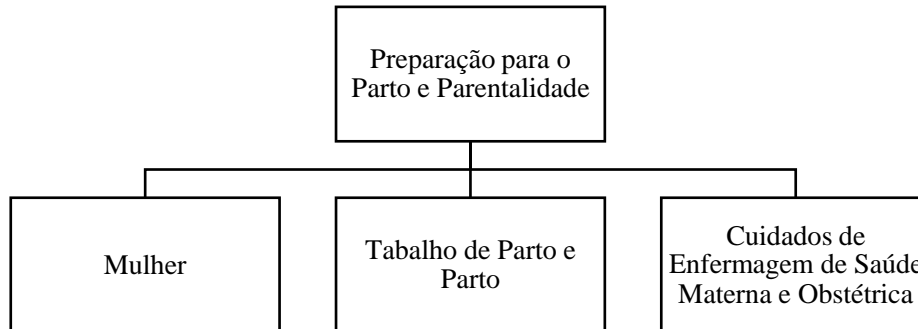
Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Diário da República*, II série, 3 de maio (p.13560-13565). <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Pais, R. (2022). *Preparação para o parto e parentalidade—a sua influência na experiência de trabalho de parto e parto*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Santarém]. Repositório IPSantarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/4362>.

Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice*. Edição n.º7. Editora Pearson.

APPENDICES

APPENDIX I: Mapa Conceptual

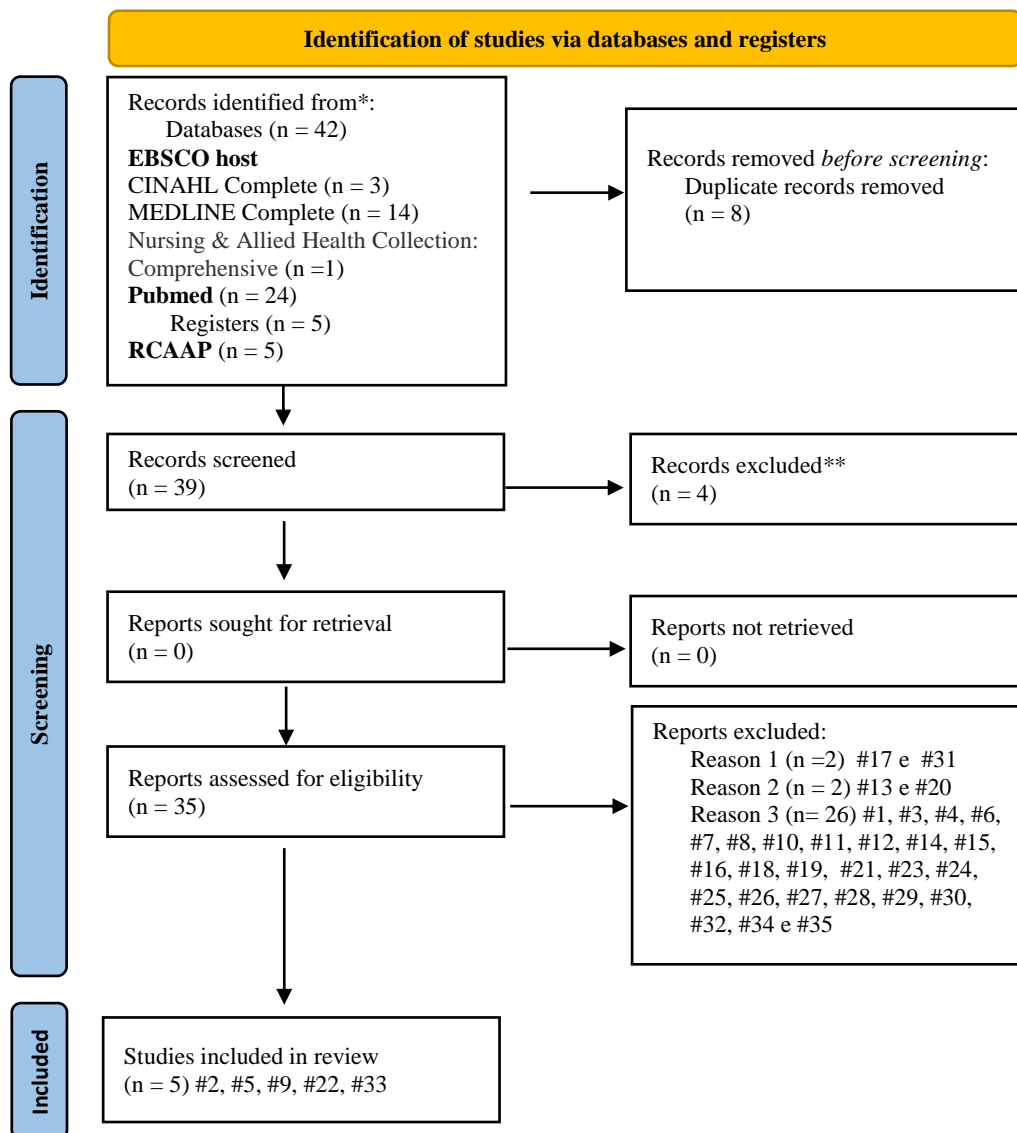


APPENDIX II: ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Search	Query (Prenatal Education OR Antenatal Education OR Antenatal Parenthood Education OR Childbirth Education OR Expectant Parent Classes) AND (Obstetric Labor OR Obstetric Delivery OR Parturition) AND Women AND Nurs*	Records retrieved					Records retrieved PubMed	Records retrieved Scielo
		EBSCOhost						
		CINAHL	MEDLINE	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Cochrane Database of Systematic Reviews	Mediclatina		
#1	S1 – Prenatal Education OR Antenatal Education OR Antenatal Parenthood Education OR Childbirth Education OR Expectant Parent Classes	71	94	26	0	6	159	22
#2	S2 – Obstetric Labor OR Obstetric Delivery OR Parturition	552	2676	9	0	33	5343	275
#3	S3 – Women	15202	95511	8847	0	4492	176671	17529
#4	S4 – Nurs*	18400	52363	11679	0	2259	80049	14537
#5	S1 AND S2	19	31	1	0	1	39	1
#6	S1 AND S3	50	80	22	0	5	1496	17

#7	S1 AND S4	20	38	10	0	0	59	3
#8	S2 AND S3	414	1884	2	0	25	3928	145
#9	S2 AND S4	131	440	2	0	8	995	78
#10	S3 AND S4	1841	8127	1107	0	342	14571	1351
#11	S1 AND S2 AND S3 AND S4	3	14	1	0	0	24	0

APPENDIX III: PRISMA 2020 Flow Diagram



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Appendix IV: Data Extration

Número/ Título do Artigo	Autores	Ano de Publicação/ País de Origem	Objetivo	Metodologia e Métodos	Conclusão dos Autores	Conclusão do revisor
<p>Artigo nº2 - Primiparous women's knowledge and satisfaction based on their attendance at childbirth preparation classes.</p>	<p>-Robab Hassanzadeh; -Fateme Abbas-Alizadeh; -Shahla Meedy; -Sakineh Mohammad-Alizadeh-Charandabi; - Mojgan Mirghafourvand.</p>	<p>-2021; -Irão.</p>	<p>-Comparar o conhecimento de primíparas sobre o parto e a satisfação com a frequência regular e irregular às aulas de preparação para o parto.</p>	<p>Estudo transversal. Os critérios de inclusão utilizados são: residir em Tabriz, primípara e idade gestacional de 35 a 37 semanas. Os critérios de exclusão são: multiparidade, gestação múltipla, parto pré-termo, apresentação não ser cefálica, antecedentes maternos de depressão, eventos familiares stressantes e patologia obstétrica. As participantes são 136 mulheres primíparas com idade gestacional de 35 a 37 semanas. Estas foram agrupadas em grupos com base na frequência às aulas de preparação para o parto: regulares e irregulares. Estudo realizado ao longo de 9 meses, de julho de 2019 a março de 2020. Utilizaram como instrumentos de colheitas de dados o questionário e entrevistas.</p>	<p>A frequência regular às aulas de Preparação para o parto está associada a maior conhecimento da mulher, o que pode auxiliar as primíparas ao nível das suas necessidades educacionais, reduzir a ansiedade maternal sobre o parto, encorajar para o trabalho de parto e parto normal. Portanto, a integração das aulas de preparaçãomistoo para o parto é recomendada para fazer parte da rotina pré-natal, onde todas as mulheres grávidas devem ser incentivadas a frequentarem estas aulas.</p>	<p>Segundo o estudo as aulas de Preparação para o parto são fontes de informação e aumento de conhecimentos para mulheres primiparas. Estes devem ser incentivados e recomendadas na fase pré-natal. Os mesmos autores afirmam que as aulas de preparação para o parto quando realizadas de forma regular apresentam benefícios, tais como, auxiliar as necessidades educacionais da mulher, diminuir a ansiedade da mesma, encorajar para o trabalho de parto e parto normal.</p>

Número/ Título do Artigo	Autores	Ano de Publicação/ País de Origem	Objetivo	Metodologia e Métodos	Conclusão dos Autores	Conclusão do revisor
				Realizado consentimento informado por escrito.		
Artigo nº 5 - The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: a systematic review.	-Vanessa Leutenegger; -Susanne Grylka-Baeschlin,; -Frank Wieber,; -Deirdre Daly; -Jessica Pehlke-Milde	-2022 -Suiça.	- Investigar os efeitos das técnicas de respiração e relaxamento fornecidas nas aulas de educação pré-natal sobre os resultados do parto materno e neonatal.	É uma Revisão sistemática de literatura através da Prospero. Bases de dados utilizadas: MEDLINE, CINAHL, ClinicalTrials.gov, the Cochrane Library, Embase and MIDIRS. A população utilizada é: Gestantes saudáveis (primíparas e multiparas), com gestação simples, de baixo risco, a participar regularmente em educação pré-natal e planeamento de um parto vaginal. Os critérios pré-definidos incluíram todas as aulas de educação pré-natal em grupo ou individuais com técnicas integradas de respiração e relaxamento e exercícios que foram ensinados e praticados como intervenções nas aulas ou poderiam ser praticados em casa com instruções. Esta revisão foi realizada em	Mulheres que frequentaram aulas de educação pré-natal com técnicas de respiração e relaxamento integradas tem melhores resultados maternos e neonatais. Estas aulas de educação pré-natal, que incluem as técnicas de respiração e relaxamento têm um efeito positivo na autoeficácia, na solicitação de suporte farmacológico, especificamente do uso de analgesia epidural, e na memória da dor do parto. Assim, destacam a importância de fornecer informação e de praticar técnicas de respiração e relaxamento nas aulas de educação pré-natal.	O presente estudo apresenta dados que demonstram que as aulas de educação pré-natal integradas com técnicas de respiração e relaxamento apresentam bons resultados maternos e neonatais através dos benefícios que apresentam. Alguns desses benefícios são ao nível da autoeficácia no parto, nomeadamente, pela solicitação de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, o que faz com que a mulher apresente maior autocontrolo no parto relativamente à sua dor.

Número/ Título do Artigo	Autores	Ano de Publicação/ País de Origem	Objetivo	Metodologia e Métodos	Conclusão dos Autores	Conclusão do revisor
				julho de 2021 e atualizada em janeiro de 2022.		
Artigo nº9 - Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes.	- Robab Hassanzadeh; - Fateme Abbas-Alizadeh; - Shahla Meedy; - Sakineh Mohammad-Alizadeh-Charandabi; - Mojgan Mirghafourvand	- 2020 - Irão.	- Comparar o medo do parto, a ansiedade e a depressão durante a gestação em três grupos de gestantes primíparas que não frequentavam, frequentavam irregularmente ou frequentavam regularmente as aulas de preparação para o parto.	Método misto. Esta parte do estudo foi transversal e examina uma população composta por 204 gestantes primíparas com idade gestacional de 35 a 37 semanas que utilizaram sua frequência para criar três categorias, definidas como frequência regular (frequentar de quatro a oito sessões de aulas educativas), frequência irregular (frequentar de uma a três sessões) e grupos de não comparecimento. Os critérios de inclusão no estudo consistiram em: residir em Tabriz, ser primípara e ter idade gestacional de 35 a 37 semanas. Os critérios de exclusão do estudo foram: gestação múltipla, múltipara, parto pré-termo ou pós-termo, apresentação não cefálica, história de problemas físicos ou de depressão, uso de medicamentos indutores de	Os resultados deste estudo revelaram benefícios da participação nas aulas de preparação para o parto, incluindo a redução do medo do parto, da ansiedade e da depressão durante a gestação. Portanto, a participação nessas aulas deve ser seriamente considerada como um componente da assistência pré-natal padrão.	No presente estudo os autores afirmam as aulas de preparação para o parto como benéficas, influenciando o parto da mulher. Este é influenciado na medida em que diminui o medo do parto, da ansiedade e depressão durante a gravidez. Assim, os autores afirmam que estas aulas são fundamentais durante a educação pré-natal devendo fazer parte da rotina dos cuidados de saúde.

Número/ Título do Artigo	Autores	Ano de Publicação/ País de Origem	Objetivo	Metodologia e Métodos	Conclusão dos Autores	Conclusão do revisor
				<p>sintomas depressivos, evento stressante na família e patologias obstétricas.</p> <p>Utilizou-se amostragem aleatória para selecionar 68 participantes entre as gestantes elegíveis nos três grupos. Após a inclusão dessas mulheres elegíveis, os objetivos e métodos do estudo foram devidamente explicados e em seguida, foi obtido consentimento informado.</p> <p>Utilizou-se como instrumento de colheita de dados os questionários por meio de entrevistas.</p>		
Artigo nº 22- Effect of childbirth education on the perceptions of childbirth and breastfeeding self-efficacy and the obstetric outcomes of	<ul style="list-style-type: none"> - Nevin Citak Bilgina; - Bedriye Ak ; - Fatma Ayhan; - Fatma Kocyigit ; - Songul Yorgun; - Mehmet Ata Topcuoglu 	<ul style="list-style-type: none"> - 2019. - Turquia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar o efeito da educação sobre o parto em nulíparas sobre as percepções, experiência do parto, desfechos obstétricos e autoeficácia da amamentação. 	<p>Método quase experimental e prospectivo.</p> <p>Os participantes incluídos neste estudo são todas as gestantes admitidas na área obstétrica de um hospital localizado no noroeste da Turquia.</p> <p>Além disso, inclui gestantes inscritas na escola de gravidez que trabalha em parceria com o hospital. Estas recebem educação sobre o parto e são submetidas a</p>	<p>A educação sobre o parto é uma opção barata para promover a saúde materna e fetal na maioria dos ambientes. Os resultados deste estudo confirmam que a educação sistemáticas sobre o parto aumenta as percepções positivas de autoeficácia no parto e na amamentação entre mulheres nulíparas.</p>	<p>O estudo faz referência à educação pré-natal, nomeadamente, da preparação para o parto como uma opção barata que promove a saúde materna e fetal.</p> <p>Os mesmos autores verificam que a educação para o parto regular apresenta maior autoeficácia no trabalho de</p>

Número/ Título do Artigo	Autores	Ano de Publicação/ País de Origem	Objetivo	Metodologia e Métodos	Conclusão dos Autores	Conclusão do revisor
nulliparous women.				<p>avaliações pré-natais de rotina. A população do estudo foi composta por 121 mulheres, das quais 64 no grupo de educação e 57 no grupo de controlo. Os dados do estudo foram coletados por meio de uma ficha de identificação dos participantes, da Escala de Percepção ao Nascer, da Escala Visual Analógica e da Escala de Autoeficácia em Aleitamento Materno. Os instrumentos de colheitas de dados foram: Questionário e entrevista.</p>	<p>No entanto, não altera os tipos de parto ou as intervenções obstétricas relacionadas ao parto que são vivenciadas por essas mulheres.</p>	<p>parto e parto em nulíparas. Por outro lado, os autores afirmam que a preparação para o parto não apresenta influência ao nível do tipo de parto e intervenções obstétricas associadas ao parto.</p>
<p>Artigo nº 33 - Preparação para o parto e parentalidade – a sua influência na experiência de trabalho de parto e parto.</p>	<p>- Rute Pais.</p>	<p>- 2022. - Portugal.</p>	<p>- Mapear evidência científica sobre de que forma a PPP capacita a parturiente no trabalho de parto e parto.</p>	<p>Revisão sistemática de literature através do método Scoping Review. População: Grávidas, parturientes e puérperas Realizada a pesquisa nas seguintes bases de dados científicas: PubMed e na plataforma EBSCOhost: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied</p>	<p>De acordo com os resultados obtidos as mulheres que frequentaram os programas de PPP e as consultas de vigilância no período pré-natal, referiram receber as informações necessárias para o ciclo gravídico-puerperal, tendo as suas dúvidas esclarecidas. No entanto, os</p>	<p>Segundo a autora a PPP é vista como uma estratégia de educação e promoção para a saúde, com o objetivo de informar a mulher/casal e torná-los ativos durante o trabalho de parto e parto. Segundo o estudo a PPP influencia a parturiente no trabalho de parto e Parto.</p>

Número/ Título do Artigo	Autores	Ano de Publicação/ País de Origem	Objetivo	Metodologia e Métodos	Conclusão dos Autores	Conclusão do revisor
				<p>Health Collection: Comprehensive e MedicLatina</p>	<p>estudos também revelaram que algumas grávidas que frequentaram as consultas de vigilância pré-natal, relataram não terem recebido as orientações necessárias para o trabalho de parto e parto, sugerindo-se um maior investimento por parte do EEESMO no sentido de colmatar estas lacunas, uma vez que podem conduzir a uma experiência de parto negativa.</p> <p>Os estudos revelaram ainda, que a estratégia grupal favorece o empowerment da grávida, através da partilha de experiências, aprendizagem e expressão de medos e dúvidas, contribuindo para a promoção da saúde, além de permitir a autonomia da parturiente durante o TP e P. Ficou evidenciado na scoping review, que a PPP capacita a parturiente para</p>	<p>Estes programas permitem identificar a unidade de saúde em caso de emergência; ter conhecimento do direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto; envolvimento da tomada de decisão; na diminuição de complicações maternas e neonatais; informação das posições a adotar durante o Trabalho de parto e parto e capacitação nas estratégias não farmacológicas de alívio da dor.</p> <p>Além do anteriormente mencionado, a autora faz referência à estratégia de educação pré-natal em grupo como favorecedora da capacitação da grávida, pela, partilha de experiências, aprendizagem e expressão de medos e dúvidas, contribuindo para a</p>

Número/ Título do Artigo	Autores	Ano de Publicação/ País de Origem	Objetivo	Metodologia e Métodos	Conclusão dos Autores	Conclusão do revisor
					<p>o TP e P na medida em que permite a mesma o seguinte: identificar a unidade de saúde em caso de emergência; ter conhecimento do direito à presença de um acompanhante durante o TP e P; envolvimento da tomada de decisão; na redução de complicações maternas/ neonatais; informação das posições a adotar durante o TP e P; capacitação nas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, entre outros.. Os programas de PPP constituem deste modo, uma estratégia de educação e promoção para a saúde que promove a literacia em saúde, que objetiva a promoção da tomada de decisão informada e a participação ativa da mulher/casal, capacitando-os para uma experiência positiva do TP e P</p>	<p>promoção da saúde, permite a autonomia da parturiente durante o trabalho de parto e parto. Assim podemos constatar que mulheres que frequentam os programas de PPP e as consultas de vigilância pré-natal afirmam receber as informações necessárias a este período, que compreende a gravidez ao puerpério. Ao ir ao encontro das suas necessidades, estes esclarecem dúvidas e mitos. O mesmo estudo afirma, que mulheres que realizaram apenas consultas de vigilância pré-natal, relataram receber menos orientações associadas ao trabalho de parto e parto, sendo visto como uma lacuna do profissional de saúde, nomeadamente, o</p>

Número/ Título do Artigo	Autores	Ano de Publicação/ País de Origem	Objetivo	Metodologia e Métodos	Conclusão dos Autores	Conclusão do revisor
						<p>EEESMO. Por fim, podemos afirmar que esta estratégia de promoção da saúde relativa á PPP tem como finalidade uma experiência de parto positiva.</p>

ANEXO II – REGISTO DE ATIVIDADES

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	330
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	330
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	41
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	0
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	18
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	13
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorraphy</i>	31
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy (40)</i>	78
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	41
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	26
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	125
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	114
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	45
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	111
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	1
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	1
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	1
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	1
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	1

Santarém, 31 de Dezembro

Estudante/Student

Mariana José Rodrigues

Professor/Teacher

Maria da Conceição Fernandes

Coordenador do curso/The course coordinator

 Assinado por: Maria da Conceição Fernandes
Santiago

Num. de Identificação: 08560601