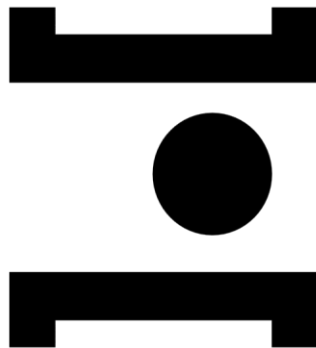


**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**Escola Superior de Saúde de Santarém**



**POLITÉCNICO  
DE SANTARÉM**

**A PERCEÇÃO DAS MULHERES SOBRE A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS  
DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO**

**Relatório de Estágio**

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

**Catarina dos Santos Souto**

**Orientação:**

**Açucena de Jesus Galhanas Guerra**

julho, 2024

“Para mudar o mundo é preciso, primeiro, mudar a forma de nascer”

Michel Odent

## **AGRADECIMENTOS**

Falham as palavras na altura de agradecer...

À minha filha Olívia, pelo teu amor, por me teres dado a capacidade de amar infinita e incondicionalmente e por me incentivares todos os dias a ser melhor e a fazer melhor. Este trabalho é para ti.

Aos meus pais, por serem casa, abraço, colo, enfim, por serem tudo. A vida foi generosa comigo. Houvesse palavras para vos agradecer.

À Professora Açucena, porque há caminhos que só se fazem com quem sabe. Obrigada pelas palavras sempre certas, pelos momentos de partilha, pela dedicação, por ter acreditado e pela forma amiga como sempre me incentivou. Nunca me faltou a sorte.

À Professora Sara, pelo amor e pela forma leve de ser.

Às minhas colegas de curso, Marita, Sara e Joana, pela amizade boa e irmandade, partilha de emoções e pelas velas que acendemos nestes dois anos. De mãos dadas para a vida e que nunca percamos o que construímos.

Às enfermeiras orientadoras com quem partilhei o último ano, obrigada pela paciência, disponibilidade e abraço. Cada uma de vós foi exatamente o que eu precisei em cada momento. Um agradecimento especial às equipas de Enfermagem com quem colaborei – foram incansáveis sob todos os pontos de vista.

## **ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS**

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

IG – Idade Gestacional

ITP – Indução do Trabalho de Parto

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – Participantes, Conceito e Contexto

PF – Planeamento Familiar

RN – Recém-nascido

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPOMMF – Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

## **RESUMO**

A humanização está intimamente relacionada com o ato de cuidar, pelo que podemos assumi-la indissociável da Enfermagem. O cuidado humanizado surge alicerçado por uma relação dialógica inter-humana, especificamente profissional-sujeito, com base no respeito pelos direitos da pessoa que é cuidada e numa ótica de parceria de cuidados.

Especificamente no âmbito da Saúde Materna e Obstétrica, os cuidados à parturiente durante o trabalho de parto de baixo risco são da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que deve desenvolver a sua ação no sentido de promover uma experiência de parto positiva para a mulher. Contudo, a crescente medicalização do trabalho de parto e aumento da intervenção em resposta à evolução tecnológica e a inconstância social vivida no nosso país nos cuidados obstétricos levam-nos a refletir sobre a prática dos cuidados humanizados.

Com o objetivo de analisar a humanização dos cuidados de Enfermagem no trabalho de parto na perspetiva das parturientes e consequentemente melhorar a prática de cuidados, realizou-se uma *scoping review* e um trabalho de campo de natureza qualitativa, a partir da questão de revisão e investigação: “Qual a perceção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem no trabalho de parto?” Os dados obtidos através das entrevistas foram confrontados com os resultados da análise dos artigos da *scoping review*, como forma de sustentar a prática. Conclui-se que, apesar da satisfação das mulheres inquiridas, se faz necessário que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica invistam na assistência à parturiente, promovendo um cuidado individualizado e a participação ativa da mulher no processo de parto, respeitando os seus desejos e expectativas e indo ao encontro das suas necessidades, garantindo a segurança e a humanização dos cuidados.

Por fim, realizou-se uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas em Ensino Clínico considerando as competências previstas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e descrevendo as atividades à luz da Teoria Humanística de Paterson e Zderad.

**Palavras-chave:** Humanização; Cuidados de Enfermagem; Trabalho de Parto; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

**ABSTRACT**

Humanization is closely related to the act of caring, so we can assume that it is inseparable from nursing. Humanized care is based on an inter-human dialogical relationship, specifically professional-subject, based on respect for the rights of the person being cared for and from a perspective of care partnership.

Specifically in the field of Maternal and Obstetric Health, care for the parturient woman during low-risk labor is the responsibility of the Maternal and Obstetric Health Nurse Specialist, who must work to promote a positive birth experience for the woman. However, the growing medicalization of labor and increased intervention in response to technological developments and the social inconstancy experienced in our country in obstetric care lead us to reflect on the practice of humanized care.

In order to analyze the humanization of nursing care in labor from the perspective of parturients, and consequently improve care practice, a scoping review and qualitative fieldwork were carried out, based on the review and research question: “What are women's perceptions of the humanization of nursing care in labor?”. The data obtained through the interviews was compared with the results of the analysis of the scoping review articles, as a way of supporting practice. The conclusion is that, despite the satisfaction of the women surveyed, it is necessary for Maternal and Obstetric Health Nurse Specialists to invest in assisting parturient women, promoting individualized care and the active participation of women in the childbirth process, respecting their wishes and expectations and meeting their needs, guaranteeing safety and the humanization of care.

Finally, a critical-reflective analysis of the activities developed in Clinical Practice was carried out, taking into account the competencies set out in the Regulations on the Specific Competencies of Maternal and Obstetric Health Nurse Specialists and the Regulations on the Common Competencies of Nurse Specialists, and describing the activities in the light of Paterson and Zderad's Humanistic Theory.

**Key-words:** Humanization; Nursing Care; Labor; Nurse Midwife.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....</b>	<b>4</b>
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>8</b>
2.1. SCOPING REVIEW.....	8
2.2. TRABALHO DE CAMPO .....	16
2.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	23
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA .....</b>	<b>25</b>
3.1. APRENDIZAGENS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GINECOLOGIA	26
3.2. APRENDIZAGENS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA .....	30
3.3. APRENDIZAGENS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO....	37
3.4. APRENDIZAGENS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE	47
3.5. APRENDIZAGENS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS .....	51
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>73</b>
APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO .....	74
APÊNDICE II – CONCEITOS PCC E ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	109
APÊNDICE III – PRISMA <i>FLOW DIAGRAM</i> .....	111
APÊNDICE IV – FONTES REJEITADAS E RAZÕES DA SUA REJEIÇÃO .....	113
APÊNDICE V – INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS .....	115
APÊNDICE VI – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....	121
APÊNDICE VII – CONSENTIMENTO INFORMADO.....	123
APÊNDICE VIII – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO .....	126
APÊNDICE IX – MATRIZ DE ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	145
APÊNDICE X – FOLHETO INFORMATIVO “ADMINISTRAÇÃO DE ENOXAPARINA NA GRAVIDEZ” .....	148
APÊNDICE XI – PÓSTER ENCONTRO UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALMADA-SEIXAL .....	150
<b>ANEXOS .....</b>	<b>152</b>

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE .....	153
ANEXO II – SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS .....	157

## **INTRODUÇÃO**

Humanizar intenta ao bem-estar, onde se valorizam não só às dimensões técnico-científicas do cuidado, mas também considerando a pessoa como fim e nunca como meio, respeitando os seus direitos enquanto ser único dotado de dignidade, autonomia, subjetividade e merecedor do reconhecimento do profissional de saúde numa relação pessoa-pessoa (Corbani et al., 2009; Freitas, 2017 citando Almeida, 2014). A humanização está intimamente relacionada com o ato de cuidar, ou seja, com a prática da Enfermagem. O cuidar em Enfermagem e a humanização são, assim, indissociáveis, sendo o cuidado humanizado – dependente e apoiado na relação dialógica inter-humana – o instrumento de trabalho da Enfermagem (Souza, 2012, in Amestoy, Schwartz e Thofehrn, 2006).

Na área específica da Saúde Materna e Obstétrica, considerando a Orientação nº 002/2023 emitida pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2023) que regulamenta a responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na vigilância e assistência ao trabalho de parto (TP) de baixo risco, o EEESMO é o principal agente no cuidado à parturiente e ao feto durante o TP e nos cuidados à mulher após o parto.

Posto isto, e considerando o disposto no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), que indica que o EEESMO deve garantir o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, assegurando um ambiente seguro que potencie o bem-estar da parturiente e do recém-nascido, desenvolvendo a sua ação no sentido do encontro dialógico e em parceria com a mulher e família, assegurando a satisfação das suas necessidades e adequando/gerindo as suas expectativas, visando uma experiência de parto significativa, desenvolveu-se o presente relatório de estágio.

Deste modo, o presente trabalho, inserido na Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ministrado na Escola Superior de Saúde de Santarém, pretende demonstrar o percurso académico, desenvolvido ao longo de 20 semanas, num total de 936 horas, tendo contemplado os Ensinos Clínicos (EC) de i) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em Ginecologia; ii) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica; iii) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério; iv) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade; e v) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na

Sala de Partos, desenvolvidos em locais distintos e que serão abordados posteriormente no desenvolvimento deste trabalho.

A realização do percurso em EC visa a capacitação para a prestação de cuidados especializados, sustentados em evidência científica, à mulher no ciclo sexual e reprodutivo em situação de saúde-doença. Além disso, procura o desenvolvimento da capacidade de compreensão, conceção, autorreflexão e crítica suportada por valores éticos e deontológicos, bem como o aprofundamento das competências de gestão de recursos humanos, materiais e cuidados, garantindo a qualidade dos mesmos.

Ainda, a mestria no desenvolvimento de investigação, questionando a prática e contribuindo para os avanços em saúde são propósitos do 2º ciclo de estudos. A investigação em Enfermagem permite expandir horizontes no conhecimento específico, contribuindo para o desenvolvimento da profissão como ciência, credibilizando-a. Neste sentido, desenvolveu-se uma *Scoping Review* e um trabalho de campo de carácter descritivo-exploratório ao longo do EC, com o tema “*A perceção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem no trabalho de parto*”, que pretendem dar resposta à questão “*Qual a perceção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem no trabalho de parto?*”, cujo objetivo geral se definiu: perceber a opinião das mulheres sobre a humanização dos cuidados prestados por EEESMO, no TP; e como objetivos específicos: identificar as atitudes e intervenções de Enfermagem percecionadas como características e promotoras da humanização dos cuidados; e identificar as atitudes e intervenções percecionadas como obstáculos à humanização dos cuidados.

A seleção do presente tema surgiu de motivações pessoais pela crescente intervenção e medicalização do TP em resposta à evolução tecnológica das últimas décadas que, apesar de apresentar uma redução significativa na morbi-mortalidade materno-fetal, tem implicações no processo fisiológico do parto e no seu significado para as mulheres e, adicionalmente, pela conjuntura atual do encerramento das maternidades, que evidencia as lacunas dos cuidados centrados na mulher, na medida em que gera ansiedade e insegurança na parturiente, desnecessárias no processo do TP, impactando negativamente a experiência das mulheres e a forma como se nasce em Portugal.

A elaboração deste relatório visa a aquisição e consolidação de competências do EEESMO, sendo que se pretende que o seu desenvolvimento e os seus contributos sustentem a prática e abram caminho para outras áreas de investigação.

Assim, o presente relatório, que será objeto de apreciação pública, engloba duas componentes: o estudo de um problema de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica com o tema supracitado, que inclui a realização de uma *Scoping Review* e um trabalho de campo de

caráter qualitativo; e uma análise reflexiva do percurso académico na UC, descrevendo-se as atividades e competências desenvolvidas de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, alicerçadas no referencial teórico descrito por Josephine Paterson e Loretta Zderad, tendo por base o Projeto Individual de Estágio (Apêndice I) definido no início do EC. O documento encontra-se dividido em capítulos, iniciando-se com o enquadramento teórico e conceptual, seguindo-se a descrição da metodologia utilizada e dos resultados obtidos, terminando com a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas em EC e as conclusões do trabalho desenvolvido.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL**

Entende-se TP como o conjunto de fenómenos fisiológicos, espontâneos ou induzidos que, através do apagamento e dilatação cervical e da progressão do feto no canal de parto, culminam na expulsão deste e anexos para o exterior (Graça, 2017). Admitem-se quatro estádios no TP: Primeiro estágio que corresponde ao apagamento e dilatação do colo uterino; o segundo estágio que engloba o período expulsivo até ao nascimento; o terceiro estágio inicia-se imediatamente após o parto e corresponde ao período da dequitação; e o quarto e último estágio, que diz respeito às duas horas após o parto (Fatia & Tinoco, 2016).

Ao longo dos anos, os cuidados prestados às mulheres durante o parto foram alvo de significativas mudanças. Até ao século XVII, o parto era um evento exclusivamente da mulher que decorria geralmente no domicílio, num ambiente íntimo e familiar, assistido por parteiras – geralmente pertencentes a classes sociais mais baixas – com conhecimentos empíricos e habilidades desenvolvidas no contexto da prática quotidiana de assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. A medicina não detinha muito conhecimento relativamente ao processo de parir e as parteiras eram os modelos do conhecimento e assistência no parto (Kappaun & Costa, 2020; Vendrúscolo & Kruehl, 2015 cit. Maldonado, 2002). Contudo, o parto estava diretamente relacionado com elevadas taxas de mortalidade materna, sendo responsável pela reduzida esperança de vida pelo que, cada vez mais os médicos eram chamados a intervir e se foi hospitalizando o processo (Kappaun & Costa, 2020). Desta forma, o parto foi sendo cada vez mais medicalizado e, no século XX, com o desenvolvimento técnico-científico, a gravidez e o nascimento em Portugal tornaram-se eventos exclusivamente hospitalares, apresentando em 1994 uma percentagem de 100% de partos efetuados em instituições de saúde (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023; Possati et al., 2017).

A partir desse momento e considerando a contribuição significativa deste modelo na redução da mortalidade materna e perinatal, a assistência ao parto passou a ser uma prática intervencionista, onde a mulher era muitas vezes submetida a procedimentos desnecessários ou que interferiam no curso fisiológico do parto sob o conhecimento científico à data, que se sobrepunha às particularidades da mulher e do parto em si, à autonomia desta e às suas necessidades individuais (Kappaun & Costa, 2020; Nicida et al., 2020; Possati et al., 2017).

Nesta ótica, os profissionais de saúde passaram a ser os autores do processo de parto e a medicalização era, então, uma forma de expropriação da mulher em relação aos seus direitos e à sua capacidade de tomada de decisão uma vez que, o conhecimento científico apenas ao médico pertencia e, não podia ser partilhado com o consumidor dos seus serviços (Nicida et al., 2020). Este modelo de assistência mecanicista, medicalizada e intervencionista no TP, põe em causa a sua fisiologia e a individualidade dos cuidados, condicionando as experiências de parto (Moura et al., 2020).

De acordo com o disposto no artigo 15º da Lei n.º 110/2019 (2019), os serviços de saúde, na prestação de cuidados durante o TP, devem não só fazer respeitar a vontade da parturiente, se as condições assim o permitirem, como também adotar as recomendações da Organização Mundial da Saúde [OMS](2018) para uma experiência positiva de parto. Esta é definida como aquela que cumpre ou excede as expectativas da mulher/ casal, garantindo a realização pessoal e permitindo o controlo e envolvimento da mulher na tomada de decisão – incluindo em caso de necessidade de intervenção médica. Além disso, a experiência de parto positiva pressupõe o nascimento de um bebé saudável num ambiente seguro e de apoio, com a presença de um acompanhante significativo e de uma equipa respeitadora e tecnicamente competente (OMS, 2018). Este conceito de experiência de parto positiva vai ao encontro do conceito de humanização, definido como o aumento da promoção de saúde tendo como ideias centrais a partilha e construção de saberes, o trabalho em equipa e a deferência aos interesses dos diferentes setores da saúde (Coelho & Vergara, 2015). Para Paterson & Zderad (2008), humanização é um estado de bem-estar e estar-melhor para os intervenientes do processo de escolher de forma responsável.

Humanizar intenta ao bem-estar, onde se valorizam não só às dimensões técnico-científicas do cuidado, mas também a pessoa, neste modelo considerada como fim e nunca como meio, respeitando os seus direitos enquanto ser único dotado de dignidade, autonomia, subjetividade e merecedor do reconhecimento do profissional de saúde numa relação pessoa-pessoa (Corbani et al., 2009; Freitas, 2017 citando Almeida, 2014). Para Souza (2012), citando Amestoy, Schwartz e Thofehrn (2006) a humanização está intimamente relacionada com o ato de cuidar, ou seja, com a prática da Enfermagem. O cuidar em Enfermagem e a humanização são, assim, indissociáveis, sendo o cuidado humanizado – dependente e apoiado na relação dialógica inter-humana – o instrumento de trabalho da Enfermagem. Na ausência deste encontro dialógico a assistência humanizada é colocada em risco, pela dificuldade no estabelecimento de uma relação de confiança e de parceria de cuidados.

De acordo Benner (2001), a aquisição de competências e o seu desenvolvimento relaciona-se diretamente com a prática. Contudo, a teoria constitui-se como um instrumento essencial à prática, sustentando-a em evidência científica. Deste modo, alicerça-se a prestação de cuidados à reflexão e investigação desenvolvidas na Teoria Humanística de Enfermagem, descrita por Josephine Paterson e Loretta Zderad. Para Ribeiro et al. (2018, p.7) *“quando um enfermeiro adota uma teoria de enfermagem, adota-a quase sempre em relação a todos os conceitos: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente”*. À luz da Teoria Humanística de Enfermagem, a Enfermagem é apresentada como uma resposta a uma situação humana de necessidade onde o cuidar não se relaciona apenas com os conceitos de saúde-doença, implicando a valorização do potencial da pessoa cuidada, ajudando-a a tornar-se mais humanamente capaz no seu contexto particular. Esta é ainda descrita como um acontecimento inter-humano, que envolve todas as capacidades dos participantes, com vista ao bem-estar e ao mais-ser, e como uma forma de humanismo onde os interesses, valores e dignidade humanos alicerçam a prática. Ainda, a Pessoa, especificamente a parturiente, enquanto ser holístico, biopsicossocial que beneficia dos cuidados de enfermagem, é olhada na sua singularidade, onde a sua experiência de vida tem influência na consciência humana dela própria e do outro. Além disso, é considerada sua moralidade e capacidade de escolha, bem como, os seus valores e a sua autenticidade. Por sua vez, a Saúde é tida como uma questão de sobrevivência, como uma qualidade de vida ou morte, através do potencial que os indivíduos possuem para o bem-estar e o estar melhor. No que respeita ao conceito de Ambiente, os autores não lhe atribuem definição. Contudo, consideram que a pessoa é afetada pelo ambiente, pelo contexto onde se insere e pela família e comunidade onde cresceu. Através do ambiente e da influência da visão inicial do lar e da comunidade, bem como das experiências vividas, a pessoa atribui significados aos fenómenos, podendo, assim, pessoas diferentes sentirem as vivências de forma distinta. Desta forma, o Enfermeiro deve ter em conta a forma como a pessoa cuidada, inserida na comunidade, experiencia o mundo e os fenómenos. Posto isto, neste caso, considera-se o ambiente como o contexto do TP (Paterson & Zderad, 2008).

Sob a perspetiva da humanização, os cuidados prestados à mulher durante o TP visam o resgate do parto enquanto evento fisiológico, único e positivo, mas não se limitam à realização ou não de práticas e intervenções; vão mais além, considerando a mulher como a personagem principal do processo, com uma voz ativa e direito de escolha (Moura et al., 2020; OMS, 2018; Possati et al., 2017).

Considerando a Orientação nº 002/2023 emitida pela DGS (2023), que regulamenta a responsabilidade do EEESMO na vigilância e assistência ao TP de baixo risco, o EEESMO é

assinalado como o principal agente no cuidado à parturiente e ao feto tal como, nos cuidados à mulher após o parto. Este deve, assim, garantir o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o TP (Regulamento nº 391/2019), assegurando um ambiente seguro que potencie o bem-estar da parturiente e do recém-nascido, desenvolvendo a sua ação no sentido do encontro dialógico e em parceria com a mulher e família, assegurando a satisfação das suas necessidades e adequando/ gerindo as suas expectativas, com vista a uma experiência de parto positiva.

Em 2013, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) da Ordem dos Enfermeiros (OE) criou o Projeto Maternidade com Qualidade, baseado nas recomendações da OMS (1996) cujo objetivo passava por garantir a qualidade e segurança dos cuidados em ESMO. Neste, destacam-se finalidades como a redução significativa das intervenções desnecessárias, das episiotomias, induções do trabalho de parto e cesarianas e, por outro lado, o aumento do número de partos vaginais, que direta ou indiretamente vão ao encontro dos pressupostos dos cuidados humanizados através da melhoria da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2023).

Posto isto, e tendo em conta a conjuntura atual com o fecho das maternidades e a incerteza das mulheres relativamente aos locais de parto, com a sua consequente vulnerabilidade, é imperativo perceber qual a perceção das mulheres relativamente à humanização dos cuidados de Enfermagem prestados durante o TP, identificando as atitudes e intervenções percecionadas como características e promotoras da humanização e aquelas que se constituem como obstáculos à humanização dos cuidados, como forma de se refletir a prática no sentido da melhoria.

## 2. METODOLOGIA

No presente capítulo abordar-se-á o percurso metodológico desenvolvido, especificamente, a realização de uma *Scoping Review* com base na metodologia do *Joanna Briggs Institute*<sup>®</sup> (Aromataris & Munn, 2021), de forma a identificar a perceção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de enfermagem no TP; e um trabalho de campo, com base na evidência científica identificada na *Scoping Review*, tendo-se elaborado um instrumento de colheita de dados, sob a forma de guião de entrevista, destinado à aplicação junto das puérperas, com o objetivo de identificar as perceções das mulheres relativamente à humanização dos cuidados de enfermagem durante o TP.

Especifica-se, de seguida, ambas as estratégias metodológicas.

### 2.1. SCOPING REVIEW

Com o objetivo mapear a evidência científica disponível relativa ao tema em estudo, desenvolveu-se uma *Scoping Review*, tendo como questão de revisão, “Qual a perceção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem no trabalho de parto?”. Definiu-se como objetivo geral: perceber a opinião das mulheres sobre a humanização dos cuidados prestados por EEESMO, no TP; e como objetivos específicos: identificar as atitudes e intervenções de Enfermagem percecionadas como características e promotoras da humanização dos cuidados; e identificar as atitudes e intervenções percecionadas como obstáculos à humanização dos cuidados.

Os critérios de inclusão servem de guia para que o leitor compreenda claramente o que é proposto através da *Scoping Review*. Adicionalmente, funcionam como fio condutor para os revisores selecionarem as fontes a incluir na revisão (Peters et al., 2020). Assim, especifica-se abaixo os critérios de inclusão de acordo com a mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto).

**PARTICIPANTES:** O presente documento considerou estudos cuja população incluísse parturientes ou mulheres que vivenciaram o TP recentemente, cuja gravidez se processou sem intercorrências, tal como, o TP. Além disso, incluíram-se, apenas, gravidezes de termo e partos assistidos por EEESMO.

**CONCEITO:** O fenómeno de interesse na presente investigação é o cuidado humanizado durante o TP no âmbito da ESMO, bem como os significados atribuídos pelas parturientes.

**CONTEXTO:** O contexto considerado foram os locais onde ocorre o TP.

**TIPOS DE ESTUDO:** Incluíram-se todos os estudos qualitativos, quantitativos, mistos, primários ou secundários em português, inglês e espanhol que fizessem referência à prática de ESMO no âmbito da humanização de cuidados, na perspetiva das parturientes ou textos que incluam elementos do TP como intervenções e atitudes promotoras ou obstáculos ao cuidado humanizado, bem como os significados atribuídos.

### **Estratégia de Pesquisa**

Numa primeira etapa, foi realizada uma pesquisa na base de dados PubMed e, na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e *Cochrane Database for Systematic Reviews*, onde foram identificados termos indexados e descritores encontrados nos títulos, resumos e palavras-chave de artigos relevantes. Estes termos indexados e as palavras-chave identificadas foram posteriormente validados como descritores MeSH, *Headings* ou *Subjects* e utilizados para efetuar a segunda fase da pesquisa. Esta compreendeu a aplicação adequada dos termos às diferentes bases de dados a serem utilizadas: CINAHL, MEDLINE, MedicLatina e PubMed, recorrendo à expressão de pesquisa **“Humanism OR Humanization AND Pregnant women OR Parturient AND Childbirth AND Parturition AND Labor AND Labor, obstetric AND Midwifery AND Obstetric nursing AND Nursing care”**. A pesquisa foi realizada definindo-se limitadores, nomeadamente no que respeita à disponibilidade de texto e linguagem. Especificamente, a evidência restringiu-se aos artigos disponíveis em *free full text*, redigidos em português, inglês ou espanhol. Apresenta-se em anexo (Apêndice II) os conceitos incluídos na mnemónica PCC, a respetiva validação em termos naturais, MeSH, *Headings* e *Subjects* e a estratégia de pesquisa desenvolvida.

Foram pesquisados artigos não publicados no Google *Scholar*, recorrendo aos termos naturais “Humanização”, “Trabalho de Parto” e “Parturiente”.

Para a terceira fase, as referências contidas nos artigos listados foram verificadas no sentido de identificar fontes adicionais.

### **Seleção dos estudos**

Decorrente da pesquisa efetuada, a seleção dos estudos procedeu-se tendo em conta os critérios de inclusão supramencionados e teve por base o fluxograma do processo de revisão

PRISMA *Flow Diagram* (Apêndice III), proposto por Aromataris & Munn (2020). Este descreve, pormenorizadamente, o processo de seleção das fontes, dividindo-se em três fases distintas.

Na primeira fase – *Identification* – foram identificados os artigos existentes nas bases de dados selecionadas, num total de 320, e rejeitados aqueles que se encontravam duplicados (21 artigos), verificando-se, assim, o número total de artigos disponíveis.

Numa segunda etapa – *Screening* – foi efetuada a leitura do título e *abstract* dos 299 artigos identificados na primeira fase por forma a excluir aqueles que não cumprem os critérios de inclusão definidos. Os 19 artigos que satisfizeram os critérios de inclusão foram lidos integralmente para verificação da metodologia e pertinência dos mesmos para a elaboração da *Scoping Review*. As 16 fontes rejeitadas nesta fase, foram identificadas no Apêndice IV, assim como as razões da sua rejeição.

No terceiro e último ponto – *Included* – as fontes elegíveis (3 artigos) foram sujeitas a análise integral e detalhada, com extração dos dados relevantes para a elaboração da revisão. Considerando os princípios metodológicos do *The Joanna Briggs Institute*<sup>®</sup>, a seleção das fontes foi realizada pelos dois revisores, de forma independente.

#### **Extração de dados**

O processo de extração de dados permite fornecer ao leitor um resumo descritivo e lógico dos resultados que vão ao encontro dos objetivos e questão de revisão da *Scoping Review*. De acordo com o proposto por Aromataris & Munn (2020), deve ser utilizado um instrumento de sistematização da informação que permita registar aquela que se verifica mais relevante para a revisão. Assim, foi desenvolvido um instrumento de extração de dados (Apêndice V), que compreende as seguintes variáveis: título do artigo, autor(es), ano de publicação, país de origem, base de dados do artigo, objetivos, metodologia/métodos, resultados e contributos para a questão de revisão. Os dados foram extraídos dos 3 artigos incluídos na presente *Scoping Review* pelos dois revisores.

#### **Resultados e discussão**

Da pesquisa efetuada emergiram 3 artigos para análise, realizados entre 2008 e 2023, sendo os três desenvolvidos no Brasil. A amostra variou entre 10 e 56 participantes. Os artigos incluídos são primários, qualitativos e do tipo descritivo e exploratório.

A OMS (2018), nas suas diretrizes para uma experiência de parto positiva reforça a necessidade da adoção de condutas que promovam a fisiologia do TP e do nascimento, sublinhando a importância da prestação de cuidados de qualidade sustentados pela evidência científica, que se traduzem numa assistência digna e respeitosa.

O cuidado humanizado durante o TP, espelhado em medidas simples que enaltecem e diferenciam a qualidade da assistência, permite às parturientes usufruírem de recursos que tornam o processo de parto mais participativo, agradável e seguro, respeitando os direitos, escolhas e individualidade da mulher (Sampaio et al., 2008).

A assistência obstétrica tem sofrido alterações ao longo dos anos, pautada pela incorporação de saberes, práticas e condutas no sentido do cuidado humanizado e na segurança do parto. A manutenção de práticas sustentadas em procedimentos já considerados desatualizados pela evidência científica constitui um desrespeito pela saúde da mulher e perpetua a violência obstétrica institucional (Rodrigues et al., 2022).

Da análise dos artigos, emergiram duas categorias que traduzem a perceção das parturientes relativamente à humanização dos cuidados: 1) Atitudes e intervenções promotoras da humanização dos cuidados e 2) Atitudes e intervenções percecionadas como obstáculos à humanização dos cuidados.

#### ***Atitudes e intervenções promotoras da humanização dos cuidados***

A utilização de técnicas não invasivas e não farmacológicas de alívio da dor durante o TP, onde se incluem as técnicas de relaxamento, banho com água morna, a massagem, a movimentação livre e circular da anca, é considerada como um aspeto positivo no cuidado durante o TP pois, ao favorecer o relaxamento e diminuição da dor, permite a progressão do feto no canal de parto e transmite uma sensação de acolhimento e aconchego (Aragão & Santos, 2023; Sampaio et al., 2008). A grande variedade de métodos não-farmacológicos de alívio da dor tem vindo a ser amplamente difundida, na medida em que estas técnicas permitem a redução da dor e promoção do relaxamento sem prejuízo na duração do TP, nas taxas de partos cirúrgicos ou no bem-estar neonatal, com associação a uma menor necessidade de utilização de métodos farmacológicos e redução no uso de ocitócicos (Carvalho et al., 2022; Porto et al., 2010). De acordo com as recomendações da OMS (2018), as estratégias não invasivas e não farmacológicas de alívio da dor devem ser privilegiadas durante a assistência ao TP, de acordo com a vontade da parturiente.

Relativamente à presença de acompanhante, esta é descrita pelas puérperas como uma medida promotora do conforto, apoio e segurança da parturiente, com efeito na redução da dor e na sensação de solidão, aumentando a coragem e força da mulher para enfrentar o TP. Além disso é mencionada a relação entre a presença do acompanhante e a diminuição das intervenções obstétricas (Aragão & Santos, 2023). De facto, o suporte psíquico-emocional-físico providenciado pela presença de uma pessoa significativa tem efeito positivo na parturiente, com repercussão no conforto, segurança, dor e na duração do TP, além de promover a união familiar e a vinculação,

tornando a experiência de parto num momento de carinho, cuidado, atenção e amor (Carvalho et al., 2022; Versiani et al., 2015).

No que respeita ao incentivo ao contacto pele-a-pele entre mãe e bebé, praticamente todas puérperas incluídas na investigação desenvolvida por Sampaio et al. (2008), tiveram contacto precoce com os seus recém-nascidos (RN), sendo que a minoria que não teve oportunidade se deveu a complicações. São conhecidos os benefícios do contacto pele-a-pele entre o binómio mãe-filho, sobretudo no que diz respeito à vinculação e adaptação precoce pela estimulação sensorial que produz, assim como na promoção e sucesso do aleitamento materno, devendo ser incentivado e estimulado sempre que não existam intercorrências que exijam intervenção imediata (OE, n.d.; OE & International Council of Nurses, 2010). Alvares et al. (2018) ressaltam que o contacto pele-a-pele se verifica mais frequente nos partos assistidos por EEESMO do que naqueles assistidos por médicos, atribuindo importância à intervenção do enfermeiro no que concerne ao respeito pelos direitos humanos.

Parafraseando Aragão & Santos (2023), as puérperas salientam a maneira de cuidar atenta às necessidades das mulheres como uma boa prática, reforçando a importância da presença de profissionais qualificados e experientes. Também Sampaio et al. (2008) referem que as necessidades e expectativas das mulheres relativamente aos cuidados recebidos no TP e nascimento passam pela presença de um profissional que providencie apoio, atenção e orientação ao longo do processo de parto, no sentido da manutenção do equilíbrio emocional e da redução da ansiedade e que transmita segurança através dos seus conhecimentos. Carvalho et al. (2022) defendem que o cuidado humanizado durante o TP e nascimento se relaciona diretamente com a presença de intervenções como o acolher, o ouvir e o orientar, tornando o processo de parto positivo e enriquecedor.

#### ***Atitudes e intervenções percebidas como obstáculos à humanização dos cuidados***

De entre as atitudes e intervenções percebidas como não humanizadoras, os estudos salientam a violência verbal como forma de agressão, como uma prática recorrente que desrespeita a singularidade da mulher e do seu momento de parir, contribuindo, também, para o aumento da dor durante o parto (Rodrigues et al., 2022), traduzindo uma depreciação dos profissionais para com as parturientes, colocando-as numa posição de inferioridade e atravessando a barreira da violência obstétrica (Pedroso & López, 2017). Num estudo sobre a comunicação dos profissionais de saúde na maternidade na perspetiva das mulheres, os achados salientam que o abuso verbal e a má qualidade da comunicação condicionam a comunicação eficaz entre profissionais e as mulheres (Madula et al., 2018).

Também a ausência de comunicação entre o profissional de saúde e a mulher constitui um obstáculo à humanização, desde logo pela falta de apresentação por parte das enfermeiras que prestam cuidados, levando à confusão entre categorias profissionais, pondo em causa a representação e identidade social do enfermeiro (Sampaio et al., 2008). De facto, a forma como o enfermeiro se relaciona com os utentes e a forma como se desenvolvem os cuidados condicionam a imagem que se constrói do mesmo, sendo que esta representação se centra no que é visível da profissão (Nogueira, 2010).

Por outro lado, a falta de comunicação representa-se na minoria de puérperas que afirmam terem sido informadas previamente sobre os procedimentos a serem realizados ao longo do TP, bem como na obtenção do consentimento para a sua realização. Além disso, a falta de comunicação e de interação positiva cria tensão e ansiedade, comprometendo a relação entre profissional e mulher, toldando a confiança e, conseqüentemente, o envolvimento da mulher nas decisões e iniciativa do parto (Sampaio et al., 2008). Torna-se, assim, explícita a importância do papel do profissional de saúde no estabelecimento de uma relação empática, considerando a parturiente na sua singularidade e na unicidade do seu momento de parir, realçando que ao não serem tidas em conta as necessidades da mulher, o desenvolvimento do vínculo é dificultado. A ausência de relação e vinculação entre profissional e parturiente cria insegurança e torna a dinâmica pouco funcional (Versiani et al., 2015). A comunicação é em si própria uma abordagem da enfermagem, cujas lacunas se relacionam diretamente com cuidados menos eficazes ou mesmo ineficazes (Coelho, 2015). Desta forma, considerando que o EEESMO é responsável pelo processo de acolhimento, criação de vínculo e promoção da sensação de segurança, importa que este saiba comunicar, pois disso depende o empoderamento da mulher e a sua participação no processo do parto (Carvalho et al., 2022; Gomes et al., 2021; Versiani et al., 2015).

Na mesma perspetiva, o abandono é entendido pela ausência de relação, empatia e cuidado, como um obstáculo à humanização dos cuidados mencionado pelas participantes, nomeadamente associado à indução do trabalho de parto (ITP) com utilização de ocitócicos (Rodrigues et al., 2022). Para Alvares et al. (2018) a satisfação das parturientes no TP é influenciada pela perceção de acolhimento e apoio recebidos pelos profissionais, com efeito na redução da ansiedade, sendo que as mulheres que se sentem sozinhas e abandonadas ou cuja atenção não vai ao encontro das suas necessidades, têm maior probabilidade de possuir perceções negativas relativamente ao parto.

Por outro lado, são referidas as rotinas institucionais, como a indicação para dieta zero, enquanto condutas desrespeitosas para com a mulher, dado que esta precisa de um aporte energético suficiente para lidar com o TP (Rodrigues et al., 2022). Numa revisão da literatura,

Porto et al. (2010) concluem que o jejum rotineiro em parturientes de baixo risco não é recomendado, sendo atualmente muito rara a necessidade de anestesia geral durante o parto – justificativa para a imposição do jejum pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico. A Mesa do Colégio da Especialidade de ESMO da OE (n.d.) emitiu um indicador de evidência, sustentado pelas recomendações da OMS, onde se realçam os benefícios da ingestão de líquidos claros em quantidades moderadas no primeiro estágio do TP, sobretudo ao nível da regulação hídrica e eletrolítica e da manutenção energética quer para a parturiente, quer para o feto.

Sampaio et al. (2008) ressaltam a liberdade de posição e movimentação como uma preocupação relativamente à humanização dos cuidados, na medida em que, a maioria das mulheres refere ter parido na posição deitada/ litotomia. Por sua vez, Rodrigues et al. (2022) apontam a imposição da posição para o segundo estágio do TP como uma atitude que descaracteriza a liberdade estabelecida pelas políticas de humanização ao parto, uma vez que são consideradas posições fisiológicas aquelas em que não se verifica a compressão de vasos sanguíneos e a progressão do feto respeita a gravidade, permitindo a abertura vaginal e o encurtamento do canal de parto, com efeito na duração do nascimento, onde se incluem as posições eretas, de cócoras, sentadas ou em quatro apoios (Côrtes et al., 2018 e Gomes et al., 2021). Carvalho et al. (2022) sublinham a importância da autonomia da parturiente na escolha da posição de parto nomeadamente no que respeita ao conforto, salvaguardando, contudo, a relevância do papel do EEESMO na averiguação dos riscos e validação da adequabilidade das práticas, evitando complicações.

Relativamente a práticas intervencionistas destacam-se a manobra de *Kristeller*, a episiotomia e o toque vaginal por rotina como condutas inapropriadas e um entrave à humanização. A manobra de *Kristeller* foi apontada como um momento assustador e horrível (Rodrigues et al., 2022). Num estudo conduzido por Côrtes et al. (2018), constatou-se que apesar da utilização da manobra de *Kristeller* abreviar a duração do segundo estágio do TP, confirmou-se um importante aumento do risco de complicações materno-fetais como lacerações perineais graves, rutura uterina, dispareunia e incontinência urinária 6 meses após o parto, distócias de ombro, aumento do risco de score de Apgar inferior a sete no quinto minuto e sequelas fetais, como hipoperfusão e paralisia cerebral.

Por sua vez, a episiotomia foi percebida como um momento de desrespeito sobre o corpo da mulher e de brutalidade e dor, sem empatia e, também, sem informação da sua realização (Rodrigues et al., 2022), uma vez que esta prática deve ser realizada por indicação e não por rotina, restringindo-se a sua utilização a situações de suspeita de hipoxia fetal, como forma de acelerar o período expulsivo do TP, e a situações de elevado risco de lesão do esfíncter anal –

quando se verifica rigidez perineal, altura do períneo inferior ou igual a 3 cm, em partos vaginais distócicos ou quando ocorreu lesão do esfíncter anal em partos anteriores (Santo, 2022a, 2022b). À luz das recomendações da OMS (2014) os cuidados de maternidade respeitosos devem assegurar a dignidade, privacidade e confidencialidade e prevenir a ocorrência de quaisquer danos ou maus-tratos, sendo que, no caso da necessidade de realização de episiotomia passa pela garantia da anestesia local efetiva e obtenção do consentimento da mulher para a realização da mesma.

Por fim, o toque vaginal por rotina foi considerado como uma intervenção desrespeitosa sem empatia e sem diálogo (Rodrigues et al., 2022). Considerando as diretrizes da OMS (2018), o exame vaginal em parturientes de baixo risco deve realizar-se com intervalos nunca inferiores a 4 horas na fase ativa do primeiro estágio do TP, devendo restringir-se a sua realização em situações com risco de infeção acrescido. Já na fase latente do 2º estágio do TP a realização do exame vaginal deve respeitar o intervalo de 2 horas e na fase ativa do 2º estágio do TP de 30 em 30 minutos. Contudo, sempre que o estado materno ou fetal o justifique, a realização do exame vaginal digital pode ser aceitável, considerando-se o seu recurso dependente do contexto dos cuidados e da evolução do TP (DGS, 2024; OMS, 2018).

No estudo desenvolvido por Sampaio et al. (2008), verificou-se a falta de incentivo à amamentação na sala de partos como um obstáculo à humanização dos cuidados. Os benefícios do início da amamentação precoce, quer para a mãe, quer para o RN, são conhecidos: na mulher pela libertação de ocitocina endógena que induz a contratilidade uterina, com efeito na prevenção da hemorragia puerperal; e, no RN pela eficácia na prevenção de infeções, reduzindo significativamente a mortalidade infantil (Ministério da Saúde, 2011). O incentivo à amamentação é descrito como uma estratégia prioritária de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, essencial para o estabelecimento e desenvolvimento do vínculo mãe-filho e com implicações na redução da mortalidade neonatal (Giantaglia et al., 2017). Cabe, portanto, ao EEESMO que acompanha o TP informar a mulher de que é possível amamentar na sala de parto, se essa for a sua vontade e assisti-la nas suas necessidades, reconhecendo-se estas ações como significativas na proteção à amamentação na primeira hora de vida (Ferreira et al., 2011). Importa ainda evidenciar que, nos partos assistidos por EEESMO, a percentagem de mães que amamentaram na primeira hora de vida foi superior àquela nos partos assistidos por obstetra, justificando-se este facto com um modelo de atenção de enfermagem reduzido em intervenções que atrasam o início da amamentação e a frequência significativa de implementação de boas práticas nos partos assistidos por EEESMO (Silva et al., 2020). Existem, de facto, diferenças significativas no modelo assistencial por EEESMO ou por médico obstetra, na medida em que o

modelo de assistência biomédica tem por base uma abordagem de problematização e patologização do processo gravídico-puerperal. Neste modelo, verifica-se uma conduta mais intervencionista com realização de procedimento mais invasivos, mais dependente de tecnologias e com maior gasto de recursos. Por sua vez, o modelo de assistência prestado por EEESMO assenta numa abordagem mais holística, atendendo às dimensões biopsicossociais da mulher, apresentando menores taxas de intervenções, menos complicações e níveis mais elevados de satisfação relativamente aos cuidados recebidos durante o TP (OE, 2014).

Neste sentido, podemos afirmar que a autonomia dos EEESMO na sua prática clínica e a tomada de decisão que orienta o seu exercício autónomo tem por base o respeito pelas características individuais e singularidade de cada mulher, tal como descrito por Paterson & Zderad (2008), que conceitua a mulher enquanto ser único, dotada de moralidade, autenticidade, capacidade de escolha e potencial de melhoria. A relação dialógica inter-humana entre profissional e parturiente envolve todas as capacidades dos participantes com vista ao bem-estar e ao mais-ser e como uma forma de humanismo onde os interesses, valores e dignidade humanos alicerçam a prática.

Assim, acredita-se que a humanização dos cuidados assenta na perceção da individualidade de cada mulher no processo de parto, resgatando o parto como um evento fisiológico e evitando a sua medicalização, devolvendo à mulher os seus direitos e respeitando os seus significados, com humanidade e segurança (Versiani et al., 2015).

## 2.2. TRABALHO DE CAMPO

A problemática de investigação, o objeto de estudo e as questões que lhe procuram dar resposta determinam a abordagem metodológica, sendo que se propôs o desenvolvimento da investigação no paradigma qualitativo, tendo em conta que o propósito desta metodologia se prende com a descoberta, exploração, descrição e compreensão dos fenómenos, considerando os pontos de vista dos participantes, permitindo perceber a maneira como estes interpretam esses fenómenos no seu contexto (Fortin, 2009).

Trata-se, assim, de um estudo exploratório e descritivo, já que “a investigação qualitativa é descritiva” e “a descrição funciona bem como método de recolha de dados, quando se pretende que nenhum detalhe escape ao escrutínio” (Bogdan & Biklen, 1994, p.48-49).

Relativamente à população em estudo, designada “população-alvo”, define-se como o conjunto de sujeitos que partilham determinadas características e que satisfazem os critérios de inclusão. Contudo, na impossibilidade de alcançar todos os elementos, é incluída apenas uma

fração da população que deve ser o mais fiel possível a esta, ou seja, representativa, denominada amostra (Fortin, 2009). Tendo em conta a temática em estudo, definiram-se como critérios de inclusão dos participantes:

- Puérperas;
- Mulheres cuja gravidez foi classificada como sendo de baixo risco de acordo com a Escala de Goodwin modificada (DGS, 2016);
- Mulheres cujo TP foi assistido por EEESMO;
- Mulheres que aceitem participar no estudo;
- Mulheres que falem língua portuguesa, fluentemente;

O método de amostragem foi a amostragem não probabilística, especificamente a amostragem por conveniência, na qual a amostra foi constituída por elementos que se enquadram nos critérios de inclusão e são facilmente alcançáveis. A determinação do tamanho da amostra subordinou-se à aplicação do princípio da saturação de dados, que aconteceu quando a colheita de dados já nada acrescenta de novo (Fortin, 2009).

A entrevista, enquanto técnica mais comumente utilizada, pode ser aplicada com a finalidade de recolha de dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, possibilitando, assim, ao investigador compreender como os sujeitos interpretam os fenómenos (Bogdan & Biklen, 1994; Fortin, 2009). No presente caso, optou-se pela entrevista semiestruturada (Apêndice VI). A leitura e assinatura do consentimento informado (Apêndice VII) precedeu a realização das entrevistas. As mesmas foram audiogravadas e transcritas verbatim, tentando respeitar-se a linguagem e o sentimento presente nas mesmas. Os áudios foram eliminados permanentemente após transcrição. Independentemente do objeto de estudo, a investigação deve respeitar a dignidade humana assegurando o cumprimento dos princípios éticos: Consentimento livre e esclarecido, direito à intimidade, anonimato, confidencialidade das informações, justiça e equidade no tratamento e equilíbrio entre vantagens e inconvenientes do estudo (Fortin, 2009). Desta forma, solicitou-se o parecer para a realização do trabalho de campo à Comissão de Ética do hospital onde foi desenvolvido o EC de ESMO na Sala de Partos, recorrendo ao Projeto de Investigação (Apêndice VIII), tendo, em maio de 2024 sido obtido o parecer positivo (Anexo I).

A participação de todos os elementos foi voluntária e os mesmos foram previamente informados sobre o propósito e as implicações do estudo, bem como da possibilidade de cessarem a participação a qualquer momento, sem prejuízo para o próprio. Assegurou-se tempo para reflexão e para esclarecimento de dúvidas e providenciou-se o termo de consentimento livre e informado. Garantiu-se que os dados que permitissem qualquer identificação dos participantes

fossem omitidos, recorrendo-se para isso a códigos, onde os participantes são identificados pela letra P seguido de um número de ordem (P1, P..., P5).

A análise dos dados foi realizada segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) nas suas três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação. Selecionado o *corpus*, efetuou-se a leitura “flutuante”, interiorizando o texto e a mensagem, identificando as expressões significativas, que constituiriam as unidades de registo e serviriam de suporte à construção das categorias do estudo (Bardin, 2016). A categorização, segundo a mesma autora, pressupõe a organização do discurso, atribuindo-lhe um sentido, sendo as categorias unidades temáticas agrupadas segundo características comuns do fenómeno em estudo. Para o caso, optou-se pela categorização não apriorística, onde as categorias emergem exclusivamente do contexto das respostas dos participantes, exigindo do investigador uma leitura exaustiva do material analisado e das teorias embasadoras, alicerçados nos objetivos da investigação. A matriz de análise de conteúdo pode ser consultada em Apêndice IX. A saturação de dados foi atingida ao fim de 5 entrevistas. Não obstante, por se tratar de uma investigação primária, carece de continuação, apesar de ser perceptível a perceção das mulheres relativamente à temática em estudo. Contudo, sugere-se a produção de mais evidência sobre a temática, nomeadamente em Portugal, pela escassez de estudos publicados.

### Resultados

As participantes tinham idades entre os 22 e os 44 anos (média de idades de 28,8 anos), 60% das participantes eram solteiras e 40% casadas, 3 delas apresentavam uma licenciatura, 1 tinha completado o 12º ano e outra o 9º ano. 80% eram primíparas e apenas uma era múltipara.

Da análise do conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias e quatro subcategorias, conforme se apresenta:

Tabela 1 – Categorias e subcategorias da análise de conteúdo

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Relação com os enfermeiros	Comunicação eficaz
	Cuidados Individualizado
Presença de conforto	Presença de acompanhante
	Estratégias não farmacológicas de alívio da dor

Na categoria A “Relação com os enfermeiros”, emergiram duas subcategorias: Comunicação eficaz e Cuidado Individualizado. Relativamente à comunicação eficaz, Coelho (2015) e Versiani et al. (2015) evidenciam a importância da comunicação no estabelecimento de relação e, conseqüentemente, na eficácia dos cuidados. As mulheres entrevistadas referem que a

comunicação com a equipa de enfermagem se fez sempre positiva, ressaltando a apresentação dos profissionais:

*“(…), todo o pessoal médico que entrou se apresentou, tanto enfermeiras como, depois no dia do parto (...) apresentaram-se todos como médicos, pronto, hum acompanhados da enfermeira que já me estava a acompanhar (...)” (P4)*

Além disso, as participantes fizeram alusão à simpatia dos profissionais que contribuiu para a diminuição do stress e conseqüente alívio da dor, como ilustrado pelas seguintes unidades de contexto:

*“(…) supersimpáticas, nunca senti stress, nunca senti nada, foi tudo muito tranquilo.” (P2)*

*“Foi só mesmo elas a serem supersimpáticas [que aliviou a dor]” (P3)*

Ainda, evidencia-se a importância da comunicação no desenvolvimento de uma relação de confiança, através da disponibilização de informação e obtenção de consentimento para a realização de qualquer procedimento, contribuindo, também, para a humanização do processo de parto, como se pode observar através das unidades de contexto que se seguem:

*“(…) até a episiotomia e até carregarem-me aqui na barriga quando foi a minha altura do parto, foi-me tudo dito antes de acontecer, foi-me tudo perguntado (..) se poderiam fazer, se era para fazer (...) Quando nos é explicado e nós temos esse consentimento, hum, claro, hum, é por aí, foi logo positivo em todos os aspetos.” (P1)*

*“Sim, pediram tudo [consentimento]. Nunca senti assim brutalidade nem nada disso.”; “(...) perguntavam-me sempre «posso? Vou-lhe fazer uma maldade». Foi espetacular.” (P2)*

*“Mesmo eu tive que ser cortada, tive só mesmo um ponto, mas perguntaram também se... Disseram que iam fazer, explicaram essas coisas todas...” (P3)*

*“E as enfermeiras, (...) elas explicavam-me tudo direitinho (...);” ou “sim, [a comunicação foi] muito importante porque eu não queria principalmente que me fizessem procedimentos desnecessários e que eu não soubesse (...) e eu acho isso muito importante porque o corpo é nosso. (...) ao longo dos procedimentos ela explicou-me tudo (...) todas aquelas enfermeiras foram muito prestáveis e informaram-me sempre do que estavam a fazer, que era aquilo que eu queria, pronto.”; e “(...) senti-me respeitada na mesma porque foram perguntando e informando de tudo aquilo que estavam a fazer (...)”. (P4)*

*“Explicaram-nos, tudo. (...) super informado, super humanizado no sentido em que não nos esconderam nada.”; ou “E mesmo depois quando eu estava a ser intervencionada após o nascimento, foi me explicado tudo desde a anestesia que estava a ser dada até, hum, ao número, não o número de pontos, mas onde é que eu estava a levar pontos, porquê... Hum, e pronto, foi uma experiência muito bonita, pronto.” (P5)*

Na segunda subcategoria identificada, Cuidado Individualizado, as participantes destacaram a forma de cuidar atenciosa e respeitadora e a preocupação da equipa de enfermagem, promotoras da participação ativa:

*“(...) houve ali uma altura em que eu estava completamente descontrolada, eu acho que não ia conseguir, mas depois a enfermeira disse «agora vais parar de fazer força, vais só respirar, só respirar» e eu «ok!», então eu respirei, respirei e, entretanto, elas disseram «agora, devagarinho, devagarinho» (...) e correu tudo maravilhosamente bem (...).” (P2)*

*“(...) a enfermeira disse ia mesmo tentar e respeitar [a decisão de rejeitar a episiotomia] e pronto, respeitou (...); e “Eu tinha tudo no meu plano de parto.”; “Uma das minhas preocupações foi também o facto de poder ir urinar sozinha à casa de banho e pude. Cada vez que eu precisava e que pedia, elas depois tiravam-me...” (P4)*

*“(...) questionaram-nos logo acerca de se havia alguma particularidade relativamente ao parto que nós quiséssemos salvaguardar...” (P5)*

De facto, a perceção de apoio e acolhimento durante o TP está intimamente relacionada a criação de vínculo e aumento da sensação de satisfação e segurança, contribuindo para o empoderamento da mulher e a sua participação ativa no processo de parto (Alvares et al. (2018); Carvalho et al., 2022; Gomes et al., 2021; Versiani et al., 2015).

Ainda, através das unidades de contexto apresentadas a seguir, salienta-se a importância do apoio dos profissionais, no sentido do respeito e atenção às necessidades das mulheres, como meio para uma experiência de parto positiva. Para Ramalho (2010), estabelecer uma relação implica o reconhecimento do outro enquanto ser único e distinto de todas as outras pessoas, dando a entender que está a ser observada na sua singularidade, com significado de respeito.

*“(...) nunca tive medo de pedir a epidural, nunca tive medo de pedir ajuda, do que fosse, ou seja sempre me deram essa abertura (...); e “(...) [o cuidado da equipa atento às necessidades] era tudo o que eu precisava, pronto.” (P1)*

*“(...) foram muito cuidadosas (...) achei muito preocupadas.... Ajudavam (...); e “Sim [a maneira de cuidar foi atenta às necessidades], senti-me muito bem, hum, foram muito atenciosos.” (P2)*

*“A enfermeira esteve sempre lá, super querida, sempre a perguntar se estava tudo certo, tudo ok.”; ou “(...) e a passar a mão na cara e a tranquilizar (...) elas estavam sempre lá a ver se estava tudo ok.”; e “(...) e mesmo só o toque delas, sempre a passar a mão na cara e essas coisas [foi muito positivo] (...).” (P3)*

*“Eu acho que ninguém viu o meu plano de parto, mas por outro lado eu senti-me respeitada (...) senti-me muito respeitada, senti que me estavam sempre, sempre preocupados como é que eu estava, se estava a conseguir controlar a dor...” (P4)*

*“(...) eu tinha feito plano de parto, depois acabei por nem partilhar com a equipa, hum, porque partilhei com o enfermeiro e foi tudo, ou seja, tudo aquilo que eu escrevi só não se realizou o que não foi possível (...); e “(...) eu também falei com a enfermeira acerca dos toques, para ser só uma pessoa a fazer e ela explicou-me logo que isso era procedimento aqui e que só mesmo se houvesse uma troca, a troca de equipa, sim, é que isso não aconteceria.” (P5)*

Destaca-se, nesta subcategoria, a importância do papel do enfermeiro na humanização dos cuidados, sendo a atuação do EEESMO alicerçado numa abordagem mais holística, considerando as dimensões biopsicossociais da mulher, apresentando, conseqüentemente, níveis mais elevados de satisfação relativamente aos cuidados recebidos durante o TP (OE, 2014), como refere uma das entrevistadas:

*“(...) achei que em termos de toque, pronto, físico mesmo, achei que os enfermeiros foram mais meiguinhos do que os propriamente os médicos (...) era o que eu precisava e que queria, sim. Fiquei muito contente.” (P4)*

Da categoria B “Presença de conforto”, identificam-se duas subcategorias, respetivamente, Presença de acompanhante e Estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Na primeira subcategoria, as mulheres salientam a presença de acompanhante significativo como um fator positivo:

*“(...) para mim foi bastante positivo poder ter o meu acompanhante sempre lá e acho que isso é das melhores coisas que pode existir, seja ele o pai da criança ou seja a mãe, ou pessoa de referência (...)” (P1)*

*“(...) o pai também teve sempre presente, esteve sempre lá, esteve sempre junto a mim, se quisesse, se não quisesse podia-se afastar, (...) Mas foi muito importante ter lá o pai.” (P2)*

*“Sim, sim [foi importante o ter sido permitida a presença do acompanhante]. E o facto de podermos escolher quem era o acompanhante e não haver mais acompanhantes.” (P5)*

Carvalho et al. (2022) & Versiani et al. (2015) sublinham o efeito positivo da presença de uma pessoa significativa, evidenciando, ainda a repercussão na diminuição da perceção da dor. Também nas entrevistas realizadas é óbvia a relação entre a presença de acompanhante e a perceção da dor:

*“E devo ter ficado aí uma duas horas, ou três horas depois ali sozinha, porque ele não podia estar lá ao pé de mim no CTG, mas, foi isso, eu estava com muitas dores, muitas dores (...) e disseram que eu podia ir logo chamá-lo (...)” (P3)*

*“Ele [acompanhante] esteve sempre comigo e foi muito importante, mesmo, porque eu acho que, eu só com os 3 cm de dilatação eu já estava a sentir contrações e depois (...) nos 4 cm eu já não estava a saber lidar com a dor.” (P4)*

Já na segunda subcategoria, Estratégias não farmacológicas de alívio da dor, as entrevistadas mencionam a efetividade do recurso à bola de pilates e movimentação livre, como especificam:

*“(...) [Sugeriram] utilização da bola, explicaram-me exercícios para fazer em pé, até porque no início eu não quis a epidural, perguntaram-me se eu queria e eu disse «por enquanto não, vamos ver como corre», e então explicaram-me como eu podia aliviar a dor, os exercícios, se eu quisesse estar deitada podia estar deitada, se eu quisesse estar de pé podia estar de pé (...)” (P2)*

*“(...) elas disseram logo que eu podia andar se quisesse, até me perguntaram se eu queria uma bola de pilates, perguntaram essas coisas todas, só que primeiro filho e com as dores que eu estava, só queria estar, nem sei... Eu estava sentada, a rodar como se estivesse numa bola de pilates, mas elas perguntaram e disseram se eu não queria andar e essas coisas (...)” (P3)*

De facto, numa revisão sistemática da literatura, Cabral et al. (2023) referem que a utilização da bola propõe a diminuição da dor durante o TP, com efeito no relaxamento, diminuindo a ansiedade pela livre escolha de posição.

A Musicoterapia foi, também, um ponto identificado por uma das participantes, enquanto estratégia promotora de um ambiente tranquilo, que Cabral et al. (2023) abordam como uma estratégia de alívio da dor, também promotora de relaxamento e alívio da tensão:

*“(...) permitiram pôr música (risos), foi supertranquilo.” (P2)*

Por fim, as entrevistadas apontaram o recurso a exercícios de respiração e imaginação guiada como estratégias não farmacológicas promotoras do alívio da dor:

*“(...) controlar a respiração, a fazer os exercícios, só que eu pensei que fosse mais controlável, tanto que eu cheguei a um ponto em que eu já não estava mesmo a conseguir controlar a respiração, então fui eu que por iniciativa própria pedi para me darem epidural.” (P4)*

*“(...) também deram-me uma série de técnicas [respiratórias] para facilitar o processo, tanto que eu nem sequer senti nada, não vi, não senti... só não senti dor, pronto, que é a parte boa.” (P5)*

Efetivamente, de acordo com Mascarenhas et al. (2019), a utilização de técnicas de respiração tem efeito no encurtamento da duração do TP e diminuição da dor através do relaxamento, funcionando ainda como forma de reconhecimento e controlo do próprio corpo.

### 2.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sumariamente, identificam-se na *Scoping Review*, na perceção das mulheres, duas categorias major: ***Atitudes e intervenções promotoras da humanização dos cuidados e Atitudes e intervenções percecionadas como obstáculos à humanização dos cuidados.***

Na primeira, a investigação aponta no sentido da utilização de técnicas não invasivas e não farmacológicas de alívio da dor, na promoção da presença de acompanhante, no incentivo ao contacto pele-a-pele entre mãe e bebé e na prática de uma forma de cuidado atenta às necessidades da mulher. De facto, no trabalho de campo desenvolvido, o recurso a técnicas não farmacológicas de alívio da dor e a presença de acompanhante constituíram-se como elementos-chave para a promoção do conforto, que, na perceção das mulheres, é fulcral para um cuidado humanizado. Além disso, a implementação de práticas que sustentem o cuidado individualizado e que considere as necessidades de cada mulher foi apontado como essencial para a humanização dos cuidados no TP. Contudo, o incentivo ao contacto pele-a-pele não foi descrito pelas entrevistadas como fator indispensável.

Por outro lado, na segunda categoria que emergiu da revisão da literatura, os estudos identificam como obstáculos à humanização dos cuidados, a violência verbal como forma de agressão, a ausência de comunicação caracterizada pela falta de apresentação e de informação/obtenção de consentimento para realização de procedimentos, o abandono, as rotinas institucionais como a indicação para dieta zero, a liberdade de posição de parto e movimentação, a implementação de práticas intervencionistas, nomeadamente a manobra de *Kristeller*, a episiotomia e o toque vaginal por rotina e a falta de incentivo à amamentação na sala de partos. No que concerne ao trabalho de campo, não foi feita qualquer menção dos entrevistados à falta de incentivo à amamentação, liberdade de posição de parto ou à obrigatoriedade de dieta zero. Por outro lado, a perceção das mulheres entrevistadas diverge da literatura nos aspetos relativos à comunicação, apontada como uma referência do cuidado humanizado, desde a apresentação dos profissionais, à disponibilização da informação e obtenção de consentimento para a realização de qualquer procedimento. Analogamente, a implementação de práticas intervencionistas descritas na literatura como obstáculos à humanização, como a manobra de *Kristeller*, a episiotomia e o toque vaginal por rotina são, para as participantes, aceitáveis se precedidas de justificação para a sua implementação e de solicitação de consentimento.

De facto, a humanização dos cuidados pressupõe, neste contexto, o reconhecimento da individualidade e singularidade de cada mulher, pelo estabelecimento de uma relação terapêutica alicerçado na parceria de cuidados, onde além de se identificarem as necessidades, expectativas e

desejos do cliente, se lhe reconhecem capacidades e potencialidades, contribuindo para a participação ativa da mulher no TP, com vista a uma experiência de parto positiva.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Considerando o Projeto Individual de Estágio, são transversais a todos os EC os objetivos n. º1 e n. º2, especificamente **“Conhecer a estrutura física e orgânica do serviço”** e **“Integrar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados”**, sendo que a análise das atividades que os concretizam se fará em preâmbulo.

O acolhimento em todos os EC foi realizado no primeiro contacto, pela enfermeira cooperante de cada local de estágio, onde foram efetuadas as apresentações às equipas multidisciplinares e as apresentações do espaço físico. Considerando que o EC de ESMO em Ginecologia, Gravidez Patológica e Sala de Partos se desenvolveu no mesmo hospital, a visita às instalações foi realizada apenas no primeiro EC, tendo nos EC subsequentes, a integração sido mais fluida, permitindo direcionar o foco para a aquisição de outras competências. Também num primeiro contacto foram percebidos as dinâmicas e os circuitos dos serviços e foram consultadas as normas, protocolos de serviço e as instruções de trabalho em vigor nos diferentes locais. Relativamente ao sistema informático, foi sempre utilizada a *Glint*, à exceção do EC de ESMO na Comunidade, onde o sistema informático utilizado foi o *Sclinico*, que careceu de integração. Da mesma forma, a plataforma SiiMA, um sistema de informação para gestão do circuito de programas de rastreio populacionais ou oportunistas, utilizado no mesmo EC, requereu tempo para conhecimento e manuseamento. Dos restantes sistemas de registos não informatizados utilizados nos diferentes EC destacam-se o partograma e os boletins individuais de saúde – Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) – e compreendida a sua importância para a transmissão da informação e para a continuidade dos cuidados.

Gradualmente, as funções dos elementos das diferentes equipas multidisciplinares foram sendo apreendidas, tendo participado ativamente na prestação de cuidados e tomada de decisão com autonomia, dentro das competências do EEESMO e considerando a prática baseada em evidência científica e alicerçada nos princípios éticos e deontológicos da profissão, visando a promoção da segurança, privacidade, dignidade da pessoa e humanização dos cuidados - atividades que se consideram terem sido conseguidas.

Julgam-se cumpridas as atividades planeadas e que respondem aos objetivos mencionados, tendo sido adquiridas as competências previstas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019) nomeadamente no que concerne à garantia de práticas humanizadoras promotoras de um ambiente terapêutico e seguro, respeitadoras dos direitos humanos e do domínio da responsabilidade profissional, ética, legal e deontológica na prática de cuidados. Além disso, aprofundaram-se competências no âmbito da tomada de decisão, traduzidas no processo de cuidados; da gestão dos cuidados e de recursos, potenciando a articulação da equipa e rentabilizando os recursos humanos; e do desenvolvimento de práticas de qualidade, baseadas em evidência científica, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem.

Considera-se a integração na equipa multidisciplinar um ponto fulcral para o EC, pela estreita relação entre o processo formativo e a interação entre a mestrandia e os enfermeiros e médicos dos serviços, acarretando benefícios imensos na aprendizagem da enfermagem prática e no desenvolvimento de competências enquanto aprendiz de EEESMO. Ressalva-se a relação de empatia e confiança desenvolvida com todas as enfermeiras cooperantes dos diferentes EC, fulcral para o cumprimento dos objetivos e desenvolvimento de competências.

### 3.1. APRENDIZAGENS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GINECOLOGIA

O EC de ESMO em Ginecologia foi desenvolvido num hospital de nível I, na Área Metropolitana de Lisboa, onde foi preconizada a prestação de cuidados especializados de Enfermagem à mulher no âmbito da ginecologia em processos saúde-doença, com um total de 54h.

No que respeita à estrutura física, a consulta de Enfermagem de Ginecologia toma lugar num gabinete destinado ao efeito, no serviço de Ginecologia/ Obstetrícia. Além disso, existem mais cinco gabinetes no serviço, destinados à consulta médica que, apesar de nem sempre funcionarem em simultâneo, nas consultas destinadas à ginecologia, patologia do colo, interrupção voluntária da gravidez, procedimentos no âmbito da ginecologia, como histeroscopia e no âmbito do diagnóstico pré-natal, como amniocentese, são da responsabilidade da equipa de Ginecologia. Ainda, cabe à equipa de Enfermagem a assistência a exames ginecológicos de imagiologia, nomeadamente a histerossalpingografia, desenvolvida no serviço de Imagiologia no piso 1. Considerando o disposto no documento emanado pela DGS, o hospital em questão deve providenciar serviços na área da Ginecologia, nomeadamente consulta de ginecologia, consulta de planeamento familiar, consulta de apoio à fertilidade, consulta de ginecologia oncológica,

unidade de colposcopia e histeroscopia de consultório, bloco operatório, unidade de cirurgia de ambulatório e internamento de ginecologia (Campos et al., 2023).

A equipa é constituída por três enfermeiras especialistas, que se distribuem ao longo do dia, em turnos de seis horas cada, assegurando que nas horas das consultas médicas, está pelo menos uma enfermeira disponível para a prestação de cuidados em situações não programadas. Quanto à equipa médica, é constituída por médicos especialistas e internos de especialidade de Ginecologia-Obstetrícia.

No que respeita aos circuitos da utente, a mulher é admitida no balcão destinado ao efeito e é chamada, posteriormente, ou para a consulta de enfermagem (nos casos de tratamentos de feridas cirúrgicas e admissão para histeroscopia) ou para a consulta médica que solicita, depois, a presença do enfermeiro para os cuidados intra-procedimentos médicos ou para intervir nas suas áreas de competência.

Considerando o Projeto Individual de Estágio, efetuado no início do EC, onde se definiram objetivos, atividades que os concretizam e recursos humanos e materiais a utilizar bem como, a calendarização das atividades, pretende-se descrever, avaliar e analisar criticamente as atividades desenvolvidas no estágio.

No que concerne ao 3º objetivo **“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às mulheres”**, foram cumpridas praticamente todas as atividades planeadas, com exceção da observação da intervenção do EEESMO na consulta de patologia do colo e procedimentos relacionados, nomeadamente vaporização laser e conização, e a participação ativa no mesmo. Ambas as atividades ficaram por cumprir pela incompatibilidade de horários e escassez de consultas médicas dessa tipologia, sendo que nos dias afetos ao EC não houve agendamentos de consultas de patologia do colo. Relativamente às restantes atividades, nos primeiros dois contactos com a consulta de ginecologia pré-cirúrgica e com os procedimentos de diagnóstico/ despiste de patologia ginecológica (histeroscopia), foi possível observar, atentamente, a intervenção da enfermeira cooperante e o seu papel na equipa multidisciplinar. Nos restantes turnos, foi desenvolvida intervenção – inicialmente com supervisão e depois de forma mais autónoma – no acolhimento, preparação da mulher e na promoção do conforto durante o procedimento. Realizaram-se, no total, vinte e quatro histeroscopias. O conhecimento dos materiais, bem como a sua montagem e posterior armazenamento foi realizado nos dois primeiros turnos e posteriormente essas tarefas foram sendo delegadas na mestranda.

Na consulta de Planeamento Familiar (PF), surgiu apenas uma oportunidade de observar e participar ativamente, assistindo na colocação de Sistema Intrauterino e na realização dos ensinamentos

inerentes ao mesmo. Justifica-se isto pela curta duração do EC e incompatibilidade de horário laboral com o horário do EC, considerando os dias específicos da consulta de PF.

A equipa de Enfermagem de Ginecologia complementa, também, a consulta médica de Diagnóstico Pré-Natal realizada no serviço de Ginecologia/ Obstetrícia, prestando cuidados e assistindo na realização de amniocenteses, técnica pela qual é feita a recolha de líquido amniótico após as quinze semanas através de punção abdominal, sob controlo ecográfico, com a finalidade de diagnosticar anomalias dos cromossomas fetais, entre outros (Afonso & Santo, 2020). Contudo, a sua frequência é relativamente reduzida, considerando que apenas dois médicos as realizam, pelo que foi somente possível acompanhar duas amniocenteses. Sendo que o hospital é designado como de nível I, a realização de técnicas invasivas de diagnóstico pré-natal, como a amniocentese, não é de carácter obrigatório (Campos et al., 2023), o que também explica a pouca atividade. Ainda assim, nessas duas vezes, a intervenção da mestrandia não envolveu a assistência na parte prática do procedimento por ser reservada aos enfermeiros do serviço, tendo a intervenção sido limitada à observação e aos ensinamentos e registos informáticos e no BSG. Dado o desconhecimento à data da realização do Projeto Individual de Estágio de que este procedimento era afeto à equipa de Ginecologia, o mesmo não foi contemplado no seu conteúdo, pelo que a atividade foi adicionada ao documento *à posteriori*.

Já no que diz respeito às histerossalpingografias e as consultas de interrupção voluntária da gravidez, não foram incluídas no planeamento das atividades pela escassa frequência – nula nos casos da interrupção voluntária da gravidez – não se tendo realizado nenhuma no período em que o EC foi desenvolvido. Relativamente a estas últimas, de acordo com Campos et al. (2023), as mesmas dizem respeito à Obstetrícia e não à Ginecologia e podem ser asseguradas em articulação com outras instituições de saúde. Neste caso, as interrupções voluntárias da gravidez eram, como referido acima, afetas à Ginecologia por questões de gestão de serviço. Contudo, devido a circunstâncias alheias ao mesmo, todas as mulheres que tencionassem interromper a gravidez de forma voluntária e dentro do período permitido eram encaminhadas para uma outra instituição, não havendo, por isso, surgido a oportunidade de intervir neste contexto.

Além do planeado, surgiu oportunidade de realizar, por quatro vezes, tratamentos a feridas cirúrgicas abdominais decorrentes de cirurgias ginecológicas e em diferentes fases de cicatrização. Analogamente à amniocentese, os tratamentos às feridas não foram incluídos no planeamento de atividades no Projeto Individual de Estágio proposto inicialmente, por desconhecimento.

Posto isto, desenvolveram-se competências no âmbito da promoção da saúde da mulher que vivencia processos de saúde/doença do foro ginecológico, no âmbito do PF e durante o

período preconcecional e no âmbito da promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal, englobando o diagnóstico precoce e prevenção de complicações e promovendo transições seguras (Regulamento nº 391/2019, 2019). Além destas, aperfeiçoaram-se, também, competências relativas à prática de cuidados segundo princípios éticos, deontológicos e normas legais e que promovem um ambiente terapêutico e seguro. Mais, permitiu desenvolver o autoconhecimento, identificando recursos e limites pessoais e profissionais, bem como conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados especializados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Em todos os momentos de prestação de cuidados ou intervenção, a ação foi intentada no sentido do cuidado humanizado, visando estabelecer um vínculo com as mulheres cuidadas tendo por base o respeito e noção de individualidade, garantindo que os cuidados fossem decididos em parceria com estas, com vista à confiança e segurança entre as partes, tendo em conta que o cuidado humanizado vai além da prática da Enfermagem, que por si só é classificada como uma forma de humanismo, tomando a pessoa alvo dos cuidados como capaz no desenvolvimento do seu potencial humano, considerando todas as suas partes como elementos do processo (Paterson & Zderad, 2008).

Por fim, considerando o objetivo **“Desenvolver competências relativas à gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais”**, julgam-se cumpridas as atividades propostas, tendo em conta que se preconiza a melhoria contínua da qualidade, com avaliação da qualidade das práticas clínicas e identificando oportunidades de aperfeiçoamento. Além disso, previu-se a mobilização de conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados, sustentando-a em evidência científica, bem como a gestão dos cuidados, adequando os recursos às necessidades e colaborando na tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Quanto à gestão dos recursos materiais, foram observados e questionados os circuitos de reposição e distribuição dos mesmos, quer a nível de medicamentos, instrumentos, apósitos e dispositivos. Em todos os procedimentos e intervenções, foram explorados os instrumentos necessários à sua consecução, visando a familiarização com estes e garantindo uma utilização consciente dos mesmos. Na gestão dos cuidados, estes foram otimizados por forma a gerir eficazmente o tempo, estabelecendo prioridades. Na gestão dos recursos humanos, a assunção de algumas intervenções de forma autónoma, permitiu disponibilizar os elementos da equipa de enfermagem para outras funções.

Assim, considera-se terem sido adquiridas competências novas e desenvolvidas outras durante o EC de ESMO em Ginecologia, considerando o estágio uma mais-valia no processo de aquisição da perícia e das competências de EEESMO.

## 3.2. APRENDIZAGENS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA

A gravidez é o processo biológico e fisiológico entre a concepção e o parto, durante o qual se desenvolve, no organismo materno, um novo ser. Esta é, frequentemente, dividida em trimestres, sendo o primeiro desde a concepção até às doze semanas, o segundo entre as doze e as vinte e oito semanas e o terceiro das vinte e oito até ao parto (Franco, 2016). Durante a gravidez, ocorrem alterações do organismo materno como forma de adaptação deste ao estado gravídico e às necessidades nutricionais do feto. Contudo, por vezes, estas alterações podem ultrapassar a capacidade funcional de alguns órgãos, interferindo no equilíbrio dinâmico gestacional, podendo provocar intercorrências passíveis de acometer o bem-estar do binómio mãe-filho (Franco, 2016; Magalhães et al., 2011). Face à existência ou não desta instabilidade, distinguem-se a gravidez de baixo risco e a gravidez de alto risco.

A gravidez de baixo risco é aquela em que não se identificam fatores suscetíveis de aumentar a morbidade materna, fetal ou neonatal, de acordo com a avaliação clínica (DGS, 2016). Contrariamente, a gravidez de alto risco é definida por Lutz & May (2007) como aquela onde há um risco acrescido de anomalias fetais ou ameaça significativa para o feto, mulher ou ambos. A identificação de qualquer fator de risco acrescido para uma gravidez determina a sua individualização no que respeita à orientação e vigilância, sendo que o esquema de consultas, os exames e intervenções pré-natais devem ser adaptados à mulher e gravidez em questão, garantindo a sua monitorização adequada, prontidão na deteção de anomalias e intervenção no sentido de impedir complicações (DGS, 2016; Rodrigues et al., 2020). Neste sentido, na gravidez de alto risco, o internamento hospitalar pode, por vezes, constituir-se necessário para essa vigilância e acompanhamento (Rodrigues et al., 2020).

O EC de ESMO na Gravidez Patológica foi desenvolvido num hospital de nível I, na Área Metropolitana de Lisboa, onde foi preconizada a prestação de cuidados especializados de Enfermagem à grávida em situação de risco ou em processos saúde-doença.

As horas afetas ao EC foram distribuídas irmãmente entre a Consulta de Enfermagem de Saúde Materna e o Internamento de Medicina Materno-fetal, 73 e 75,5 horas respetivamente, pelo que serão descritos separadamente.

### **3.2.1. Consulta de enfermagem de saúde materna**

Relativamente ao espaço físico, a Consulta de Enfermagem de Saúde Materna partilha com a Consulta de Ginecologia e a Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, o serviço de Ginecologia/Obstetrícia. Esta valência desenvolve intervenção num gabinete destinado ao efeito. Nos

restantes gabinetes do serviço, um destina-se à Consulta de Enfermagem de Ginecologia, três estão designados para uso da Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e os restantes cinco são atribuídos à consulta médica, incluindo a consulta de obstetrícia, patologia do primeiro trimestre, e consulta médica de Diagnóstico Pré-natal, podendo nem sempre funcionar em simultâneo. A atividade na Consulta de Enfermagem de Saúde Materna compreende a vigilância pré-natal de alto e baixo risco, consulta de enfermagem da diabetes e teleconsulta de reclassificação da diabetes.

A equipa de Enfermagem é constituída por duas EEESMO, sendo uma delas fixa na Consulta de Enfermagem e a segunda alterna entre duas outras enfermeiras da equipa de Obstetrícia. Nem sempre estão os dois elementos em simultâneo, verificando-se a presença de ambas as enfermeiras quando há mais de um tipo de consultas agendada ou em situações em que mais do que um médico tem agendamentos de consulta de obstetrícia de alto risco, concomitantemente.

Sobre os circuitos das utentes, as grávidas são admitidas através do balcão de acesso às consultas ou pelo check-in nas máquinas de validação de presença. Posteriormente, são encaminhadas para a sala de espera, de onde serão chamadas para a consulta de Enfermagem de Alto Risco e depois para a consulta médica, ou para a consulta de Enfermagem de Baixo Risco. Nesta última, o EEESMO é autónomo na sua intervenção, sendo que as mulheres só são observadas pela equipa médica em caso de desvios da normalidade identificados em consulta de Enfermagem. Importa referir que a consulta de Enfermagem de Baixo Risco recebe grávidas de termo, encaminhadas dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de realizarem a consulta hospitalar onde se prevê que venha a ocorrer o parto, como preconizado no Programa de Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2016). Por sua vez, as grávidas que acedem à consulta de Enfermagem de Alto Risco fazem-no por encaminhamento do serviço de urgência onde recorreram durante a gravidez ou por solicitação dos cuidados de saúde primários em caso de identificação de risco acrescido para aquela gravidez.

### **3.2.2. Internamento de medicina materno-fetal**

Fisicamente o internamento de Medicina Materno-Fetal localiza-se no Serviço de Obstetrícia, sendo o número de camas repartido entre Ginecologia, Puerpério e Grávidas Patológicas, contando esta última valência com seis camas no total. Além disso, a Medicina Materno-Fetal conta com um espaço em *open space* com capacidade para três mulheres em simultâneo – duas induções de trabalho de parto (ITP) e uma cesariana eletiva, respetivamente. A

privacidade é mantida por meio de cortinados que limitam fisicamente as áreas destinadas a cada mulher.

A equipa de Enfermagem é composta por vinte e sete EEESMO, sendo que, com exceção das manhãs em dias úteis que é assegurada quase sempre pela mesma enfermeira, alternam entre si dentro da equipa de Obstetrícia.

No que toca aos circuitos das utentes, as grávidas patológicas internadas acedem através do serviço de urgência de Ginecologia/Obstetrícia, podendo ser provenientes do domicílio ou mesmo da consulta de vigilância da gravidez. Quanto às grávidas admitidas para cesarianas eletivas ou ITP, estas realizam a admissão no piso 0, pelas 8h do dia agendado para o efeito, sendo posteriormente encaminhadas para o serviço, acompanhada pela auxiliar de ação médica.

Considerando o documento relativo à rede de referência hospitalar em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia, um hospital de nível I deve providenciar os serviços na área da Obstetrícia referentes à consulta de obstetrícia, consulta aberta do primeiro trimestre, unidade de ecografia obstétrica e ginecológica, urgência de Obstetrícia e Ginecologia – bloco de partos, internamento de grávidas e puérperas, consulta de interrupção voluntária da gravidez e cursos de preparação para a parentalidade (Campos et al., 2023). Assim sendo, o hospital providencia praticamente todos os serviços preconizados, com exceção da consulta de interrupção voluntária da gravidez, que é assegurada em articulação com outra instituição de cuidados, o que vai ao encontro do disposto no documento supramencionado. Quanto aos programas de preparação para a parentalidade, que segundo Campos et al. (2023) não são obrigatórios, estes encontram-se suspensos provisoriamente, desde o confinamento relativo à pandemia por COVID-19.

A par com o Projeto Individual de Estágio desenvolvido, pretende-se de seguida descrever, avaliar e analisar crítica e reflexivamente as atividades desenvolvidas no EC.

Nos objetivos n. 93 e n. 94, na devida ordem **“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às grávidas em consulta Enfermagem de Saúde Materna”** e **“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às grávidas em serviço de internamento de medicina materno-fetal”** as competências adquiridas e aperfeiçoadas vão ao encontro do que se preconiza no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, nomeadamente no cuidar a mulher durante o período pré-natal, detetando atempadamente desvios da normalidade, atuando na prevenção das mesmas e providenciando cuidados facilitadores da adaptação à gravidez (Regulamento nº 391/2019). Já no que diz respeito às competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), no cumprimento dos objetivos referidos, foram mobilizadas aquelas que compreendem práticas profissionais, éticas e legais respeitadoras,

sustentadas em evidência científica com vista ao incremento da qualidade dos cuidados, assim como aquelas práticas que otimizam as respostas da equipa multidisciplinar e que possibilitam desenvolver a capacidade de autoconhecimento e de relação com o outro.

Ao longo do EC, foram prestados cuidados a duzentas e dezanove grávidas na consulta de alto risco e a dezasseis grávidas na consulta de baixo risco.

Especificamente no objetivo n.º 3, das atividades que o concretizam foram efetuadas todas aquelas que haviam sido planeadas, sendo que algumas requerem maior treino, pela dificuldade na sua execução e estreita relação com a experiência, como no caso da palpação abdominal através das manobras de Leopold. De acordo com Carvalho & Neves (2020), estas manobras constituem-se como ferramenta essencial para determinar e avaliar a estática fetal a partir da trigésima sexta semana de gravidez. Uma vez que as manobras de Leopold permitem perceber a posição do feto, facilitam, também, a colocação do transdutor doppler para registo cardiotocográfico, que deve ser aplicado sobre o dorso do feto, especificamente na área cardíaca fetal (Afonso et al., 2020).

Considerando que, em alguns dias, o número de marcações para a consulta de Enfermagem de Alto Risco rondou as quarenta mulheres e para a consulta de Enfermagem de Baixo Risco variou entre um e seis agendamentos, o acolhimento à grávida e a observação da intervenção do EEESMO na consulta foram atividades especialmente fáceis de concretizar.

A cardiotocografia (CTG) é um sistema de registo da frequência cardíaca fetal em simultâneo com a contratilidade uterina, através de sensores colocados sobre o abdómen da grávida, que permite inferir o estado de oxigenação fetal e avaliar as contrações uterinas, sendo que a sua avaliação é feita evento a evento, mas a classificação do registo da CTG é realizada de forma global (Afonso et al., 2020). De acordo com o protocolo de serviço, o registo de CTG é realizado apenas a partir das trinta e seis semanas e considerando o elevado número de grávidas que recorrem à consulta de Enfermagem de Saúde Materna com idade gestacional (IG) superior, a monitorização do bem-estar materno-fetal por esta via e a sua avaliação foram atividades desenvolvidas com elevada frequência.

Por sua vez, a auscultação do batimento cardíaco fetal é recomendada em todas as avaliações a partir das dezasseis semanas de gravidez (Carvalho & Neves, 2020). No serviço em causa, qualquer grávida com IG inferior a trinta e seis semanas e superior a treze semanas, é sujeita, se assim o desejar, à avaliação do bem-estar fetal por meio da auscultação com Doppler fetal. Desta forma, a mesma foi executada inúmeras vezes durante o período do EC.

Quanto à avaliação da altura do fundo uterino, deve ser realizada em todas as consultas a partir das vinte e quatro semanas de gestação e, em conjunto com a IG e com base em curvas

parametrizadas, permitem acompanhar a evolução do crescimento fetal ao longo da gravidez (Carvalho & Neves, 2020). Esta atividade foi realizada poucas vezes – todas em contexto formativo sendo que apenas uma foi justificada por suspeita de restrição de crescimento intrauterino –, por não ser uma prática utilizada nas consultas por rotina.

A atividade de consulta e avaliação de exames complementares de diagnóstico e a deteção precoce de desvios da normalidade foi realizada tanto na consulta de Alto Risco como na consulta de Baixo Risco, sendo que nesta última, pela autonomia que o EEESMO detém, constitui-se como uma atividade da sua responsabilidade, passando apenas pelo médico quando se verificam alterações que ultrapassam o campo de ação do EEESMO, sendo a grávida por este encaminhada para avaliação médica. No que respeita à promoção da saúde, as dúvidas das grávidas focavam-se, essencialmente, nos desconfortos que iam surgindo ao longo da gravidez e presença das pessoas significativas no internamento ou nos ensinamentos específicos da patologia associada. Todas as intervenções durante o estágio foram sujeitas ao princípio do consentimento informado, como forma de garantir o respeito pelos valores humanos, criar um ambiente terapêutico seguro e de confiança para facilitar a relação com as grávidas (Paterson & Zderad, 2008).

A relação estabelecida com a enfermeira cooperante funcionou como elemento facilitador do processo, na medida em que, através da segurança e à vontade proporcionados, alcançar os objetivos e concretizar as atividades verificou-se mais espontâneo. Além disso, é de ressaltar a constante disponibilidade da enfermeira no sentido de proporcionar momentos de aprendizagem valiosos neste percurso enquanto aprendiz de EEESMO.

Analogamente ao objetivo n. 93, no que respeita ao objetivo n. 94, foram executadas todas as atividades que o concretizam. Num primeiro contacto foi realizado o reconhecimento do serviço bem como, das suas normas e horários de funcionamento e foram providenciados os protocolos e instruções de trabalho do mesmo. A observação da intervenção do EEESMO foi transversal a todo o EC, uma vez que, por se tratar de um serviço com muita rotatividade e diferentes patologias/motivos de internamento – cabendo ao EEESMO muito trabalho de gestão –, acaba por não ser tão fácil ter uma rotina e perceber a sua intervenção em poucos contactos. Apesar disto, foi possível participar ativamente nos cuidados, sendo que nos últimos turnos realizados, a totalidade dos cuidados foram prestados pela mestrandia, cabendo à enfermeira cooperante a supervisão dos mesmos.

Foram prestados, ao longo do EC, cuidados a catorze grávidas internadas por patologia materno-fetal, a vinte e seis grávidas para ITP e, foram ainda prestados cuidados a quatro puérperas e três RN.

Em todas as mulheres grávidas, foi realizado o acolhimento segundo o protocolo do serviço e as mesmas foram sempre informadas sobre todos os procedimentos necessários e foi solicitado o seu consentimento. A avaliação do estado geral da mulher e dos seus sinais vitais foi sempre executada. As atividades relacionadas com a vigilância do bem-estar materno-fetal foram facilmente concretizadas, incluindo a monitorização CTG e a sua interpretação (que inclui a realização das manobras de Leopold para avaliação da posição fetal), que também foi sendo progressivamente mais simples, facto totalmente atribuível à experiência da consulta de Saúde Materna no momento anterior – considerando-se este o cerne do desenvolvimento de competências.

Quanto à cervicometria, é utilizada para avaliação do colo uterino, integridade das membranas e apresentação fetal (Carvalho & Neves, 2020) e foi efetuada por duas vezes, uma no contexto de um registo de CTG com dinâmica uterina considerável associada a queixa de corrimento aumentado e mais líquido e outra no seguimento de uma ITP, para avaliação de Índice de Bishop – um sistema de avaliação cervical por pontuação que permite classificar o colo uterino em favorável ou desfavorável para ITP (Cal, 2020). Apesar da enfermeira cooperante ter realizado a cervicometria mais algumas vezes durante o EC, para a mestranda apenas se fez possível em ambas as ocasiões pelos motivos de internamento, as necessidades de avaliação e a disponibilidade das mulheres e mesmo pelo estado físico e psicológico das mesmas.

No que diz respeito à ITP, está define-se como uma forma de estimulação uterina artificial, com vista ao início da fase ativa do TP nos casos em que a manutenção da gravidez se considera menos favorável do que o seu término, quer para a mulher, quer para o feto (Monteiro et al., 2020). No serviço de medicina materno-fetal apenas se realiza a maturação do colo com recurso a prostaglandinas E1 (Misoprostol). A partir do momento em que a mulher inicia a fase ativa do TP, com contrações dolorosas e cujas medidas de alívio da dor não são suficientes para o seu controlo ou apresentam Índices de Bishop iguais ou superiores a 7, dá-se a transferência para o bloco de partos onde é realizada analgesia loco-regional, se for esse o desejo da mulher. Assim sendo, a atividade inicialmente enunciada como “Colaboração nos procedimentos de indução de trabalho de parto, desde a maturação do colo à aceleração do trabalho de parto” foi alterada para adequação ao contexto. Por outro lado, a atividade que dizia respeito ao conhecimento dos métodos farmacológicos, mecânicos e naturais para ITP foi, na mesma linha de pensamento, atualizada.

Nas situações de registo de CTG não tranquilizador, a grávida é, também, transferida para o bloco de partos. Por duas vezes foi necessário intervir de forma célere em desacelerações verificadas no registo de CTG após administração de misoprostol, com recuperação da frequência

cardíaca fetal após intervenção. Quando se confirmou a estabilidade do quadro, a grávida foi transferida para o bloco de partos.

Considerando que qualquer gravidez se associa a um incremento da pressão nos indivíduos e nas relações, podendo influenciar os níveis de ansiedade, contribuindo, também para o aumento das situações de depressão durante a gravidez (Lutz & May, 2007). Contudo, nas gravidezes de alto risco, o efeito pode ser exacerbado pelo sofrimento emocional e o medo persistente em relação ao futuro e agravar quando a situação requer o internamento da grávida. Importa, por isso, neste contexto de internamento, a disponibilização de suporte emocional à grávida, estando presente, encorajando-a e capacitando-a para o autocontrolo, autoconfiança e autodeterminação como meio para que a transição saúde-doença, nesta fase de vulnerabilidade que é a gravidez, se faça menos difícil.

A discussão e partilha de experiências com a enfermeira cooperante foi realizada em todos os momentos de intervenção, no sentido da reflexão crítica e melhoria contínua.

Por fim, importa referir que a prestação de cuidados ao longo do EC teve como fundamento o cuidado humanizado, considerando cada mulher como única e com as suas especificidades, sendo a ação tomada no sentido de recrutar todas as suas capacidades com vista ao desenvolvimento do seu potencial máximo (Paterson & Zderad, 2008).

Face ao objetivo n.º 5: **“Desenvolver competências relativas à gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais”**, as atividades programadas foram cumpridas integralmente. Preconizou-se, sempre, a gestão eficaz e eficiente dos materiais, tempo, cuidados e recursos humanos, como forma de otimizar a prática, sob a perspetiva do incremento da qualidade dos cuidados. Desta forma, e tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), consideram-se adquiridas competências nas áreas da melhoria contínua com o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade e na área da gestão.

Por sua vez, no objetivo n.º 6 **“Desenvolver competências técnicas, cognitivas e comunicacionais no âmbito da formação”**, a atividade relativa à formação pessoal, nomeadamente através do aprofundamento dos conhecimentos foi realizada, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados baseando a prática clínica na melhor e mais atual evidência científica (Regulamento nº 140/2019). Contudo, no que respeita às atividades relativas à formação a terceiros – em serviço ou em sessões de educação para a saúde às grávidas –, as mesmas não foram concretizadas por incompatibilidade de horários. Dado que o planeamento das formações em serviço estaria já predefinido, seria complexa a sua adaptação, sendo que o único momento em que a enfermeira cooperante iria ministrar uma formação na qual poderia

contar com a participação da mestranda, seria já fora do período de estágio, pelo que a mesma não foi possível. Já no que concerne à formação às grávidas, a mesma não foi possível pela dinâmica do serviço. Contudo, por forma a satisfazer as necessidades do serviço e das grávidas, foi elaborado, no contexto do estágio, um folheto informativo relativo à administração da enoxaparina na gravidez (Apêndice X), com vista a ser providenciado às grávidas cuja condição de saúde requer a administração do fármaco no domicílio. As alterações fisiológicas da hemóstase inerentes à gravidez, análogas a um estado de hipercoagulabilidade, promovem um ambiente protrombótico (Graça, 2017; Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal [SPOMMF], 2022). Sendo o tromboembolismo venoso uma das maiores causas de morbimortalidade e sendo passível de prevenção, a trombopprofilaxia tem se verificado eficaz na sua prevenção. Desta forma, a SPOMMF emanou uma norma de prevenção do tromboembolismo, onde recomenda a avaliação e estratificação do risco na gravidez, parto e pós-parto, e estabelece a profilaxia tromboembólica adequada, sendo que as heparinas de baixo peso molecular – onde se insere a enoxaparina – são o método de eleição durante a gravidez pelo seu baixo risco hemorrágico e inocuidade para o feto e pela sua facilidade na administração (SPOMMF, 2022).

Desta forma, consideram-se desenvolvidas e aperfeiçoadas, no EC, competências essenciais para uma prática de ESMO de qualidade, contribuindo positivamente no processo de aprendizagem em questão.

### 3.3. APRENDIZAGENS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO

O puerpério é descrito como o período entre o parto e as seis semanas que lhe sucedem e onde se verifica a regressão das alterações fisiológicas e anatómicas inerentes à gravidez, com vista ao retorno da mulher ao estado pré-gravídico. Este pode se dividido em três momentos: puerpério imediato que se cinge às primeiras vinte e quatro horas; o puerpério precoce que se estende até ao final da primeira semana após o parto; e o puerpério tardio que termina no final da sexta semana pós-parto (Centeno, 2017; Ferreira, 2016).

A transição para a maternidade é um evento importante no desenvolvimento da vida, que implica a passagem de uma realidade familiar para um contexto novo e desconhecido, marcada pela reestruturação de objetivos, comportamentos e responsabilidades como forma de se alcançar uma nova conceção de si mesmo (Mercer, 2010). A concetualização da transição enquanto ponte dinâmica entre dois estados relativamente estáveis e as suas possíveis consequências nas diferentes vertentes biopsicosocioculturais orienta prática da enfermagem,

cujo objetivo se prende com a capacitação do cliente para lidar positivamente com a mudança atual e para, no futuro, proteger e promover a sua saúde (Chick & Meleis, 2010).

O EC de ESMO no Puerpério foi desenvolvido numa unidade hospitalar de natureza privada na Área Metropolitana de Lisboa, onde foi preconizada a prestação de cuidados especializados de Enfermagem à puérpera, RN e família na transição em curso, promovendo a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos inerentes.

Fisicamente, o serviço de Puerpério divide-se em duas alas distintas, uma com quatorze quartos e outra com lotação de quinze quartos. Os quartos são individuais, com casa de banho privativa e com um sofá-cama para que um acompanhante possa pernoitar junto da mulher e do RN. Em ambas as alas, existe uma sala de trabalho de Enfermagem onde ocorre a passagem de turno, são efetuados os registos e a preparação da medicação. Na ala A, contiguamente à sala de trabalho de Enfermagem existe um berçário, onde são prestados os cuidados ao RN quando os mesmos não podem ser realizados junto dos pais e onde, regra geral, os pediatras permanecem. Por sua vez, na ala B não existe uma sala destinada aos cuidados ao RN, sendo os cuidados prestados num berço de reanimação neonatal existente na sala de trabalho de Enfermagem. Importa mencionar que a unidade de grávidas e parturientes, assim como a urgência ginecológica/obstétrica, o bloco de partos e recobro se encontram num piso distinto, ainda que façam parte da Unidade Materno-Fetal.

A equipa é constituída por um total de trinta e cinco enfermeiras, sendo quatro EEESMO, que asseguram o serviço em turnos de oito ou doze horas, nas vinte e quatro horas do dia. No turno da manhã, cada ala conta com duas ou, excecionalmente, três enfermeiras e no turno da tarde e da noite estão apenas duas em cada ala. Por norma, duas enfermeiras assumem as puérperas e os RN irmãmente e o terceiro elemento fica de apoio, prestando auxílio nos cuidados ao RN como colheitas de sangue, pesagens, realização de diagnóstico precoce, validação de bilicheck®, vacinação e quando disponível, colabora com as colegas nos cuidados gerais. Além disso, em dias úteis no período da manhã, está sempre presente uma enfermeira responsável, que apoia o turno, geralmente no âmbito da gestão, mas que, em caso de necessidade, intervém na prestação de cuidados. Ressalva-se que, analogamente ao espaço físico, também a equipa inclui os enfermeiros do piso do bloco de partos, apesar da rotatividade entre serviços ser rara. Desta forma, garante-se uma maior especialização de cada enfermeiro em determinada área.

Ao nível dos circuitos do cliente, as díades/tríades acedem ao serviço provenientes do recobro ou de um dos quartos do piso do bloco de partos, nos casos em que o tempo de permanência no bloco excedeu o protocolado e a mulher ainda não tem vaga no serviço de

puerpério. O acesso é feito em maca, com acompanhamento de enfermeiro e auxiliar de ação médica.

Com base no Projeto Individual de Estágio desenvolvido, descreve-se, avaliam-se e analisam-se critico-reflexivamente as atividades desenvolvidas no EC, de seguida.

Perante o objetivo n.º 3 **“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às puérperas/recém-nascido/família”**, as competências adquiridas e desenvolvidas correspondem ao explanado no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, especificamente no cuidado à mulher durante o período pós-natal, atuando no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN e facilitando o processo de transição e adaptação à parentalidade (Regulamento n.º 391/2019, 2019). Por sua vez, tendo em conta o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), as competências atingidas e aperfeiçoadas situam-se ao nível da prática profissional ética, legal, deontológica e considerando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais assim como, ao nível dos cuidados centrados na pessoa como mote para a segurança e eficácia terapêutica. Além disso, foram recrutadas as competências que dizem respeito à melhoria contínua quer ao nível da prática, quer ao nível do autoconhecimento, com base na evidência científica e com o intuito da melhoria da qualidade dos cuidados.

Quanto às atividades que concretizam este objetivo, foram executadas na sua totalidade, tendo algumas sido realizadas com maior frequência do que outras pelas características do local de estágio. Foram prestados, ao longo do EC, cuidados a noventa e sete puérperas. As atividades que dizem respeito à puérpera, foram cumpridas integralmente, podendo estas dividir-se em intervenções preventivas de complicações e intervenções promotoras do autocuidado e dotação de competências. Nas primeiras, inclui-se a avaliação dos sinais vitais, das características da pele, mamas, útero, lóquios, períneo, da eliminação vesical e intestinal, dos membros inferiores, do estado geral e do estado nutricional da mulher (Santos & Baptista, 2016). Nesta ótica, procedeu-se à avaliação hemodinâmica da puérpera no seu acolhimento e, uma vez por turno, a cada mulher a quem foram prestados cuidados, garantindo a sua estabilidade e identificando atempadamente desvios da normalidade, a fim de os corrigir. Durante o primeiro levante da mulher após o parto, é efetuada, também, a avaliação dos parâmetros vitais e considerado o estado geral da puérpera para evitar episódios de hipotensão ortostática – com lipotímia ou síncope – favorecidos pela diminuição da pressão intra-abdominal aquando do nascimento, que promove a vasodilatação e conseqüente estase sanguínea (Lowdermilk, 2009). Desta forma, justifica-se a necessidade do acompanhamento de Enfermagem no primeiro levante da puérpera, que no serviço é realizado, geralmente, às quatro horas após parto eutócico e às seis horas após

cesariana. Preconiza-se a prestação dos cuidados de higiene no levante, que de acordo com Perry et al. (2023), promovem o conforto e segurança da mulher, sendo que no caso das mulheres submetidas a cesariana, é-lhes removido, neste momento, o cateter vesical, se não houver contra-indicação.

Também a avaliação da integridade e aspeto da pele e mucosas foi assegurada e relacionados os achados com outras informações relevantes sempre que se justificou. Na avaliação da pele inclui-se a ferida cirúrgica abdominal que requer vigilância no sentido da prevenção de complicações (Silva, 2019). De acordo com o protocolo de serviço instituído, a puérpera é admitida no serviço com um penso compressivo sobre um penso impermeável. O primeiro deve ser removido às vinte e quatro horas pós-cesariana e o segundo deve ser vigiado uma vez por turno e a avaliação da ferida cirúrgica deve ser realizada no dia da alta hospitalar ou quando assim se justificasse, após avaliação puerperal. Desta forma, a vigilância do penso cirúrgico é realizada em todos os turnos.

No exame obstétrico, importa salientar os cuidados de enfermagem às mamas e mamilos e a sua relação estrita com o processo de amamentação. Nas puérperas que tencionam amamentar, a inspeção da mama e mamilo é preconizada durante acolhimento da puérpera no serviço e, posteriormente, pelo menos uma vez por turno. Desta forma, é possível a identificação de presumíveis dificuldades na amamentação, garantindo a sua correção e otimização, o que contribui para o sucesso da amamentação.

Para o *International Lactant Consultant Association* citado por Silva (2019), existe uma relação entre o formato do mamilo e a maior ou menor facilidade na amamentação, sendo que mamilos mais proeminentes facilitam a pega e conseqüentemente o processo de amamentação, ao contrário de mamilos rasos ou invertidos que podem constituir-se como fatores dificultadores e requerem maior atenção e intervenção dos profissionais de saúde. A palpação da mama para avaliar a sua tensão permite inferir acerca do processo de “descida do leite” ou da sua iminência, promovendo a implementação atempada de estratégias que atenuem o processo, providenciando maior conforto para a mulher. De acordo com Santos & Baptista (2016) e Órfão & Gouveia (2009) a transição da secreção do colostro para a secreção de leite inicia-se cerca de trinta a quarenta horas após o parto, com um pico (descida do leite) perto das setenta horas, altura em que aumenta a tensão mamária e se identificam as maiores dificuldades.

Em Portugal, de acordo com o Despacho n.º 13056/2023 (2023), não é possível identificar a prevalência e duração do aleitamento materno, mas estima-se que até aos seis meses a sua prevalência ronde os 21,8%. Considerando as recomendações da OMS (2022) que preconizam o aleitamento materno exclusivo de todos os bebés desde o nascimento até aos seis meses,

verifica-se que Portugal se encontra, ainda, aquém do expectável, sendo os profissionais de saúde os principais agentes na promoção do aleitamento materno, devendo os mesmos prestar o apoio necessário para o sucesso da amamentação. Assim, durante o EC foram implementadas medidas de promoção e proteção do aleitamento materno, quando aplicável, incluindo intervenções no âmbito do ensino, nomeadamente dos cuidados à mama, subida do leite, alterações nas características do leite, prevenção de complicações, horário e posição para amamentação, sinais de boa pega e sinais de fome e saciedade do recém-nascido.

Ainda na avaliação obstétrica, nomeadamente involução uterina e características dos lóquios e períneo, foi garantida a avaliação à entrada no serviço e pelo menos uma vez por turno ou sempre que se justificasse a reavaliação. De acordo com Vilela et al. (2020), a involução uterina traduz-se no processo de contração das células musculares do miométrio, com consequente redução progressiva das dimensões do útero, que se inicia imediatamente após a dequitação. Esta contração promove a hemóstase, essencial para evitar situações de hemorragia pós-parto, uma das principais causas de morbimortalidade materna (Ferreira, 2016; Vilela et al., 2020). Na avaliação dos lóquios foram analisadas as suas características ao nível da aparência, quantidade e cheiro, podendo inferir-se acerca da possibilidade de hemorragia. Considerando Centeno (2017), nos primeiros dias após o parto, os lóquios são vermelhos-vivos, alterando progressivamente a sua cor, sendo que por volta do quinto dia pós-parto têm um aspeto seroso e acastanhado e ao décimo dia uma cor amarelada e aspeto espesso. Quanto à quantidade, é apenas possível a sua avaliação qualitativa, devendo ser realizada através da observação da quantidade e saturação do penso perineal em relação com o tempo decorrido (Cashion, 2009). A avaliação do períneo toma especial importância em puérperas após parto vaginal e pressupõe a identificação de hematoma e edema vulvar, presença de hemorroidas e vigilância da ferida perineal, seja por laceração ou episiotomia (Silva, 2019). Considerando Perry et al. (2023), a ferida perineal, bem como, as hemorroidas são fatores que podem associar-se ao desconforto da puérpera, pelo que se recomenda a utilização da crioterapia. Quando aplicada nas primeiras duas horas após o parto visa evitar a formação do edema, mas após as duas horas já não apresenta efeito no edema, mas sim na promoção do conforto da mulher pelo “adormecimento” da área. Desta forma, a observação do períneo e da ferida perineal foi realizada sistematicamente.

Na prestação de cuidados durante o EC foi tida em conta a importância da manutenção da eliminação urinária e o restabelecimento do trânsito intestinal na puérpera. Conforme Perry et al. (2023), pode existir no pós-parto uma diminuição da vontade de urinar que se justifica pela capacidade aumentada e complacência da bexiga, pelo traumatismo do parto e pelos efeitos secundários decorrentes da anestesia. No entanto, a bexiga cheia interfere com a capacidade de

contração do útero, que lateraliza e relaxa, conduzindo à hemorragia. Por outro lado, um útero que não contrai eficazmente favorece a retenção urinária, criando condições ótimas para o desenvolvimento de infeção. Assim, a eliminação urinária na puérpera foi valorizada em todos os turnos e foi incentivada a micção espontânea, especialmente no acolhimento no serviço, no primeiro levante e após remoção do cateter urinário na mulher submetida a cesariana. Já no que diz respeito à motilidade intestinal, de acordo com Cashion (2009), verifica-se no pós-parto uma diminuição da tonicidade dos músculos do intestino que compromete a eliminação intestinal. Além disso, fatores como a utilização de laxantes no TP, jejum prolongado, desidratação, anestesia, dor ou medo podem atrasar o restabelecimento do trânsito intestinal, podendo este não ocorrer nos dois a três dias após o nascimento. Contudo, atendendo ao protocolo de serviço, a alta hospitalar deve considerar a recuperação da motilidade intestinal pelo que as puérperas foram incentivadas a adotar estratégias facilitadoras do processo, como aumento do aporte hídrico, ingestão de alimentos ricos em fibras e deambulação.

Ainda, a avaliação dos membros inferiores foi incluída enquanto rotina na avaliação à puérpera, pelo risco trombótico acrescido do puerpério, especialmente nas mulheres submetidas a cesariana (SPOMMF, 2022; Vilela et al., 2020) – uma realidade frequente no local do EC visto que, de acordo com o parecer emitido pela Entidade Reguladora da Saúde (2023), o número de cesarianas em 2021 foi de 37,5% do total dos partos ocorridos em Portugal, sendo que a taxa de cesarianas em hospitais privados correspondeu a 65,9%, comparativamente com a dos hospitais públicos que rondou os 30,7%, realidade que se verifica atualmente e que se prevê perpetuar-se, considerando o estado social do encerramento das maternidades públicas e a crescente procura dos cuidados nos hospitais privados.

Por fim, inclui-se nas intervenções preventivas de complicações a avaliação sistemática da dor e das suas características, enquanto princípio de uma cadeia de ações e intervenções com vista ao seu alívio. De acordo com a OE (2008), o controlo eficaz da dor é uma responsabilidade profissional que enaltece o papel do enfermeiro nos resultados clínicos. Por isso, a avaliação e valorização da dor da puérpera no internamento de obstetrícia foi sempre garantida, no sentido da sua gestão e alívio. Considerando os protocolos do serviço, a puérpera após parto por via vaginal é admitida no serviço apenas com acesso venoso periférico e nas primeiras vinte e quatro horas a analgesia é administrada por via endovenosa. Após este período, o cateter venoso periférico é removido e a via de administração para a ser oral. Por sua vez, as mulheres submetidas a cesariana são admitidas no serviço com cateter epidural e acesso venoso periférico, que mantêm por vinte e quatro horas, sendo removido o epidural ao fim deste tempo e sendo o periférico mantido até às quarenta e oito horas. Contudo, foi sempre tida em consideração a dor

e as suas características e implementadas estratégias não farmacológicas para alívio da mesma, quando aplicável, como a crioterapia ou a deambulação. Em casos específicos, como a verbalização de cefaleias, a avaliação da dor requer maior exploração e avaliação de determinados parâmetros com recrutamento da equipa multidisciplinar para encaminhamento adequado. Ressalva-se que especificamente nas puérperas com grupo sanguíneo Rh negativo, o cateter periférico pode permanecer além do protocolado, até identificação do grupo sanguíneo do bebé e posterior administração da imunoglobulina anti-D quando o mesmo é positivo (Pinto, 2017).

O puerpério constitui-se como um período de instabilidade emocional oscilando entre a euforia do pós-parto imediato à passividade e dependência dos primeiros dias após o parto, no qual a puérpera precisa de ter as suas necessidades satisfeitas para que seja possível cuidar eficazmente do seu filho. Justifica-se esta instabilidade pelas alterações hormonais, responsabilidade acrescida no novo papel com alterações ao nível psicológico, físico, sexual e de identidade (Silva, 1988; Leitão, 2016). Desta forma, é fundamental que o cuidar em Enfermagem preconize o apoio emocional e a disponibilidade para que as puérperas desenvolvam a estabilidade e segurança necessárias à assunção do novo papel. Considerando Santos & Baptista (2016) o enfermeiro deve centrar a sua intervenção também, na promoção da autonomia através da dotação de competências da puérpera. Nesta linha, durante o EC, foram inúmeras as oportunidades de promoção da saúde às mulheres, sendo que foram realizados ensinamentos no âmbito do autocuidado à puérpera, cuidados às mamas, períneo, lóquios e feridas (cirúrgica ou traumática), amamentação ou alimentação do RN, cuidados ao RN, sono, fome e desenvolvimento do mesmo e segurança e vigilância quer da saúde do bebé, quer da saúde da mulher.

Também o RN foi alvo de cuidados ao longo do EC, tal como preconiza o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, 2019), através da monitorização, promoção da saúde e deteção precoce de complicações na sua saúde. Foram prestados cuidados a cento e vinte e dois recém-nascidos ao longo do EC. A transição da vida fetal para a vida extrauterina recruta inúmeros mecanismos de adaptação biológica do RN, que a partir desse momento se faz biologicamente independente, fundamentalmente nas funções de respiração e oxigenação (Chaves, 2014). Assim, a avaliação e vigilância do RN ao longo do EC foi sempre considerada, sem nunca interferir com o ritmo biológico do mesmo e tentado sempre que o contacto se fizesse em momentos de maior atividade e estado de alerta do RN.

A observação atenta do RN e do seu aspeto geral podem fornecer informações importantes sobre o seu estado físico. Considerando McKee-Garrett (2023), esta observação deve

incluir a postura corporal em repouso, os movimentos corporais, a coloração da pele e o esforço respiratório. A postura do RN de termo é a de flexão completa, como *in útero*, onde os membros se encontram fletidos com as mãos fechadas e os pés em dorsiflexão, se cefálicos e se pélvicos normalmente apresentam extensão das pernas. Contudo, em ambos os casos os movimentos do RN normal são simétricos (Wilson, 2006).

Já no que respeita à avaliação do sistema tegumentar do RN, a pele deve apresentar-se suave, macia e rosada, ainda que a coloração possa apresentar diferenças significativas consoante as origens familiares e etnia deste. No entanto, a pele dos RN pode apresentar alterações consideradas comuns e transitórias, como o *millium* sebáceo, o eritema tóxico, a mancha mongólica, a presença de lanugo e vérnix caseoso (Santos et al., 2020). Em todas as observações cujo RN apresentasse alguma destas alterações, foi explicado aos pais que se tratam de situações limitadas no tempo e que não requerem qualquer tratamento ou vigilância. Relativamente à acrocianose do RN, esta é considerada normal se não persistir além das primeiras vinte e quatro horas de vida (Santos et al., 2020). Por sua vez, quando identificadas alterações cutâneas que pudessem interferir com o bem-estar do RN, como a icterícia, era comunicado ao médico pediatra. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN] (2013) a icterícia neonatal manifesta-se em 60% dos RN de termo e surge normalmente vinte e quatro horas após o nascimento, não constituindo na maior parte das vezes risco para o RN – icterícia fisiológica. Contudo, níveis elevados de bilirrubina sérica podem ser tóxicos no sistema nervoso central. Assim, a presença da coloração amarelada na pele e esclerótidas, sobretudo no tronco e membros, considerando que a sua evolução é cefalocaudal (SPN, 2013), foi alvo de vigilância por parte da equipa de Enfermagem e equipa médica, pela eventual necessidade de tratamento. Por duas vezes foi mandatária a transferência dos RN para o serviço de neonatologia para realização de fototerapia intensiva por túnel e noutras duas vezes foi agilizado o tratamento em alojamento conjunto, com recurso a um berço próprio e à fonte de luz adequada.

No que diz respeito ao sistema respiratório, o início da respiração é a alteração fisiológica mais crítica e difícil que é exigida ao RN e o seu sucesso influencia a adaptação deste à vida extrauterina (Santos et al., 2020). Assim, procurou-se avaliar os sinais de dificuldade respiratória do RN como a cianose, taquipneia, adejo nasal, ruídos respiratórios e tiragem como forma de avaliação da eficácia da respiração.

A observação dos RN durante as mamadas permitiu não só avaliar a capacidade das puérperas para a amamentação e necessidades de conhecimento sobre o tema, como também permitiu avaliar os reflexos de sucção e deglutição do RN e a coordenação entre eles, uma vez que esta é facilitadora do processo de amamentação (Santos et al., 2020). A avaliação dos sinais

de fome e saciedade do RN antes e após a mamada estiveram sob atenção, sendo que foram também realizados os ensinamentos aos pais, com o intuito de os envolver nos cuidados, facilitando o processo de transição para a parentalidade. Por forma a otimizar o processo de amamentação e a evitar complicações decorrentes de uma pega incorreta foram, ainda, realizados ensinamentos sobre os sinais de boa pega do RN.

A vigilância da eliminação urinária do RN é fulcral para avaliar o bem-estar do mesmo, sendo que nas primeiras doze a vinte e quatro horas, este pode não apresentar micções. Contudo, após este período, é expectável que se verifiquem entre seis a dez micções a cada dia (Perry, 2009). Importa ainda considerar as características da urina, que deve ser clara e límpida, sendo indicativo de uma adequada ingestão de líquidos, ainda que se possam verificar manchas alaranjadas na fralda, sendo que se trata de uma situação normal de eliminação de cristais de urato (Perry et al. 2023).

Por sua vez, na vigilância da eliminação intestinal há que considerar que a primeira eliminação de mecónio deve ocorrer até às primeiras quarenta e oito horas de vida do RN e que a frequência das dejeções é muito variável na primeira semana, sendo mais frequentes a partir do terceiro dia de vida (Perry, 2009).

Em consequência do ar que os RN engolem durante o choro e a alimentação associado à imaturidade do seu sistema gastrointestinal, estes apresentam maior propensão para gases, responsáveis pela dor e desconforto. Esta traduz-se pela contração e agitação do bebé, com elevação dos membros inferiores, distensão abdominal e, por vezes, eliminação de gases. A massagem abdominal surge como método de alívio da dor através da eliminação de gases (Ramos et al., 2014). Durante o EC, aos RN que apresentavam sinais de desconforto abdominal, foi realizada a massagem clássica, sendo que a maioria expeliu gases e mecónio em abundante quantidade, ficando posteriormente mais calmos e tranquilos. Os pais foram também ensinados relativamente à massagem abdominal o que favoreceu a autonomia dos mesmos nos cuidados ao RN.

Segundo Sequeira et al. (2020), a vigilância do coto umbilical deve ser uma área de atenção do EEESMO pelo seu potencial infeccioso. Após clampagem, o cordão umbilical sofre um processo de isquemia com alteração das suas características até à completa mumificação. Durante este período, deve ser feita a vigilância e monitorização das características do coto umbilical, quanto ao seu aspeto, cheiro, sinais inflamatórios e exsudado. Apesar de alguma controvérsia relativamente à técnica utilizada na limpeza do coto, a evidência aponta no sentido da técnica *dry care*, ou seja, manter o coto limpo e seco, sem aplicação de solutos de forma rotineira, quando não se verifica risco acrescido de onfalite. Contudo, face ao protocolo de

serviço, a limpeza do coto umbilical é realizada uma vez por dia ou sempre que se verifique a necessidade de limpeza do coto, com recurso a compressas e água tépida, garantindo depois a secagem do mesmo. A todos os RN a quem foram prestados cuidados, foi realizada a limpeza do coto umbilical e feitos ou reforçados os ensinamentos relativos ao tema.

Tendo por base os protocolos de serviço à data do EC, consoante o dia de vida em que se encontra o RN, são realizados diferentes procedimentos. Entre as doze e as vinte e quatro horas de vida, é considerado dia de “triagem”, onde o RN é observado pelo pediatra do serviço. Além disso, é realizado o rastreio das cardiopatias congénitas, que permite detetar hipoxia associada à disfunção cardíaca, permitindo identificar e referenciar atempadamente (Sequeira et al., 2020), e é administrada a vacina contra a Hepatite B, se os pais o desejarem, tendo em conta que o Programa Nacional de Vacinação não é de cariz obrigatório (Pousa, 2020). Após as vinte e quatro horas passa a ser dia de “banho” onde, se for a vontade dos pais, é realizado o primeiro banho do bebé e todos os ensinamentos inerentes ao procedimento. Por fim, a partir do segundo dia de vida é dia de “alta”, no qual se não se verificarem alterações que impeçam a saída do RN do hospital, é realizada a avaliação do peso do bebé e a preparação da alta após nova avaliação pelo pediatra. Ao longo do EC foi possível a prestação de cuidados ao RN nos diferentes momentos, tendo sido possível adquirir e desenvolver competências em todos eles. Além destes, nos RN cujo internamento se prolongou além das setenta e duas horas de vida e que os pais assim o quisessem, foi realizado o Diagnóstico Precoce, que permite diagnosticar transtornos hereditários geralmente de etiologia metabólica em recém-nascidos aparentemente saudáveis (Sequeira et al., 2020). Também, em situações pontuais e específicas, foi necessária a realização de técnicas invasivas como colheita de sangue por venopunção ou aspiração/ lavagem gástrica do RN.

Os cuidados prestados tiveram como objetivo o bem-estar da mulher, RN e família e a maximização do potencial dos pais para desenvolverem competências parentais facilitadoras do processo de transição em que se encontram. Tais objetivos só foram possíveis atingir pela relação desenvolvida com os intervenientes, numa associação de confiança e respeito, indo ao encontro das necessidades das famílias cuidadas. Para Paterson & Zderad (2008), estas premissas estão na base do cuidado humanizado, que respeita ainda a autonomia e capacidade de escolher bem da pessoa.

No que respeita ao objetivo n.º 4 **“Desenvolver competências relativas à gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais”**, consideram-se cumpridas todas as atividades que lhe respondem. Desenvolveram-se competências no âmbito da melhoria contínua e da gestão definidas pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento

n.º 140/2019), através da prática de cuidados baseada em evidência e de qualidade, bem como da gestão do tempo, cuidados e recursos.

Por outro lado, no objetivo n.º 5 “**Desenvolver competências técnicas, cognitivas e comunicacionais no âmbito da formação**” não foi possível cumprir com o estipulado no Projeto Individual de Estágio, por um lado justificável por questões inerentes ao serviço (não existência de formações em serviço no momento do EC), por outro por indisponibilidade pessoal.

#### 3.4. APRENDIZAGENS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE

Os cuidados de saúde primários (CSP) representam o primeiro acesso dos indivíduos e da comunidade ao sistema de saúde e cujo objetivo se estende desde a promoção da saúde e prevenção da doença ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (Silva, 2023). Como consagrado em Diário da República, os CSP dividem-se em Unidades Funcionais que dão resposta às necessidades da população de determinada área geográfica e se complementam, podendo classificar-se em Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (Decreto-Lei n.º 28/2008). Estamos, porém, num momento de transição com a implementação de Unidades Locais de Saúde, um modelo organizativo visa garantir uma prestação de cuidados de saúde integrada dos CSP e dos cuidados hospitalares, com vista à prestação de cuidados de saúde de qualidade, eficazes e eficientes, com maior autonomia das partes. Neste modelo, é essencial a resposta primária e mais próxima das populações, dos CSP e a referenciação para os demais níveis de natureza hospitalar quando necessário (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

O EC de ESMO na Comunidade foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF) modelo USF-A em parceria com uma Unidade de Cuidados na Comunidade pertencentes a uma Unidade Local de Saúde da Área Metropolitana de Lisboa, onde foi preconizada a prestação de cuidados especializados de Enfermagem à mulher, família e grupos-alvo da comunidade nos processos de saúde e doença, promovendo a vivência positiva dos processos fisiológicos e capacitando os intervenientes para o autocuidado e autovigilância.

Relativamente à estrutura física, as consultas na USF tomam lugar em dois gabinetes destinados ao efeito, um gabinete de consulta e um de ginecologia onde são realizados os procedimentos de avaliação física das mulheres. Além destes, a unidade dispõe de mais treze gabinetes, alguns sem atividade destinada, dois para consulta médica e dois para atendimento de enfermagem e um para vacinação.

A equipa de Enfermagem é constituída por quatro enfermeiras, duas delas generalistas, uma Especialista em Enfermagem Comunitária e uma EEESMO. Apesar da USF ter 5394 utentes inscritos, apenas 2832 são mulheres. Considerando que a USF tem apenas dois médicos de família e um deles iniciou funções no início de janeiro e não possuía à data do EC listas de utentes atribuídos, apenas 1592 têm médico de família atribuído. Desta forma, a grande parte das mulheres a quem foram prestados cuidados encontrava-se em situação de instabilidade.

Ao nível dos circuitos do utente, a mulher sem médico de família ou que recorre para consulta de Enfermagem é admitida através dos serviços administrativos e encaminhada para a sala de espera contígua aos gabinetes de saúde sexual e reprodutiva, onde posteriormente é chamada para a consulta de Enfermagem. Por sua vez, a mulher com médico de família atribuído e com agendamento para o mesmo é encaminhada primeiramente para a consulta médica e só depois, em caso de necessidade, para a Enfermagem.

Com base no Projeto Individual de Estágio desenvolvido, descrevem-se abaixo as atividades desenvolvidas em contexto clínico, refletindo-se criticamente sobre as mesmas.

Perante o objetivo n.º 93 **“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às mulheres /recém-nascido/família/ grupo”**, foram realizadas praticamente todas as atividades que lhe dão resposta, com exceção daquelas que dizem respeito às sessões de preparação para o parto, que não foram realizadas porque no dia destinado à sua consecução, não houve curso de preparação para o parto por ausência de formandos.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019), este assume no seu exercício profissional o cuidado à “mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”. Neste âmbito, na USF em que foi desenvolvido o estágio, a EEESMO realiza rastreios do cancro do colo do útero, quer através do rastreio organizado, quer através de rastreio oportunista. Assim, foram realizadas vinte e duas citologias, sendo vinte e uma em meio líquido e uma em meio convencional.

O EEESMO enquanto profissional dotado de competências, assume-se autónomo na vigilância da gravidez de baixo risco, ou seja, naquelas em que os processos envolvidos são fisiológicos e se desenvolvem dentro da normalidade no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 391/2019). Ainda, segundo o mesmo documento, são competências específicas do EEESMO o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal. Tendo em conta o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2016), define-se como gravidez de baixo risco aquela onde não se identificam fatores de risco acrescido para a mãe, feto ou ambos. Posto isto, realizaram-se, ao longo do estágio, quinze consultas de

vigilância de gravidez de baixo risco, sendo a maioria consultas de primeiro trimestre. Nestas, além da avaliação do estado geral da grávida e da avaliação antropométrica, foi realizada a partir das treze semanas de gravidez a Auscultação dos batimentos cardíacos fetais com recurso ao Doppler fetal, ainda que de acordo com Carvalho & Neves (2020), a sua prática seja recomendada apenas a partir das dezasseis semanas. Também a altura do fundo uterino se verificou uma prática recorrente nas grávidas com IG superior a vinte semanas, ainda que os mesmos autores a recomendem após as vinte e quatro semanas de gestação, como forma de acompanhamento da evolução do crescimento fetal ao longo da gravidez.

Nas consultas de vigilância da gravidez, o EEESMO deve garantir a observação e avaliação dos exames complementares de diagnóstico e a deteção precoce de desvios da normalidade, garantindo o seu encaminhamento adequado e atempado. Assim, nas consultas desenvolvidas, procedeu-se à avaliação dos parâmetros analíticos e ecográficos dos diferentes trimestres, ao seu registo em local próprio – BSG - e à referenciação das mulheres para o médico, sempre que necessário.

Por fim, foram identificadas necessidades de ensino às grávidas e famílias nos diferentes trimestres da gravidez que foram colmatadas, considerando sempre a unicidade e individualidade de cada mulher e o ambiente e cultura onde se insere, com vista à humanização dos cuidados referida por Paterson & Zderad (2008).

A consulta de revisão do parto ou consulta do puerpério é aquela que ocorre entre o nascimento e os quarenta e dois dias após o parto, normalmente entre a 4ª e a 6ª semana pós-parto, cujo objetivo se prende com a avaliação global da mulher, criança e família, assim como, a identificação das situações anómalas para que recebam intervenção específica (DGS, 2016). Considerando o disposto no artigo 4º do Regulamento n.º 391/2019 publicado em Diário da República, compete ao EEESMO o cuidado à mulher no período pós-natal. Efetuaram-se seis consultas de revisão de puerpério no EC, onde, por meio de entrevista e consulta da informação clínica se determinou a história da gravidez e do parto, assim como, se indagou o estado emocional e suporte familiar. Através do exame físico da puérpera, aferiu-se o estado geral da mesma pela avaliação dos sinais vitais, observação e palpação das mamas, avaliação uterina recorrendo ao toque bimanual e observação do períneo, vagina e colo com recurso ao espécúlo. Sempre que aplicável, procedeu-se à realização de citologia cervico-vaginal e à atualização do Plano Nacional de Vacinação, como preconizado no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2016). Adicionalmente, validou-se a necessidade de fornecimento de método contraceptivo para prevenção de uma nova gravidez e foram efetuados os registos no BSG.

Cuidar a “mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional” (Regulamento n.º 391/2019) foi outra das competências do EEESMO trabalhada ao longo do EC. As atividades de PF intentam a promoção da saúde e o bem-estar reprodutivo, sendo fundamentais na prestação de cuidados em saúde reprodutiva, onde se incluem os cuidados pré-concepcionais e do âmbito da infertilidade (DGS, 2008).

No que diz respeito às consultas de PF, foram realizadas três consultas, de entre as quais duas com o objetivo de seleção, acompanhamento e fornecimento de método contraceptivo e uma no âmbito da infertilidade. Nas primeiras, a seleção do método contraceptivo foi relativamente simples, dado que já havia sugestão médica prévia e os estilos de vida das mulheres reduziam o leque de opções. Contudo, importa salientar que a escolha de um método contraceptivo deve atender a uma série de critérios, desde fatores biológicos como a idade, a hábitos de vida e antecedentes pessoais ou disponibilidade e empenho para a toma dentro do intervalo aconselhado (DGS, 2008). Entende-se infertilidade, como a incapacidade de reprodução após doze meses de relações sexuais regulares e desprotegidas (OMS, 2001). A consulta de infertilidade constitui-se na análise, avaliação e registo dos exames analíticos efetuados previamente e na consequente orientação do casal para consulta médica.

Ao longo do EC na Comunidade foram efetuados, ainda, três Diagnósticos Precoces em RN, para despiste de doença metabólica hereditária, que não constavam inicialmente no Projeto Individual de Estágio, tendo sido acrescentados à *posteriori*.

Desenvolveu-se desde o início uma relação de confiança e empatia com a enfermeira cooperante, que além das competências na prática da Enfermagem e especificamente em ESMO, se revelou uma pessoa riquíssima nos seus valores, respeito pelo outro e consideração de terceiros enquanto seres dotados de autonomia e capacidades, tal como Paterson & Zderad (2008) descrevem o cuidado em Enfermagem, desempenhando um papel de verdadeira orientadora. Considera-se este o maior aprendizado do EC de ESMO na Comunidade.

Assim sendo, considera-se terem sido desenvolvidas e melhoradas competências descritas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), nomeadamente as que focam o respeito pelos direitos humanos e da relação com o outro, as que obedecem a critérios éticos e legais e que se desenvolvem segundo a evidência científica mais atual, procurando melhorar a prática clínica e, consequentemente a resposta da equipa multidisciplinar.

Face ao objetivo n.º 4 “**Desenvolver competências relativas à gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais**”, julgam-se cumpridas as atividades estipuladas. Na gestão dos cuidados, a mesma recruta conhecimentos e habilidades baseados em evidência científica em

simultâneo com a avaliação da qualidade das práticas clínicas com o intuito de identificar as oportunidades de aperfeiçoamento das mesmas. Os mesmos foram otimizados, também, no sentido da gestão do tempo. Quanto à gestão dos recursos materiais, na integração no serviço observaram-se os locais de armazenamento de medicamentos, instrumentos e materiais necessários à consecução dos diferentes procedimentos. Além disso, as intervenções regeram-se sempre tendo em mente a sua utilização consciente, indo ao encontro do preconizado no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Posto o objetivo n.º 5 “**Desenvolver competências técnicas, cognitivas e comunicacionais no âmbito da formação**” não foi possível cumprir com o estipulado no Projeto Individual de Estágio, uma vez que não houve no período de EC qualquer formação em serviço na USF e, como mencionado acima, a formação à grávida/ grupo-alvo agendada no Curso de Preparação para o Parto não se concretizou.

Posto isto, crê-se o EC de ESMO na Comunidade uma mais-valia no processo de aquisição da perícia e das competências de EEESMO.

### 3.5. APRENDIZAGENS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA SALA DE PARTOS

O Ensino Clínico de ESMO na Sala de Partos foi desenvolvido num hospital de nível I, na Área Metropolitana de Lisboa, onde se preconizou a prestação de cuidados especializados de Enfermagem à parturiente/ casal/ RN, promovendo a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com o TP. Considerando a proposta da rede de referência hospitalar em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia (Campos et al., 2023), um hospital de nível I deve dispor de um Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG)/ Bloco de Partos (BP), que devem assegurar uma resposta às situações urgentes de menor complexidade do foro obstétrico e ginecológico, bem como a assistência ao TP e puerpério imediato.

Fisicamente o BP é contíguo ao SUOG e conta com um total de cinco salas de parto individuais equipadas com o material necessário à prestação de cuidados em todas as fases do TP e aos cuidados imediatos ao RN, que são prestados na presença dos pais. Conta, também, com um bloco cirúrgico destinado à realização de cesarianas e um recobro com capacidade para duas puérperas.

A equipa de Enfermagem é constituída por trinta enfermeiros, sendo vinte e nove EEESMO e um Enfermeiro Generalista, estando três EEESMO afetos ao BP em cada turno e o enfermeiro generalista, cujo horário se limita ao período das doze horas às vinte horas nos dias úteis, dá apoio à anestesia e cuidados imediatos ao RN.

Relativamente aos circuitos das parturientes, estas são admitidas no BP através do SUOG ou pelo serviço de internamento de Medicina Materno-Fetal no caso das ITP ou das cesarianas eletivas. As parturientes são alocadas a um quarto onde permanecem até ao parto, sendo posteriormente transferidas para o recobro durante o período de puerpério imediato, salvo exceções de gestão de serviço. Após as duas horas pós-parto, são transferidas para o serviço de internamento de Obstetrícia, onde permanecerão até à alta hospitalar.

Descrevem-se, de seguida, as atividades desenvolvidas em EC, procedendo-se à sua avaliação e análise crítica, tendo por base o planeamento efetuado no Projeto Individual de Estágio.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, 2019) previstas pela OE, são transversais aos objetivos n.º 3, 4, 5, 6, 7 e 8. Estas incluem o cuidado à mulher durante o TP e o pós-parto, promovendo a adaptação do RN à vida extrauterina e apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Além disso, desenvolveram-se competências relativas à prática de cuidados seguros, respeitando princípios éticos, deontológicos e normas legais e que promovem um ambiente terapêutico e são respeitadoras das responsabilidades profissionais e dos direitos humanos. Adicionalmente, desenvolveram-se competências no âmbito da prestação de cuidados especializados alicerçados em evidência científica e que promovem a melhoria contínua. Desenvolveram-se, também, habilidades e capacidades no domínio do autoconhecimento, identificando recursos e limites pessoais e profissionais.

O TP, para a mulher e família, é um momento singular, único, de grande vulnerabilidade e repleto de emoções, podendo a experiência marcar positiva ou negativamente os indivíduos. Desta forma, a intervenção do EEESMO deve intentar a satisfação e acolhimento da mulher e família, traduzindo-se isto na prestação de cuidados personalizados e de qualidade (Buffon & Martins, 2023). Surge, deste modo o objetivo n.º 3 **“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às parturientes/família no acolhimento ao bloco de partos”**, no qual se consideram cumpridas todas as atividades que o concretizam.

Para Zangão (2014), o cuidar em enfermagem alicerça-se na capacidade de desenvolvimento de relações interpessoais de confiança e compreensão, sendo a comunicação uma ferramenta fundamental. Assim, o desenvolvimento de competências comunicacionais constitui-se necessário para o cuidar em enfermagem. Ao longo do EC procurou-se o estabelecimento de relações de confiança e segurança para com as parturientes e famílias, permitindo aos mesmo o espaço necessário para a expressão de sentimentos e dúvidas. A

presença e disponibilidade, associadas à capacidade de saber ouvir e ser empático permitem transmitir segurança e o suporte físico e emocional necessários (Silveira & Fernandes, 2007). A compreensão das experiências da parturiente e dos significados atribuídos é essencial para identificar as suas necessidades e implementar um cuidado efetivo, pelo que, através do estabelecimento de uma relação dialógica, se tentou sempre atingir. Considerando a Teoria Humanística de Enfermagem, o EEESMO deve mobilizar conhecimentos e competências técnicas e científicas, mas, também, aliar a razão e sensibilidade, atendendo às necessidades específicas de cada parturiente e família, para que, numa parceria, as escolhas e direitos das parturientes possam ser defendidos. Nesta linha, surge a consulta e discussão do Plano de Parto que, enquanto documento que reflete as expectativas individuais e as escolhas de nascimento do casal, deve ser debatido com os intervenientes no parto, para que se possam fazer cumprir as vontades do casal, sempre que possível e com segurança. Durante o EC, os Planos de Parto foram sempre tidos em conta e sempre que alguma alínea não pôde ser cumprida, foi informado o casal e obtido o consentimento (Paterson & Zderad, 2008).

Na verdade, estas competências que se desenvolveram correspondem às determinadas pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2018) no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO, que prevê o respeito pelas expectativas relacionadas como TP e parto, projeto de maternidade/paternidade, o estabelecimento uma relação terapêutica e de parceria no planeamento do processo de cuidados, com envolvimento dos conviventes significativos da parturiente e otimização das suas capacidades.

No que respeita ao objetivo n. 94 **“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às parturientes/família no primeiro estágio do trabalho de parto”**, consideram-se cumpridas as atividades que lhe dão resposta.

Da definição de TP mencionada em capítulo anterior, constatou-se a subdivisão do processo em quatro estádios. O Primeiro estágio corresponde ao apagamento e dilatação do colo uterino e subdivide-se em dois momentos: a fase latente que se inicia com as contrações regulares até ao total apagamento e dilatação de cerca de 3cm; e a fase ativa entre os 3 cm até à dilatação cervical completa (Machado & Graça, 2017).

De acordo com a DGS (2023), não se preconiza o internamento hospitalar no BP de forma rotineira no primeiro estágio do TP, na fase latente, exceto por necessidade de vigilância materno-fetal, gestão de dor ou ansiedade e em situações de difícil acesso ao hospital. Durante o EC foram prestados cuidados no primeiro estágio do TP a cento e catorze parturientes, sendo que a maioria se encontrava já na fase ativa do TP. As orientações emanadas pela DGS (2023) serviram

de base à prestação de cuidados no primeiro estágio do TP, sendo transversais a ambas as fases, nomeadamente assegurando-se a todas as parturientes e acompanhantes o conforto e um ambiente calmo, a leitura do plano de parto nos casos em que este foi elaborado e a respetiva discussão. Questionou-se, também, as expectativas relativas ao TP.

À admissão, na avaliação inicial, são identificados fatores que determinam a necessidade de cuidados tais como, a presença de patologia associada ou concomitante com a gravidez (Diabetes ou patologia hipertensiva) ou a necessidade de profilaxia antibiótica por rotura prematura de membranas ou colonização por *Streptococcus* do grupo B.

Considerando a diretiva da DGS (2023), garantiu-se a existência e permeabilidade de um acesso venoso periférico, ainda que sem soroterapia nos casos em que não se justificava. Contudo, a perfusão de soro dextrosado a 5% (cloreto de sódio ou polieletrólítico) enquanto intervenção autónoma nas situações de alterações do CTG ou jejum prolongado, e de Lactato de Ringer nas situações de hipotensão materna, analgesia epidural ou emergência obstétrica considera-se justificada.

Certificou-se, também, a avaliação hemodinâmica da parturiente num intervalo máximo de quatro horas e a realização de cervicometria em intervalos adequados à condição da parturiente (DGS, 2023).

A manutenção do registo de CTG de forma contínua foi assegurada (DGS, 2023) e, por duas vezes em que o registo de CTG através de transdutor externo se verificou de má qualidade por obesidade materna e placentação anterior, foi necessário recorrer à monitorização interna da frequência cardíaca fetal, sendo realizada através de um elétrodo de escalpe que permite a deteção exata de cada batimento cardíaco fetal (Rosa, 2018). Contudo, é um procedimento que exige alguma perícia pois, o elétrodo deve ser colocado no couro cabeludo do feto, o que implica que haja já alguma dilatação cervical e que a apresentação se situe num nível acessível, e deve ser fixado longe de suturas ou fontanelas. Além disso, requer que as membranas não estejam intactas pelo que existe sempre um risco acrescido de infeção, estando contraindicado em situações de risco de transmissão vertical (Graça & Santo, 2017; Simpson, 2009).

Ainda relativamente ao registo de CTG, foi possível observar registos de CTG de categoria I, II e III (classificação ACOG), respetivamente normal, suspeito ou patológico (classificação FIGO) (Silveira & Júnior, 2020) e intervir, corrigindo as causas reversíveis. Por duas vezes o registo de CTG não apresentou melhorias após intervenção e a parturiente apresentou concomitantemente hemorragia vaginal em quantidade moderada, pelo que se suspenderam as manobras de reanimação intrauterina e em coordenação com a equipa médica se optou pela cesariana

emergente, vindo posteriormente a confirmar-se um descolamento prematuro da placenta normalmente inserida pela verificação da presença de hematoma retroplacentar.

No que respeita à ingestão alimentar, providenciaram-se líquidos e sólidos de acordo com a evolução do TP de cada mulher (DGS, 2023), tendo em conta que esta pode e deve alimentar-se de dieta leve mesmo durante a fase ativa do TP, exceto após administração de opióides ou se o TP não for considerado como de baixo risco e existirem fatores sugestivos ou preditivos de necessidade de cesariana (National Institute for Health and Care Excellence, 2023).

A evidência sobre os cuidados durante o TP aponta no sentido da manutenção do processo de parto da forma mais fisiológica possível. Nesta ótica, os cuidados prestados ao longo do EC acautelaram a interferência no processo natural do parto.

Analogamente, no que respeita à gestão e alívio da dor, sempre que possível e que o casal assim o desejasse, priorizaram-se métodos não farmacológicos de alívio da dor, nomeadamente a hidroterapia, a movimentação livre incluindo a utilização da bola de Pilates e a musicoterapia, que além de reduzirem a dor, têm um efeito positivo na diminuição do tempo do TP (Cabral et al., 2023). Por outro lado, nos casos em que a vontade da parturiente foi a utilização da analgesia locorregional, realizou-se uma abordagem multidisciplinar para a realização da técnica, sendo o consentimento para a mesma obtido imediatamente antes. Os cuidados de Enfermagem à parturiente incidiram especificamente na preparação do material, posicionamento da parturiente, fixação e vigilância do cateter e administração das sucessivas repicagens segundo protocolo do serviço e prescrição médica. Após a realização da técnica, em todas as vezes foi realizada a vigilância dos parâmetros vitais da parturiente pelo risco de hipotensão arterial e informada a mulher relativamente à possibilidade de ocorrência de tremores ou prurido, decorrentes da administração de fármacos (Martins et al., 2002). Também se reforçou o incentivo à micção espontânea e, sempre que necessário, procedeu-se ao esvaziamento vesical através de sonda, pelo risco acrescido de retenção urinária (Martins et al., 2002), que constitui um obstáculo à descida da apresentação.

No que concerne à presença e envolvimento do acompanhante no TP, Martins (2012) salienta a importância para a tríade deste papel ser desempenhado pelo pai, com impacto na satisfação do casal, na redução da sensação de dor da mulher, na utilização de ocitócicos e na diminuição do tempo de TP. Assim, a intervenção junto do casal foi desenvolvida com o objetivo da participação ativa do pai, sempre que possível, envolvendo-o nas atividades, com o intuito da humanização do parto, como descrita pela OMS (Martins, 2012).

Na fase ativa do TP acresceu o registo no partograma, uma ferramenta simples que permite um olhar holístico sobre o TP: dilatação cervical, descida da apresentação, posição fetal,

variedade de posição, frequência cardíaca fetal e as contrações uterinas. Desta forma, possibilita a deteção precoce de desvios da normalidade, guiando a intervenção em momentos oportunos, funcionando como um indicador de qualidade e segurança dos cuidados durante o TP, sustentando o cuidado humanizado (Salazar et al., 2021).

Apesar de não recomendada a sua prática rotineira e isolada (OMS, 2015), a amniotomia foi realizada nos casos específicos de suspeita de falha na progressão do TP, tendo por base o partograma, tendo sido sempre explicado à parturiente o motivo do recurso ao procedimento e as suas implicações na dor e intensidade das contrações. Contudo, para a realização da amniotomia com segurança devem estar reunidas algumas condições fundamentais, como a existência de alguma dilatação cervical e presença da apresentação apoiada, para reduzir o risco de prolapso do cordão, bem como a garantia de que após a rotura, a apresentação permanece apoiada no colo e o registo de CTG se mantém tranquilizador (Fonseca, 2016) – motivo pelo qual a consecução da técnica se verificou difícil e necessitou de maior atenção por parte da mestranda. Além disso, são riscos inerentes ao procedimento a infeção, o deslocamento de placenta prévia oculta e a rotura de vasa prévia, pelo que a monitorização das características do líquido amniótico é fundamental (Fonseca, 2016).

Contudo, salienta-se a crescente e gradual destreza e à vontade da mestranda na vigilância do primeiro estágio do TP e na tomada de decisão e consecução das intervenções promotoras do bem-estar materno-fetal.

Considerando o objetivo n. 95, **“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às parturientes/família no segundo estágio do trabalho de parto”**, assistiram-se quarenta e um partos eutócicos, e colaborou-se com a equipa médica em cinco partos distócicos por ventosa.

Define-se como segundo estágio do TP o período entre a dilatação completa e o nascimento do bebé. Lowdermilk (2009) divide-o em três momentos: o primeiro quando a parturiente demonstra a necessidade de esforços expulsivos no pico da contração, mas entre contrações mantém a calma; o segundo quando a parturiente aumenta a sua concentração nos esforços expulsivos que se tornam mais intensos e há um aumento da agitação materna; e o terceiro momento, quando a apresentação se observa no introito e os esforços expulsivos são mais eficazes. Contudo, a literatura mais atual distingue duas fases, a latente e a ativa, sendo a primeira desde a dilatação cervical completa ao início dos esforços expulsivos e a segunda desde o início destes até ao nascimento (DGS, 2023).

Ao longo do EC, as parturientes foram incentivadas a adotar a posição mais confortável para a realização dos esforços expulsivos, tendo sido sugeridas algumas posições quando estas se

encontravam recetivas, nomeadamente uma posição mais verticalizada ou lateralizada, evitando os esforços expulsivos em posição supina, pelo risco de diminuição de perfusão sanguínea placentária (National Institute for Health and Care Excellence, 2023).

Quando a apresentação era visível no introito vaginal procedia-se à chamada da auxiliar de ação médica para apoiar na montagem da cama de parto e que se preparava a mesa de partos, dispondo o material pela ordem de utilização e mantendo a sua assepsia (Lowdermilk, 2009).

A posição adotada para o parto deve garantir a possibilidade de avaliação dos sinais iminentes de laceração perineal (DGS, 2023), sendo que à medida que a apresentação progredia no canal de parto e coroava se avaliavam, também, as condições do períneo. Nos partos eutócicos assistidos, foram realizadas dezoito episiotomias, obtiveram-se seis períneos íntegros e dezassete lacerações perineais. A episiotomia deve ser realizada por indicação, especificamente como forma de acelerar o período expulsivo do TP em situações de suspeita de hipoxia fetal, ou em situações de elevado risco de lesão do esfíncter anal – quando se verifica rigidez perineal, altura do períneo inferior ou igual a 3 cm, em partos vaginais distócicos ou quando ocorreu lesão do esfíncter anal em partos anteriores (Santo, 2022b, 2022a). À luz das recomendações da OMS (2014) os cuidados de maternidade respeitosos devem assegurar a dignidade, privacidade e confidencialidade e prevenir a ocorrência de quaisquer danos ou maus-tratos, sendo que no caso da necessidade de realização de episiotomia passa pela garantia da anestesia local efetiva e obtenção do consentimento da mulher para a realização da mesma. Nas dezoito episiotomias realizadas foi sempre solicitado o consentimento da parturiente e explicado o motivo da necessidade da sua realização, tendo sido sempre garantida a anestesia prévia.

Nos restantes partos eutócicos assistidos, foi utilizada a manobra de *Ritgen* modificada, ou seja, o suporte manual do polo cefálico controlando a sua velocidade de saída em concomitância com o suporte manual do períneo, imediatamente abaixo da fúrcula, aquando da contração e quando o diâmetro suboccipito-frontal do feto é visível (Greve, 2009; Oppenheimer & Black, 2014; Rocha & Zamberlan, 2018 cit por Ferreira, 2017). Progressivamente desenvolveram-se competências neste âmbito, aumentando a destreza na realização da técnica, com melhoria na eficácia da manobra, contribuindo para uma menor incidência de traumas perineais.

Após a expulsão da cabeça fetal, realizou-se sistematicamente a pesquisa de circulares cervicais, que ocorrem em 20% a 30% dos nascimentos, e exigem perícia e técnica para a sua gestão, quer o EEESMO opte pela clampagem precoce após o nascimento da cabeça quando não é possível deslizar o cordão sobre a mesma ou “vestir” o RN, ou opte pela realização da Manobra de *Somersault*, mantendo o cordão intacto e permitindo a reperfusão do RN (Mercer et al., 2005). Por inexperiência da mestranda e por não ser uma prática em voga no local do EC, a manobra de

*Somersault* nunca foi realizada ou observada, considerando-se um aspeto menos positivo que poderia contribuir para a humanização do parto, pelos benefícios que acarreta. Desta forma, em todas as circulares cervicais apertadas experienciadas, simples ou duplas, foi sempre realizada a clampagem precoce. Nas situações de circulares cervicais largas, foi desfeita a circular e mantido o cordão intacto. A clampagem do cordão após o nascimento foi realizada, sempre que possível, após o primeiro minuto de vida do RN ou quando o mesmo deixou de pulsar (DGS,2023) e maioritariamente pelo acompanhante ou pela parturiente. Nos casos de necessidade de colheita de sangue do cordão, nomeadamente para colheita de células estaminais, a clampagem foi antecipada. Nos casos de colheita para tipagem do RN a clampagem ocorreu após o primeiro minuto. Não houve necessidade ao longo do EC de colheita de sangue arterial, tendo-se, contudo, treinado a técnica após clampagem tardia.

De entre os quarenta e um partos eutócicos, dois apresentaram distócias mecânicas, resolvidas com recurso à manobra de *McRoberts* associada à manobra de Rubin I, sem prejuízo para a parturiente ou para o feto.

Importa mencionar que a aprendizagem gradual permitiu o desenvolvimento da autonomia enquanto aprendiz de EEESMO, facilitando o planeamento, execução e avaliação das intervenções, aumentando a confiança e a perceção de que durante o nascimento, o que as parturientes precisam é de suporte emocional e orientação. Assim sendo, o grande investimento fluiu no sentido do desenvolvimento de uma relação de empatia e confiança, culminando numa parceria de cuidados que foi ao encontro das necessidades específicas de cada mulher e família enquanto seres únicos e com potencial, como preconizado na Teoria Humanística (Paterson & Zderad, 2008).

Atendendo ao 6º objetivo **“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às parturientes/família no terceiro estágio do trabalho de parto”**, consideram-se cumpridas as atividades programadas.

O terceiro estágio do TP compreende desde o nascimento do bebé até à expulsão da placenta e a sua gestão ativa tem como objetivo o descolamento rápido e a saída da placenta e membranas fetais de forma eficaz e segura, contribuindo para uma menor incidência da hemorragia pós-parto (Lowdermilk, 2009; Prada & Rafael, 2016).

Após a identificação dos sinais de descolamento da placenta, procedeu-se à gestão ativa da dequitação, pela tração controlada do cordão umbilical conjugada com a uma moderada pressão supra-púbica na direção do fundo uterino. Quando a placenta era visível no introito, realizava-se um movimento rotativo para prevenção da fragmentação e retenção de membranas

amnióticas (Machado & Graça, 2017; Monteiro et al., 2020) e identificava-se o mecanismo de descolamento considerando a face placentária que se apresentava primeiro.

Após a dequitação, garantia-se a formação do globo de segurança de Pinard traduzida na contração uterina vigorosa que auxilia na prevenção da hemorragia pós-parto (Monteiro et al., 2020) e procedia-se à administração de uterotónicos (Machado & Graça, 2017) de acordo com o protocolo de serviço. Além disso, assegurou-se a monitorização das perdas hemáticas.

A observação sistemática e detalhada da placenta, membranas e cordão foi uma prática recorrente, dada a sua importância na identificação de possíveis desvios da normalidade e possibilidade de antecipação de complicações (Monteiro et al., 2020; Prada & Rafael, 2016). No EC foi necessário, por duas vezes, solicitar apoio médico por hemorragia aumentada no contexto de membranas fragmentadas.

Como forma de justificar as intervenções do EEESMO nos cuidados imediatos ao RN, definidas pela OE no Regulamento n.º 391/2019 (2019), no sentido de promover a sua adaptação à vida extrauterina, determinou-se o objetivo n.º 97 **“Desenvolver competências técnicas e científicas na prestação de cuidados especializados imediatos ao recém-nascido no bloco de partos”**. Segundo Freitas & Baptista (2016), são os cuidados imediatos responsáveis pela adaptação do RN ao meio extrauterino e pela prevenção de complicações.

Considerando a importância destes cuidados, é fundamental que a unidade do RN esteja funcional, com o material necessário a qualquer eventualidade e com todos os equipamentos montados e testados, procedimento realizado sistematicamente no início de cada turno.

Aquando do nascimento, foi registada a hora e, sempre que possível, colocado o RN imediatamente em contacto pele-a-pele com a mãe e identificado com pulseira. A ligação mãe/pai e filho é um foco da atenção da enfermagem e é tanto mais eficaz quando mais precocemente se iniciar. Deste modo, priorizou-se o contacto pele-a-pele em detrimento de qualquer procedimento não urgente, durante a primeira hora de vida como forma de prevenção da hipotermia e promoção do aleitamento materno, tal como preconizado pela OMS (2018).

Enquanto hospital que promove o alojamento conjunto, todos os cuidados necessários com o RN são realizados no quarto, junto dos pais, incluindo a reanimação neonatal que ao longo do EC só foi observada uma vez, mas nunca executada.

A utilização do Índice de Apgar como forma de avaliação das condições de vitalidade do RN ao primeiro, quinto e décimo minutos de vida permite inferir a necessidade de cuidados imediatos ou de reanimação (Freitas & Baptista, 2016), tendo sido utilizada em todos os RN recebidos.

Foi efetuada a avaliação do peso do RN à nascença e administrada a vitamina K e a vacina contra a hepatite B, quando aplicável. A avaliação céfalo-caudal do RN incluindo a identificação de malformações major foi sempre realizada, não se sobrepondo à necessidade de cuidados imediatos.

Para Freitas & Baptista (2016), o EEESMO deve procurar promover o envolvimento emocional da tríade, protelando, sempre que a condição clínica do RN o permita, os cuidados, concedendo tempo de qualidade à nova família. Também a promoção do envolvimento dos pais nos cuidados tem impacto na vinculação e a relação futura, tendo-se tentado sempre incluir e apoiar o acompanhante nos cuidados básicos ao RN.

Relativamente ao objetivo n. 98 **“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às parturientes/recém-nascido/família no quarto estágio do trabalho de parto”**, define-se quarto estágio ou período de puerpério imediato como as primeiras duas horas pós-parto, onde deve ser assegurada a avaliação da condição geral da puérpera incluindo a avaliação do períneo e canal de parto (Lowdermilk, 2009; Prada & Rafael, 2016).

A reconstrução perineal (perineorrafia ou episiorrafia) foi simultaneamente um desafio e um ponto forte do EC. Inicialmente, pela inexperiência, a identificação dos tecidos envolvidos parecia impraticável e, conseqüentemente, a sutura destes era difícil. A técnica de sutura e o conhecimento dos diferentes tipos de pontos, adquiridos previamente em contexto de sala de aula, constituiu uma mais-valia e um elemento facilitador do processo de aprendizagem. Com a observação atenta da enfermeira cooperante e de outros profissionais no início do EC, foi-se tornando cada vez mais evidente e fácil a identificação dos tecidos, sendo que por volta da 10ª semana as episiorrafias/perineorrafias eram já realizadas pela mestranda de forma autónoma.

O conforto é parte integrante dos cuidados imediatos à puérpera, sendo que, finda a assistência clínica ao parto, se assegurou a limpeza do períneo e a colocação de um penso higiénico limpo (Perry et al., 2023).

Prestados os cuidados de conforto, se a amamentação fosse um desejo do casal e se o RN estivesse clinicamente bem, este era adaptado à mama o quanto antes (preferencialmente na primeira hora de vida), cumprindo as recomendações da OMS (2018). São sabidas as vantagens do aleitamento materno precoce nomeadamente na vinculação e na estimulação ocitócica promotora da contração e conseqüente involução uterina (Lowdermilk, 2009).

De acordo com o protocolo de serviço instituído, ao fim de duas horas de puerpério, deve proceder-se à avaliação obstétrica e hemodinâmica da puérpera, prestação de cuidados de higiene e conforto e remoção do cateter epidural, com vista à transferência da tríade para o

serviço de internamento. No decurso do EC prestaram-se cuidados a cinquenta e três mulheres em puerpério imediato. Este foi um momento oportuno, na maioria das vezes, para explorar junto da puérpera a sua perceção do TP, no sentido da melhoria na prestação de cuidados, com vista à promoção de experiências de parto positivas e significativas. Desta forma, a dedicação à mulher e às suas expectativas vai ao encontro da humanização do parto.

Face ao objetivo n. 9º **“Desenvolver competências relativas à gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais”**, consideram-se cumpridas as atividades planeadas, dado que no planeamento dos cuidados se teve em conta as intervenções, os recursos humanos e materiais e o tempo disponível, tendo sido necessária e fundamental a articulação com todos os elementos da equipa, especialmente nos turnos mais exigentes fisicamente. Quanto à gestão dos recursos materiais, salvaguardou-se a sua utilização consciente e eficiente, nunca descurando a qualidade dos cuidados (Regulamento n. 140/2019, 2019).

Atendendo ao 10º objetivo **“Desenvolver competências técnicas, cognitivas e comunicacionais no âmbito da formação”**, a colaboração em formações existentes no serviço não foi concretizada pela inexistência das mesmas no período do EC. Contudo, atendendo à identificação das necessidades de formação pessoal e, também, para a realização da *Scoping Review* proposta, foi desenvolvida uma pesquisa exaustiva com vista à prática baseada em evidência científica e investindo na qualidade da prática clínica (Regulamento n. 140/2019, 2019). A *Scoping Review* realizada no âmbito do EC foi partilhada publicamente em forma de póster (Apêndice XI), num Encontro de EEESMO, dinamizado pela Unidade Local de Saúde Almada-Seixal.

Apesar de transversal a todo o EC, optou-se pela inclusão do objetivo n. 11º **“Desenvolver competências científicas na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”** no presente subcapítulo, pela componente do Trabalho de Campo realizada em contexto de BP, ressalvando que a definição da problemática e a realização da pesquisa bibliográfica foi efetuada no início do ano letivo. Pretendeu-se com o objetivo em causa desenvolver o tema em estudo, com o intuito da melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n. 140/2019, 2019).

## CONCLUSÃO

Com a elaboração do presente relatório, consideram-se alcançados os objetivos propostos inicialmente. O percurso desenvolvido revelou-se muito gratificante, frutífero e rico em experiências que contribuíram para o progresso e crescimento profissional e pessoal. A reflexão crítica relativa às atividades concretizadas nos diferentes contextos de EC fundamentou o aperfeiçoamento e consolidação das competências em ESMO, enquadradas nos pressupostos do 2º Ciclo de Estudos.

O recurso a ambas as estratégias metodológicas, nomeadamente, *Scoping Review* e estudo qualitativo, permitiu a melhor compreensão da perceção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de enfermagem no trabalho de parto, tema de extrema importância pela crescente medicalização do parto.

Apesar das participantes se mostrarem satisfeitas com os cuidados de enfermagem prestados durante o trabalho de parto, a evidência científica aponta, ainda, no sentido da necessidade de melhoria e de investimento dos EEESMO na assistência à parturiente, reconhecendo a mulher, enquanto ser único e capaz, como protagonista do processo de parto, promovendo a participação ativa da mesma, com segurança e tendo por base a relação enfermeiro-cliente, com vista a uma experiência positiva de parto.

Não obstante, a literatura destaca as diferenças entre o modelo assistencial por EEESMO ou por médico obstetra, onde a abordagem holística do cuidado prestado por EEESMO caracterizada por ser menos intervencionista e com maiores níveis de satisfação, se evidencia. Na prática, esta diferença foi também mencionada.

Ainda que, através do trabalho de campo desenvolvido, se compreendam as perceções das mulheres relativamente à humanização dos cuidados de enfermagem no trabalho de parto, trata-se de um estudo primário que carece de continuação, também pela pouca disponibilidade de investigação realizada em Portugal sobre a temática. Além disso, poderá ser interessante perceber a perceção do EEESMO sobre o tema, podendo contribuir para a identificação de dificuldades. Não obstante, o EEESMO, enquanto profissional com lugar cativo durante o trabalho de parto, deve investir na formação em áreas como a humanização, já que a formação se constitui como um agente promotor de reflexão e uniformizados de boas práticas, para que a experiência das mulheres seja o mais positiva possível.

Como limitações, identifica-se a inexperiência da mestranda na concretização do trabalho de campo, especificamente na condução das entrevistas, dificultando, posteriormente o processo de análise de conteúdo, mas que foi ultrapassado, tendo no final, sido obtidos resultados importantes. Além disso, salienta-se a limitação temporal para a realização de um estudo qualitativo que exige muito mais tempo do que o disponível e que foi sujeito a limitações extra relacionadas com o parecer da Comissão de Ética e com o estado social da obstetrícia. Este último, pelo encerramento das maternidades, o timing disponível para a realização de entrevistas exigiu uma gestão exaustiva de horários, considerando-se uma dificuldade enfrentada.

Conclui-se, assim, o presente relatório, realçando a vontade de fazer parte desta classe de profissionais capazes de mudar o mundo.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, M., & Santo, S. (2020). Diagnóstico Pré-natal. In J. Neves (Ed.), *Obstetrícia Fundamental* (1st ed., pp. 97–101). LIDEL.
- Afonso, M., Santo, S., & Barros, J. (2020). Avaliação imagiológica e complementaridade pré-natal de bem-estar fetal. In J. Neves (Ed.), *Obstetrícia Fundamental* (1st ed., pp. 81–95). LIDEL.
- Alvares, A. S., Corrêa, Á. C. P., Nakagawa, J. T. T., Teixeira, R. C., Nicolini, A. B., & Medeiros, R. M. K. (2018). Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2620–2627. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>.
- Aragão, T. E. B., & Santos, A. N. S. (2023). Perception of black puerperal women about the care received in childbirth. *Revista Baiana de Enfermagem*, 37. <https://doi.org/10.18471/RBE.V37.46421>.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>.
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna obstétrica*.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Quarteto.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto Editora.
- Buffon, T. M., & Martins, C. A. L. (2023). A humanização do parto: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 11095–11109. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-216>.
- Cabral, B. T. V., Rocha, M. C. S., Almeida, V. R. M., Petrônio, C. C. A. D., Azevedo, I. C., Martins, Q. C. S., & Cunha, Y. A. (2023). Medidas não farmacológicas para alívio da dor do parto: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 23. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000439>.
- Cal, M. (2020). Semiologia em Obstetrícia. In J. Neves (Ed.), *Obstetrícia Fundamental* (1st ed., pp. 19–20). LIDEL.
- Campos, D. A., Furtado, J. M., Areia, A., Cirurgião, F., Fernandes, F., Guerreiro, F., Oliveira, D., Assunção, D., Carvalho, C., Soares, H., Mimoso, G., Almeida, M. C., Aguiar, A., Dantas, S., Águas, F., Saraiva, J., Cohen, Á., & Silva, D. P. (2023). *Rede de Referência Hospitalar Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia*.

- Carvalho, A. T. O., Sales, R. S., Nunes, A. B. M., & Azevedo, T. L. S. (2022). *Assistência da Enfermagem no Parto Humanizado: uma revisão integrativa da literatura*. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/26055>.
- Carvalho, C. R., & Neves, J. (2020). Semiologia em Obstetrícia. In J. Neves (Ed.), *Obstetrícia Fundamental* (1st ed., pp. 1–40). LIDEL.
- Cashion, K. (2009). Fisiologia Materna no Período Pós-Parto. In D. Lowdermilk & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7ª, pp. 457–466). Lusodidacta.
- Centeno, M. (2017). Puerpério e lactação. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5th ed., pp. 280–287). LIDEL.
- Chaves, R. L. (2014). O nascimento como experiência radical de mudança. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(SUPPL1), 14–16. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE03S114>.
- Cheio, E. (2016). Procriação Medicamente Assistida. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 40–48). LIDEL.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 24–38). Springer Publishing Company, LLC.
- Coelho, M. T. V. (2015). *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros* [Tese de Doutoramento]. Universidade do Porto.
- Coelho, N. R., & Vergara, L. M. (2015). Teoria de Paterson e Zderad: Aplicabilidade humanística no parto normal. *Cogitare Enfermagem*, 20(4), 829–836. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.40323>.
- Corbani, N. M. S., Brêtas, A. C. P., & Matheus, M. C. C. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 349–354. <https://www.scielo.br/j/reben/a/Z5yjFq7KW3HW7C34DRstwHp/?format=pdf&lang=pt>
- Côrtes, C. T., Oliveira, S. M. J. V., Santos, R. C. S., Francisco, A. A., Riesco, M. L. G., & Shimoda, G. T. (2018). Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>.
- Decreto-Lei n.º 28/2008, Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22 1182 (2008). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>.
- Despacho n.º 13056/2023, Diário da República n.º 244/2023, Série II 272 (2023). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13056-2023-808130290>.
- Direção Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2024). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*.

- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). <http://www.dgs.pt>.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetria-partos*. [https://www.ers.pt/media/micix0ed/im\\_obstetr%C3%ADcia\\_02-2023.pdf](https://www.ers.pt/media/micix0ed/im_obstetr%C3%ADcia_02-2023.pdf)
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde*. [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1298/Estudo\\_sobre\\_o\\_Desempenho\\_das\\_ULS\\_-\\_final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ULS_-_final.pdf).
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308–320). Lidel.
- Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438–442). LIDEL.
- Ferreira, H. C. T. (2017). *Minimizar o Trauma Perineal da Mulher em Trabalho de Parto Contributos do Enfermeiro Obstetra* [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20991/1/relat%C3%B3rio%20helena%20vers%C3%A3o%2018-08-2017.pdf>
- Ferreira, M., Nelas, P., & Duarte, J. (2011). Motivação para o aleitamento materno: variáveis intervenientes. *Millenium*, 40, 23–38. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1213/1/Motiva%C3%A7%C3%A3o%20para%20o%20Aleitamento%20Materno.pdf>.
- Fonseca, S. (2016). Métodos de Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed., pp. 356–367). LIDEL.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Lusodidacta, Ed.).
- Franco, J. (2016). Fisiologia da Gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 56–57). LIDEL.
- Freitas, C. M. S. (2017). *A Humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de Enfermagem*. Instituto de Ciências da Saúde.
- Freitas, M. J. S., & Baptista, M. C. D. (2016). Adaptação à Vida Extrauterina: Cuidados Imediatos ao Recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed., pp. 486–491). LIDEL.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2023, June 19). *PORDATA*. Partos: Total e Em Estabelecimentos de Saúde. <https://www.pordata.pt/portugal/partos+total+e+em+estabelecimentos+de+saude-152>.

- Giantaglia, F. N., Garcia, E. S. G. F., Rocha, L. C. T., Godinho, M. L. S. C., Leite, E. P. R. C., & Calheiro, C. A. P. (2017). O cuidado de enfermeiras de um programa de residência obstétrica sob o olhar da humanização. *Revista Enfermagem UFPE on Line*, 11(5), 1882–1891. <https://doi.org/10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201718>.
- Gomes, N. R. F. C., Gouveia, P. T. M., Mendonça, O. A. B., Barros, R. L. M., Barros, B. T. D., Oliveira, V. M. L. P., Silva, M. M., Santos, A. R. F., Santos, F. S., Oliveira, T. P. M., Silva, R. S., Reis, M. M. L., Campos, J. E. R., Couto, A. M. F. A., & Lima, T. F. S. (2021). Assistência de enfermagem no parto humanizado. *Research, Society and Development*, 10(17). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24101>.
- Graça, L. M. (2017). Ajustamentos fisiológicos do organismo materno à gravidez. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5th ed., pp. 50–60). LIDEL.
- Graça, L. M., & Santo, S. (2017). Monitorização fetal intraparto. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5th ed., pp. 241–259). LIDEL.
- Graças, E. M. (2000). *Pesquisa qualitativa e a perspetiva fenomenológica: Fundamentos que norteiam sua trajetória* (Vol. 4, Issue 2).
- Kappaun, A., & Costa, M. M. M. (2020). A Institucionalização do parto e as suas contribuições na violência obstétrica. *Revista Paradigma*, 29(1), 71–86.
- Lei n.º 110/2019, Pub. L. No. 172, Diário da República, 1ª série 94 (2019). <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17200/0009400101.pdf>.
- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 443–454). LIDEL.
- Lowdermilk, D. (2009). Cuidados de Enfermagem durante o Parto. In D. Lowdermilk & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7ª, pp. 277–331). Lusodidacta.
- Lutz, K., & May, K. A. (2007). The Impact of High-Risk Pregnancy on the Transition to Parenthood. *International Journal of Childbirth Education*, 22(3), 20–22.
- Machado, M. H., & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5th ed., pp. 220–228). LIDEL.
- Madula, P., Kalembo, F. W., Yu, H., & Kaminga, A. C. (2018). Healthcare provider-patient communication: A qualitative study of women’s perceptions during childbirth. *Reproductive Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0580-x>.
- Magalhães, P. B., Ramalho, W. S., Guimarães, J. V., Michelin, M. A., Murta, E. F. C., & Salge, A. K. M. (2011). *Alterações placentárias macroscópicas associadas à ocorrência de restrição de crescimento intra-uterino*.

- Martins, E., Marques, M. J., & Tomé, J. (2002). Analgesia epidural obstétrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 18(3), 163–168. <https://doi.org/https://doi.org/10.32385/rpmgf.v18i3>.
- Martins, M. L. (2012). *A participação ativa do pai como estratégia para a humanização do parto* [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15725/1/RELAT%c3%93RIO.pdf>
- Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D., Negreiros, F. S., Marques, J. D. S., Moura, M. Á. P., Gouveia, M. T. O., & Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), 350–357. <https://doi.org/10.1590/1982>.
- McKee-Garrett, T. M. (2023, April 12). *Assessment of the newborn infant*. UpToDate. <https://medilib.ir/uptodate/show/4984>.
- Mercer, J. S., Skovgaard, R. L., Peareara-Eaves, J., & Bowman, T. A. (2005). Nuchal cord management and nurse-midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(5), 373–379. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.04.023>.
- Mercer, R. T. (2010). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 94–104). Springer Publishing Company, LLC.
- Ministério da Saúde. (2011). *Além da sobrevivência : práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças* (1ª). Organização Pan-Americana da Saúde.
- Monteiro, D. C., Dória, M., Gonçalves, I. S., & Silva, P. T. (2020). Trabalho de parto. In J. Neves (Ed.), *Obstetrícia Fundamental* (1st ed., pp. 208–218). LIDEL.
- Moura, J. W. S., Leite, J. C. S., Oliveira, V. R., & Silva, J. P. X. (2020). Humanização do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um centro de parto normal. *Enfermagem Em Foco*, 11(3), 202–208. <https://orcid.org/0000-0002-5459-3310>.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023, September 29). *Intrapartum Care*. NICE Guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations>
- Nicida, L. R. A., Teixeira, L. A. S., Rodrigues, A. P., & Bonan, C. (2020). Medicalization of childbirth: The meanings attributed by the literature on childbirth care in Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(11), 4531–4546. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>.
- Nogueira, C. L. S. (2010). *O outro olhar (sobre os enfermeiros): Percepções dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem* [Tese de Mestrado]. Universidade do Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. (n.d.-a). *Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS*. [www.asahq.org](http://www.asahq.org).

- Ordem dos Enfermeiros. (n.d.-b). *Realizar precocemente o contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.* <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2009.00182.x/pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. *Cadernos OE*, 1(1).
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Parecer nº 51/2014: Parto na Água.* [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO\\_Parecer\\_51\\_2014\\_Parto\\_Agua\\_site\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_51_2014_Parto_Agua_site_proteg.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros, & International Council of Nurses. (2010). *Pelo Direito ao Parto Normal - Uma visão partilhada.*
- Órfão, A., & Gouveia, C. (2009). Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 347–354.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.* [http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final\\_RMC\\_Charter.pdf](http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf).
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto.* [www.mcsprogram.org](http://www.mcsprogram.org).
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience.*
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva.*
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (2008). *Humanistic Nursing*. Project Gutenberg.
- Pedroso, C. N. L. S., & López, L. C. (2017). À margem da humanização?: Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. *Physis*, 27(4), 1163–1184. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400016>.
- Pereira, A. G. F. (2020). *O humor no cuidado de enfermagem à criança e adolescente: intervenção do enfermeiro especialista* [Instituto de Ciências da Saúde]. <http://hdl.handle.net/10400.14/33022>.
- Perry, S. (2009). Recém-nascido. In D. Lowdermilk & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7ª, pp. 335–377). Lusodidacta.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Cashion, K., Alden, K. R., Olshansky, E., & Lowdermilk, D. L. (2023). *Maternal Child Nursing Care* (7ª). Elsevier.
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (pp. 406–449). <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

- Pinto, L. (2017). Isoimunização Rh. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5ª, pp. 411–418). LIDEL.
- Porto, A. M. F., Amorim, M. M. R., & Souza, A. S. R. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *FEMINA*, 38(10), 527–537.
- Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2017). Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Escola Anna Nery*, 21(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>.
- Pousa, O. (2020). Vacinação. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 290–294). LIDEL.
- Prada, F., & Rafael, M. (2016). Desvios ao Trabalho de Parto Normal. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed., pp. 368–375). LIDEL.
- Ramalho, A. (2010). A Experiência de Sentir-se Respeitada Durante o Trabalho de Parto no Hospital. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 9–23. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23959/1/2010\\_14\\_1\\_9-23%283%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23959/1/2010_14_1_9-23%283%29.pdf).
- Ramos, E. M., Silva, L. F., Cursino, E. G., Machado, M. E. D., & Ferreira, D. S. P. (2014). O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. *Revista de Enfermagem UERJ*, 22(2), 245–250.
- Regulamento n.º 140/2019, Pub. L. No. 26, 4744 (2019). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Regulamento n.º 391/2019, Pub. L. No. 85, 13560 (2019). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019\\_regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf).
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>.
- Rodrigues, A. R. M., Rodrigues, D. P., da Silveira, M. A. M., Paiva, A. M. G., Fialho, A. V. de M., & Queiroz, A. B. A. (2020). Hospital admission in high-risk pregnancies: The social representations of pregnant women. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(3), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20040>.
- Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Silva, A. M., Penna, L. H. G., Vieira, B. D. G., Silva, S. É. D., Reis, L. C., & Branco, M. B. L. R. (2022). Percepção de mulheres na assistência ao parto e nascimento: obstáculos para a humanização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>.

- Rosa, R. L. L. (2018). *Cardiotocografia vs STAN: as diferenças nos partos no Centro Hospitalar Cova da Beira entre 2015 e 2016* [Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8900/1/6078\\_12740.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8900/1/6078_12740.pdf).
- Salazar, É. R. S., Leal, R. C., Rodrigues, J. P., Vilanova, R. F., & Silva, I. S. (2021). O uso do partograma na assistência ao trabalho de parto em uma maternidade pública. *Enfermagem Brasil*, 19(3), 230–237. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.2848>
- Sampaio, Á. A., Silva, Â. R. de V., & Moura, E. R. F. (2008). Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿Norma, deseo o realidad? *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 185–191.
- Santo, S. (2022a). Episiotomia – que lugar na prática obstétrica. *Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa*, 16(1), 8.
- Santo, S. (2022b). Episiotomia, Norma de Orientação SPOMMF\*. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 16(1), 70–74.
- Santos, M. J. F., & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455–472). LIDEL.
- Santos, M. J., Sequeira, A., Marcolino, R., Pousa, O., & Moura, V. (2020). Avaliação cefalocaudal do recém-nascido. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 222–243). LIDEL.
- Sequeira, A., Henriques, C. M., Costa, F., Mendes, G., Pousa, O., & Cunha, A. L. (2020). Teste de Guthrie. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 284–289). LIDEL.
- Sequeira, A., Seabra, A., Pousa, O., & Correia, T. I. (2020). Rastreio cardíaco ao recém-nascido. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 279–283). LIDEL.
- Sequeira, A., Seabra, A., Sousa, C., Mendes, G., Pousa, O., Correia, T. I., & Lopes, S. (2020). Limpeza do coto umbilical do recém-nascido. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª, pp. 274–278). LIDEL.
- Silva, I. A. (1988). Reações emocionais da mulher no puerpério. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 22(2), 237–246. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0080-6234198802200200237>.
- Silva, L. A. T., Fonseca, V. M., Oliveira, M. I. C., Silva, K. S., Ramos, E. G., & Gama, S. G. N. (2020). Profissional que assistiu o parto e amamentação na primeira hora de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0448>.

- Silva, M. A. (2023). Os cuidados de saúde primários em Portugal: uma história de mais de 50 anos – a perspetiva de um futuro médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 39(4), 355–359. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i4.13732>.
- Silva, M. V. (2019). *Aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto* [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Silveira, I. P., & Fernandes, A. F. C. (2007). Conceitos da Teoria Humanística no cuidar obstétrico. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 8(1), 78–84. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027956010.pdf>.
- Silveira, S. K., & Júnior, A. T. (2020). Monitorização fetal intraparto. *FEMINA*, 48(1), 59–64. [www.febrasgo.org.br/protocolos](http://www.febrasgo.org.br/protocolos).
- Simpson, K. R. (2009). Avaliação do Feto. In D. Lowdermilk & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7ª, pp. 258–275). Lusodidacta.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). *Icterícia neonatal: Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo*. [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia\\_neonatal.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf).
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2022). *Prevenção do Tromboembolismo Venoso na Gravidez, Parto e Pós-Parto: Norma de Orientação Clínica*. <https://orcid.org/0000-0002-0831-2741>.
- Souza, P. A. (2012). *Humanização da assistência na enfermagem: uma revisão integrativa* [Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais]. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-9DVFC6>.
- Vendruscolo, C. T., & Krueel, C. S. (2015). A História do Parto: do domicílio ao hospital, das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia*, 16(1), 95–107. <https://doi.org/10.03.2016>.
- Versiani, C. C., Barbieri, M., Gabrielloni, M. C., & Fustinoni, S. M. (2015). The meaning of humanized childbirth for pregnant women. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 1927–1935. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1927-1935>.
- Vilela, F., Pinto, I., & Pacheco, A. (2020). Puerpério: alterações fisiológicas e complicações. In J. Neves (Ed.), *Obstetrícia Fundamental* (pp. 283–289). LIDEL.
- Wilson, D. (2006). Promoção da Saúde do Recém-nascido e da Família. In M. J. Hockenberry & W. Winkelstein (Eds.), *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª, pp. 175–221). Elsevier.
- Zangão, M. O. B. (2014). *Desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16711>.

## APÊNDICES

**APÊNDICE I – Projeto Individual de Estágio**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**  
**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**PROJETO DE ESTÁGIO**

**Mestranda:**

Catarina dos Santos Souto

Santarém, setembro, 2023

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**  
**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**  
**2º ANO – ANO LETIVO 2023/2024**  
**ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**PROJETO DE ESTÁGIO**

**Mestranda:**

Catarina dos Santos Souto

**Professora Orientadora:**

Açucena de Jesus Galhanas Guerra

Santarém, setembro 2023

## **Siglas e Acrónimos**

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

TP – Trabalho de Parto

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi desenvolvido o presente Projeto de Estágio, que consiste numa estratégia metodológica com vista à organização e sistematização das atividades a desenvolver em Ensino Clínico.

Sendo que a Unidade Curricular contempla os Ensinos Clínicos de i) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em Ginecologia; ii) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Gravidez Patológica; iii) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério; iv) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade; e v) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos; o presente documento encontra-se dividido por capítulos, correspondendo cada um deles a um Ensino Clínico.

Para todos os contextos de estágio, foi definido como objetivo geral comum: - Desenvolver competências no âmbito da prestação de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Posteriormente, definiram-se objetivos individuais específicos para cada um dos contextos clínicos, alicerçados nas competências indexadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) (Regulamento nº 391/2019), emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE). As atividades evidenciadas no Projeto de Estágio visam a consecução destes objetivos e, concomitantemente, são apresentados os recursos materiais e humanos necessários à operacionalização das atividades, assim como a sua calendarização.

A prestação de cuidados em Enfermagem rege-se por um conjunto de direitos e deveres que visam a excelência de cuidados, subentendendo o direito do cliente aos cuidados de qualidade. Considerando o disposto no Código Deontológico procedente da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015), a arte da Enfermagem deve honrar valores e princípios éticos que englobam a liberdade e dignidade da pessoa, garantindo a igualdade, o direito de escolha, a verdade, justiça, o altruísmo e solidariedade, o respeito pelos direitos humanos e a competência e o aperfeiçoamento profissional. Especificamente na área da Saúde Materna e Obstétrica, o Enfermeiro Especialista deve dignificar os valores humanos, abolindo-se de qualquer tipo de discriminação ou juízo de valor, com deferência pelas opções políticas, culturais, morais e religiosas da mulher e família que cuida. Além disso, este deve olhar a mulher de forma holística,

respeitando a suas dimensões biopsicossocial, cultural e espiritual, atribuindo igual valor à vida de cada uma, evitando qualquer tipo de tratamento desumano. O atendimento à mulher e família deve ser realizado em tempo útil, assegurando o encaminhamento adequado sempre que haja necessidade e a continuidade dos cuidados, incluindo o registo rigoroso das necessidades identificadas e intervenções implementadas, deve ser certificada. Tendo em conta os deveres decretados pelo Código Deontológico (2015), o EEESMO deve, por um lado, zelar pela partilha de informação relativa aos cuidados de Enfermagem, garantindo sempre o consentimento informado; por outro, está obrigado a proteger a intimidade e privacidade da mulher, partilhando apenas a informação pertinente com os membros implicados no plano de cuidados, incluindo o anonimato inerente à investigação. Por fim, o EEESMO deve ser agente da humanização dos cuidados, garantindo uma resposta efetiva às necessidades da mulher em situação de vulnerabilidade.

A realização do percurso em Ensino clínico visa a capacitação para a prestação de cuidados especializados, sustentados em evidência científica, à mulher no ciclo sexual e reprodutivo em situação de saúde-doença. Além disso, procura o desenvolvimento da capacidade de compreensão, conceção, autorreflexão e crítica suportada por valores éticos e deontológicos, bem como o aprofundamento das competências de gestão de recursos humanos, materiais e cuidados, garantindo a qualidade dos mesmos. Esta jornada pressupõe, ainda, o aprofundamento de competências mais avançadas, mencionadas nos Descritores de Dublin (Joint Quality Initiative, 2004), que englobam a aquisição de conhecimentos científicos aliados à capacidade de compreensão e de aplicação dos mesmos, a realização de juízos profissionais e tomada de decisão, a capacidade de comunicação e a auto-aprendizagem.

Ainda, a mestria no desenvolvimento de investigação, questionando a prática e contribuindo para os avanços em saúde são propósitos do 2º ciclo de estudos. A investigação em Enfermagem permite expandir horizontes no conhecimento específico, contribuindo para o desenvolvimento da profissão como ciência, credibilizando-a. Neste sentido, desenvolver-se-á uma *scoping review*, bem como um trabalho de campo ao longo do Ensino Clínico, com o tema “*A percepção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem no trabalho de parto*”. O conhecimento da opinião das mulheres relativamente aos cuidados de Enfermagem durante o trabalho de parto (TP), permitir-nos-á, indubitavelmente, refletir sobre as intervenções em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica, no sentido da melhoria da prática. Assim sendo, identificam-se como conceitos a desenvolver: Trabalho de parto; Cuidados de Enfermagem; Humanização.

TP é o conjunto de fenómenos fisiológicos, espontâneos ou induzidos, que, através do apagamento e dilatação cervical e à progressão do feto no canal de parto, culminam na expulsão deste e anexos para o exterior. Admitem-se quatro estádios no TP: Primeiro estádio que corresponde ao apagamento e dilatação do colo uterino; o segundo estádio que engloba o período expulsivo até ao nascimento; o terceiro estádio inicia-se imediatamente após o parto e culmina com a dequitação; e o quarto estádio que diz respeito às duas horas após o parto (Fatia & Tinoco, 2016).

No que respeita à assistência ao parto, a Orientação nº 002/2023 emitida pela Direção Geral da Saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2023), regulamenta a responsabilidade do EEESMO na vigilância e assistência ao TP de baixo risco, sendo o principal agente no cuidado à parturiente e ao feto durante o período expulsivo e nos cuidados à mulher após o parto.

Para Souza (2012), citando Amestoy, Schwartz e Thofehr (2006) a humanização está intimamente relacionada com o ato de cuidar, ou seja, com a prática da Enfermagem. Assim, o cuidar em Enfermagem e a humanização são indissociáveis, sendo o cuidado humanizado o instrumento de trabalho da Enfermagem. Conforme Corbani et al. (2009), humanizar intenta o bem-estar, considerando a pessoa como fim e nunca como meio, como ser único dotado de dignidade. O cuidado humanizado está, portanto, apoiado numa relação dialógica inter-humana. Posto isto e considerando o disposto no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento nº 391/2019), este deve garantir o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, assegurando um ambiente seguro que potencie o bem-estar da parturiente e do recém-nascido, desenvolvendo a sua ação no sentido do encontro dialógico e em parceria com a mulher e família, assegurando a satisfação das suas necessidades e adequando/gerindo as suas expectativas, visando uma experiência de parto significativa.

De acordo com Benner (2001), a aquisição de competências e o seu desenvolvimento relaciona-se diretamente com a prática. Contudo, a teoria constitui-se como um instrumento essencial à prática, sustentando-a em evidência científica. Deste modo, alicerça-se a prestação de cuidados e a reflexão e investigação desenvolvidas na Teoria Humanística de Enfermagem, descrita por Josephine Paterson e Loretta Zderad. Para Ribeiro et al. (2018) *“quando um enfermeiro adota uma teoria de enfermagem, adota-a quase sempre em relação a todos os conceitos: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente”*.

Nesta ótica e considerando a Teoria Humanística de Enfermagem (Paterson & Zderad, 2008), a Pessoa enquanto ser holístico, biopsicossocial que beneficia dos cuidados de enfermagem, à luz da Teoria Humanística de Enfermagem, é olhada na sua singularidade, onde a sua experiência de vida tem influência na consciência humana dela própria e do outro. Além

disso, é considerada sua moralidade e capacidade de escolha, bem como os seus valores e a sua autenticidade. No que respeita ao conceito de Ambiente, os autores não lhe atribuem definição. Contudo, consideram que a pessoa é afetada pelo ambiente, pelo contexto onde se insere e pela família e comunidade onde cresceu. Através do ambiente e da influência da visão inicial do lar e da comunidade, bem como das experiências vividas, a pessoa atribui significados aos fenómenos, podendo, assim, pessoas diferentes sentirem as vivências de forma distinta. Desta forma, o Enfermeiro deve ter em conta a forma como a pessoa cuidada, inserida na comunidade, experiencia o mundo e os fenómenos. Por sua vez, a Saúde é tida como uma questão de sobrevivência, como uma qualidade de vida ou morte, através do potencial que os indivíduos possuem para o bem-estar e o estar melhor. Na Teoria Humanística de Enfermagem, a Enfermagem é apresentada como uma resposta a uma situação humana de necessidade onde o cuidar não se relaciona apenas com os conceitos de saúde-doença, implicando a valorização do potencial da pessoa cuidada, ajudando-a a tornar-se mais humanamente capaz no seu contexto particular. Esta é ainda descrita como um acontecimento inter-humano, que envolve todas as capacidades dos participantes com vista ao bem-estar e ao mais-ser, e como uma forma de humanismo onde os interesses, valores e dignidade humanos alicerçam a prática (Paterson & Zderad, 2008).

Em suma, o EEESMO deve olhar a pessoa a cuidar de forma holística, valorizando a sua individualidade e os seus direitos humanos e atendendo à comunidade onde esta se insere, com vista ao desenvolvimento de uma relação empática sustentada no diálogo e à comunhão de experiências, procurando entender a visão do outro relativamente a determinado fenómeno. Desta forma, o Enfermeiro permite-se refletir e adequar as suas intervenções, promovendo o papel ativo da pessoa, maximizando o seu potencial, traduzindo-se, isto, em cuidados humanizados (Lélis et al., 2014).

### **PLANO DE ESTÁGIO**

O Plano de Estágio encontra-se dividido de acordo com os Ensinos Clínicos a realizar, por ordem cronológica. Em cada subcapítulo pode ler-se uma breve caracterização Ensino Clínico a desenvolver em cada contexto e, de seguida, são apresentadas tabelas de atividades por objetivo específico individual.

## 1. ESMO EM GINECOLOGIA

O Ensino Clínico contempla um total de 50 horas de estágio e será desenvolvido num serviço de consultas de ginecologia, num hospital da Área Metropolitana de Lisboa, no período entre 19/09/2023 e 06/10/2023.

Considerando como objetivo geral comum, desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, definem-se, de seguida, os objetivos específicos individuais e as atividades que os concretizam.

### 1. Conhecer a estrutura física e orgânica do serviço

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Primeiros 2 contactos	Apresentação à equipa multidisciplinar e estabelecimento e promoção de relação empática	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A2	- Equipa multidisciplinar - Enfermeira tutora - Protocolos e instruções de trabalho - Sistema informático
	Visita às instalações		
	Compreensão o funcionamento do serviço		
	Consulta de protocolos e instruções de trabalho existentes no serviço		
	Conhecimento do sistema informático e sistemas de registos		
	Conhecimento da dinâmica do serviço relativamente ao utente		

### 2. Integrar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados às mulheres

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir nos primeiros 2 contactos e desenvolver até ao final do estágio	Conhecimento do papel de cada elemento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à mulher	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1.1, A1.2, A2, B3.1, C1.1, C2.2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 1, 2, 6	- Equipa multidisciplinar - Enfermeira tutora - Mulheres
	Colaboração com equipa multidisciplinar, dentro das competências da Enfermagem, na prestação de cuidados		
	Promoção da segurança, privacidade e dignidade das mulheres na prestação de cuidados		
	Promoção da humanização dos cuidados		
	Participação ativa na tomada de decisão baseada em evidência científica, considerando os princípios, valores e normas deontológicas		
	Participação ativa nos registos e passagem de informação na equipa multidisciplinar		

### 3. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às mulheres

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir nos primeiros 2 contactos e desenvolver de forma autónoma até ao final do estágio	Realização de pesquisa bibliográfica e rever conhecimentos adquiridos aplicáveis à consulta de ginecologia	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1, A2, B3.1, C1.1, D1.1, D2.3  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 1, 2, 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Livros técnicos</li> <li>- Artigos científicos</li> <li>- Enfermeira tutora</li> <li>- Equipa multidisciplinar</li> <li>- Mulheres</li> <li>- Materiais e instrumentos específicos de cada procedimento</li> <li>- Professora orientadora</li> </ul>
	Observação da intervenção do EEESMO em procedimentos relativos ao diagnóstico/ despiste de patologia ginecológica		
	Participação ativa em procedimentos relativos ao diagnóstico/ despiste de patologia ginecológica		
	Realização do acolhimento à mulher no serviço, de acordo com o protocolo		
	Preparação da mulher para a realização de procedimentos relativos ao diagnóstico/ despiste de patologia ginecológica		
	Promoção do conforto à mulher submetida a procedimentos relativos ao diagnóstico/ despiste de patologia ginecológica		
	Conhecimento dos materiais e instrumentos utilizados nos procedimentos relativos ao diagnóstico/ despiste de patologia ginecológica		
	Observação da intervenção do EEESMO em consulta de planeamento familiar e procedimentos relacionados		
	Participação ativa em consulta de planeamento familiar e procedimentos relacionados		
	Observação da intervenção do EEESMO em consulta de patologia do colo e procedimentos relacionados		
	Participação ativa em consulta de patologia do colo e procedimentos relacionados		
	Observação da intervenção do EEESMO em consulta de ginecologia pré-cirúrgica		
	Participação ativa em consulta de ginecologia pré-cirúrgica		
	Observação da intervenção do EEESMO em procedimentos de diagnóstico pré-natal, nomeadamente na Amniocentese		
Participação nos cuidados e tratamento de ferida à mulher submetida a cirurgia ginecológica por via abdominal			
Formulação do plano de cuidados individualizado para cada mulher, definindo prioridades, com identificação de diagnósticos, com implementação de intervenções necessárias e			

	respetiva avaliação, incluindo a reflexão sobre a ação.		
	Promoção da discussão e reflexão crítica com a professora orientadora e a enfermeira tutora		

#### 4. Desenvolver competências relativas à gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir nos primeiros 2 contactos e desenvolver de forma autónoma até ao final do estágio	Conhecimento do sistema de gestão, reposição e distribuição dos recursos materiais	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B2.1, B2.2, B3.2, C1.1, C2.1, C2.2	- Materiais específicos de cada procedimento - Equipa multidisciplinar - Enfermeira tutora
	Identificação dos materiais necessários para cada procedimento		
	Utilização dos recursos de forma consciente e eficiente		
	Organização e gestão dos cuidados, com vista à maior autonomia possível, colaborando sempre na equipa multidisciplinar e tendo em conta as funções de cada elemento		
	Estabelecimento de prioridades e gestão eficaz do tempo		
Participação na gestão de resíduos produzidos no serviço			

## 2. ESMO NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA

O Ensino Clínico contempla um total de 150 horas de estágio, das quais 75 horas estarão afetas ao serviço de consultas de Enfermagem de Saúde Materna e as restantes 75 horas ao serviço de internamento de medicina materno-fetal. O estágio será desenvolvido num hospital da Área Metropolitana de Lisboa, no período entre 09/10/2023 e 10/11/2023.

Considerando como objetivo geral, desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, definem-se, de seguida, os objetivos específicos individuais e as atividades que os concretizam.

### 1. Conhecer a estrutura física e orgânica do serviço (consulta de Enfermagem de Saúde Materna e internamento de medicina materno-fetal)

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Primeira	Apresentação à equipa multidisciplinar e estabelecimento e promoção de relação empática	<u>Competências</u>	- Equipa

semana	Visita às instalações	<u>Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A2	multidisciplinar - Enfermeira tutora - Protocolos e instruções de trabalho - Sistema informático
	Compreensão do funcionamento do serviço		
	Consulta de protocolos e instruções de trabalho existentes no serviço		
	Conhecimento do sistema informático e sistemas de registos		
	Conhecimento da dinâmica do serviço relativamente à grávida		

## 2. Integrar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados às grávidas

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira semana e desenvolver até ao final do estágio	Conhecimento do papel de cada elemento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à mulher	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1.1, A1.2, A2, B3.1, C1.1, C2.2	- Equipa multidisciplinar - Enfermeira tutora - Mulheres
	Colaboração com equipa multidisciplinar, dentro das competências da Enfermagem, na prestação de cuidados		
	Promoção da segurança, privacidade e dignidade das mulheres na prestação de cuidados		
	Promoção da humanização dos cuidados		
	Participação ativa na tomada de decisão baseada em evidência científica, considerando os princípios, valores e normas deontológicas		
	Participação ativa nos registos e passagem de informação na equipa multidisciplinar		

## 3. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às grávidas em consulta de Enfermagem de Saúde Materna

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira semana e desenvolver	Realização de pesquisa bibliográfica e revisão de conhecimentos adquiridos previamente, nomeadamente de patologia que requeira o encaminhamento da grávida para a consulta de vigilância de gravidez de alto risco	<u>Competências Comuns do Enfermeiro</u>	- Livros técnicos - Artigos científicos

de forma autónoma até ao final do estágio	Observação da intervenção do EEESMO em consulta de vigilância de gravidez de alto risco	<u>Especialista:</u> A1, A2, B1.1, B2.1, B2.2, C1.1, D1.1, D2.1, D2.2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 2	- Enfermeira tutora - Equipa multidisciplinar - Grávidas - Materiais e instrumentos específicos de cada procedimento - Boletim de saúde da Grávida (BSG) - Professora orientadora
	Participação ativa em consulta de vigilância de gravidez de alto risco		
	Observação da intervenção do EEESMO em consulta de vigilância de gravidez de baixo risco		
	Participação ativa em consulta de vigilância de gravidez de baixo risco		
	Realização do acolhimento à grávida no serviço, de acordo com o protocolo		
	Informação sobre todos os procedimentos e obtenção de consentimento		
	Avaliação da posição fetal através das manobras de Leopold		
	Avaliação da altura do fundo uterino relacionando-a com a idade gestacional		
	Monitorização do bem-estar materno-fetal através de cardiocografia, avaliando o padrão de contratilidade uterina e de frequência cardio-fetal, relacionando-os.		
	Auscultação de batimentos cardíacos fetais através de Doppler		
	Consulta e avaliação de exames complementares de diagnóstico e deteção precoce de desvios da normalidade, garantindo o encaminhamento adequado na equipa multidisciplinar		
	Avaliação das necessidades de ensino, nomeadamente no que concerne à humanização dos cuidados de enfermagem na assistência ao parto, colmatando-as		
	Formulação do plano de cuidados individualizado para cada mulher, definindo prioridades, com identificação de diagnósticos, com implementação de intervenções necessárias e respetiva avaliação, incluindo a reflexão sobre a ação.		
Promoção da discussão e reflexão crítica com a professora orientadora e a enfermeira tutora			

#### 4. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às grávidas em serviço de internamento de medicina materno-fetal

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira semana e desenvolver	Realização de pesquisa bibliográfica e revisão dos conhecimentos adquiridos previamente, nomeadamente de patologia que requeira o internamento em serviço de medicina materno-fetal e indução de trabalho de parto	<u>Competências Comuns do Enfermeiro</u>	- Livros técnicos - Artigos científicos

de forma autónoma até ao final do estágio	Observação da intervenção do EEESMO no serviço de internamento de medicina materno-fetal	<u>Especialista:</u> A1, A2, B1.1, B2.1, B2.2, B3.1, C1.1, D1.1, D2.1, D2.2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 2	- Enfermeira tutora - Equipa multidisciplinar - Grávidas - Processos clínicos - Materiais e instrumentos específicos de cada procedimento - BSG - Professora orientadora
	Consulta de processos clínicos e realização de colheita de dados relativos à grávida internada em serviço de medicina materno-fetal		
	Participação ativa nos cuidados à grávida em situação de internamento em serviço de medicina materno-fetal		
	Informação sobre todos os procedimentos e obtenção de consentimento		
	Realização do acolhimento à grávida no serviço, de acordo com o protocolo		
	Avaliação da posição fetal através das manobras de Leopold		
	Monitorização do bem-estar materno-fetal através de cardiotocografia, avaliando o padrão de contratilidade uterina e de frequência cardio-fetal, relacionando-os.		
	Realização de cervicometria para determinação das características do colo		
	Colaboração nos procedimentos de indução de trabalho de parto para a maturação do colo		
	Conhecimento dos métodos farmacológicos utilizados no serviço para indução do trabalho de parto		
	Avaliação do estado geral e sinais vitais da grávida		
	Identificação/ deteção precoce de desvios da normalidade, garantindo o encaminhamento adequado na equipa multidisciplinar		
	Disponibilização de suporte emocional à grávida, capacitando-a para o autocontrolo, autoconfiança e autodeterminação.		
	Avaliação das necessidades de ensino, nomeadamente no que concerne à humanização dos cuidados de enfermagem na assistência ao parto, colmatando-as		
	Formulação do plano de cuidados individualizado para cada mulher, definindo prioridades, com identificação de diagnósticos, com implementação de intervenções necessárias e respetiva avaliação, incluindo a reflexão sobre a ação.		
Promoção da discussão e reflexão crítica com a professora orientadora e a enfermeira tutora			

### 5. Desenvolver competências relativas à gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira semana e desenvolver de forma autónoma até ao final do estágio	Conhecimento do sistema de gestão, reposição e distribuição dos recursos materiais	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B2.1, B2.2, B3.2, C1.1, C2.1, C2.2	- Materiais específicos de cada procedimento - Equipa multidisciplinar - Enfermeira tutora
	Identificação dos materiais necessários para cada procedimento		
	Utilização dos recursos de forma consciente e eficiente		
	Organização e gestão dos cuidados, com vista à maior autonomia possível, colaborando sempre na equipa multidisciplinar e tendo em conta as funções de cada elemento		
	Estabelecimento de prioridades e gestão eficaz do tempo		
Participação na gestão de resíduos produzidos no serviço			

### 6. Desenvolver competências técnicas, cognitivas e comunicacionais no âmbito da formação

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir até à 2ª semana e aperfeiçoar até ao final do estágio	Aprofundamento dos conhecimentos em Saúde Materna e Obstétrica, baseando a prática clínica na evidência científica mais atual, garantindo a melhoria da qualidade dos cuidados	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1, B2.1, B2.2, D2	- Livros técnicos - Artigos científicos - Suportes de formação do serviço
	Colaboração nas formações existentes no serviço		
	Planeamento e realização, se possível, de sessão de educação para a saúde junto das grávidas.		

### 7. Desenvolver competências científicas na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Ao longo do ensino clínico	Definição da problemática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de acordo com as motivações pessoais e adequado ao contexto	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B2.1, B2.2, D2	- Artigos científicos - Livros técnicos
	Realização de colheita de dados junto das mulheres		
	Realização de pesquisa bibliográfica com interpretação dos resultados		

	Realização de <i>scoping review</i> sobre a temática	<u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 2	- Entrevistas
	Estabelecimento de relação entre as conclusões da <i>scoping review</i> e os dados colhidos em ensino clínico e respetiva reflexão		
	Divulgação dos resultados e conclusões		

### 3. ESMO NO PUERPÉRIO

O Ensino Clínico contempla um total de 150 horas de estágio e será desenvolvido num serviço de puerpério, num hospital da Área Metropolitana de Lisboa, no período entre 13/11/2023 e 05/01/2024.

Considerando como objetivo geral, desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, definem-se, de seguida, os objetivos específicos individuais e as atividades que os concretizam.

#### 1. Conhecer a estrutura física e orgânica do serviço

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Primeira semana	Apresentação à equipa multidisciplinar e estabelecimento e promoção de relação empática	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A2	- Equipa multidisciplinar - Enfermeira tutora - Protocolos e instruções de trabalho - Sistema informático
	Visita às instalações		
	Compreensão do funcionamento do serviço		
	Consulta de protocolos e instruções de trabalho existentes no serviço		
	Conhecimento do sistema informático e sistemas de registos		
	Conhecimento da dinâmica do serviço relativamente à puérpera/recém-nascido/família		

#### 2. Integrar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados às puérperas/recém-nascidos/família

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira	Conhecimento do papel de cada elemento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à puérpera/recém-nascido/família	<u>Competências Comuns do</u>	- Equipa multidisciplinar

semana e desenvolver até ao final do estágio	Colaboração com equipa multidisciplinar, dentro das competências da Enfermagem, na prestação de cuidados	<u>Enfermeiro Especialista:</u> A1.1, A1.2, A2, B3.1, C1.1, C2.2	- Enfermeira tutora - Mulheres
	Promoção da segurança, privacidade e dignidade das puérperas/recém-nascidos/famílias na prestação de cuidados		
	Promoção da humanização dos cuidados		
	Participação ativa na tomada de decisão baseada em evidência científica, considerando os princípios, valores e normas deontológicas		
	Participação ativa nos registos e passagem de informação na equipa multidisciplinar		

### 3. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às puérperas/recém-nascido/família

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira semana e desenvolver de forma autónoma até ao final do estágio	Realização de pesquisa bibliográfica e revisão de conhecimentos adquiridos previamente	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1, A2, B1.1, B2.1, B2.2, B3.1, C1.1, D1.1, D2.1, D2.2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e</u>	- Livros técnicos - Artigos científicos - Enfermeira tutora - Equipa multidisciplinar - Puérperas - Recém-nascidos - Processos clínicos - Materiais e instrumentos específicos de cada procedimento - Boletim de Saúde Infantil
	Observação da intervenção do EEESMO no serviço de puerpério		
	Consulta de processos clínicos e realização de colheita de dados relativos à puérpera/recém-nascido/família		
	Realização do acolhimento à puérpera e recém-nascido no serviço, de acordo com o protocolo		
	Participação ativa nos cuidados à puérpera/recém-nascido/ família		
	Identificação/ deteção precoce de desvios da normalidade, garantindo o encaminhamento adequado na equipa multidisciplinar		
	Informação sobre todos os procedimentos e obtenção de consentimento		
	Prestação de cuidados de conforto, higiene e assistência no primeiro levante à puérpera		
	Avaliação do estado geral da puérpera		
	Avaliação do aspeto e integridade da pele e mucosas da puérpera		
Avaliação de sinais vitais			
Avaliação das mamas e mamilos e promoção do aleitamento materno, se aplicável			

Avaliar períneo, promovendo a crioterapia como medida de alívio da dor, se aplicável	<u>Obstétrica:</u> 4	e Juvenil (BSIJ) - Professora orientadora
Avaliação de lóquios e formação do globo de segurança de Pinard		
Avaliação dos membros inferiores e sinal de Hoomans, quando justificável		
Avaliação da eliminação urinária		
Avaliação do restabelecimento da motilidade intestinal		
Preparação e administração de medicação às puérperas (incluindo administração de imunoglobulina quando aplicável)		
Realização de penso, avaliando as características das feridas cirúrgicas nas puérperas submetidas a cesariana		
Disponibilização de suporte emocional à puérpera e família, capacitando-a para o autocontrolo, autoconfiança e autodeterminação		
Avaliação das necessidades de ensino (autocuidado, cuidados ao recém-nascido, aleitamento materno, vigilância), colmatando-as		
Avaliação do estado geral do recém-nascido		
Avaliação do aspeto e integridade da pele, esclerótidas e mucosas do recém-nascido		
Avaliação do coto umbilical e sua mumificação e deteção precoce de desvios da normalidade		
Avaliação do padrão de eliminação vesical e intestinal do recém-nascido, identificando desvios da normalidade e instituindo medidas de correção dos mesmos		
Avaliação de sinais de fome e saciedade do recém-nascido, bem como a pega, otimizando-a quando necessário		
Realização do rastreio das cardiopatias congénitas em tempo útil		
Realização do Diagnóstico precoce aos recém-nascidos cujo internamento se preveja prolongado		
Realização da avaliação do peso do RN quando aplicável		
Cumprimento do plano nacional de vacinação, se aplicável		
Realização de técnicas invasivas, quando necessário, como colheita de sangue por venopunção e aspiração/ lavagem gástrica do RN		
Formulação do plano de cuidados individualizado para cada mulher e recém-nascido, definindo		

	prioridades, com identificação de diagnósticos, com implementação de intervenções necessárias e respetiva avaliação, incluindo a reflexão sobre a ação.		
	Promoção da discussão e reflexão crítica com a professora orientadora e a enfermeira tutora		

#### 4. Desenvolver competências relativas à gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira semana e desenvolver de forma autónoma até ao final do estágio	Conhecimento do sistema de gestão, reposição e distribuição dos recursos materiais	<u>Competências</u> <u>Comuns do Enfermeiro</u> <u>Especialista:</u> B1.1, B2.1, B2.2, B3.2, C1.1, C2.1, C2.2	- Materiais específicos de cada procedimento - Equipa multidisciplinar - Enfermeira tutora
	Identificação dos materiais necessários para cada procedimento		
	Utilização dos recursos de forma consciente e eficiente		
	Organização e gestão dos cuidados, com vista à maior autonomia possível, colaborando sempre na equipa multidisciplinar e tendo em conta as funções de cada elemento		
	Estabelecimento de prioridades e gestão eficaz do tempo		
	Participação na gestão de resíduos produzidos no serviço		

#### 5. Desenvolver competências técnicas, cognitivas e comunicacionais no âmbito da formação

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir até à 2ª semana e aperfeiçoar até ao final do estágio	Aprofundamento de conhecimentos em Saúde Materna e Obstétrica, baseando a prática clínica na evidência científica mais atual, garantindo a melhoria da qualidade dos cuidados	<u>Competências Comuns do Enfermeiro</u> <u>Especialista:</u> B1, B2.1, B2.2, D2  <u>Competências específicas do Enfermeiro</u> <u>Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 4	- Livros técnicos - Artigos científicos - Suportes de formação do serviço
	Colaboração nas formações existentes no serviço		
	Planeamento e realização, se possível, de sessão de educação para a saúde junto das puérperas		

#### 6. Desenvolver competências científicas na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Ao longo do ensino clínico	Definição da problemática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de acordo com as motivações pessoais e adequado ao contexto	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B2.1, B2.2, D2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 4	- Artigos científicos - Livros técnicos - Entrevistas
	Realização de colheita de dados junto das mulheres		
	Realização de pesquisa bibliográfica com interpretação dos resultados		
	Realização de <i>scoping review</i> sobre a temática		
	Estabelecimento de relação entre as conclusões da <i>scoping review</i> e os dados colhidos em ensino clínico e respetiva reflexão		
Divulgação dos resultados e conclusões			

#### 4. ESMO NA COMUNIDADE

O Ensino Clínico contempla um total de 150 horas de estágio e será desenvolvido em Unidade de Cuidados na Comunidade e, se aplicável, com contactos pontuais em Unidade de Saúde Familiar, ambos na Área Metropolitana de Lisboa, no período entre 08/01/2024 e 16/02/2024.

Considerando como objetivo geral, desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, definem-se, de seguida, os objetivos específicos individuais e as atividades que os concretizam.

##### 1. Conhecer a estrutura física e orgânica do serviço

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Primeira semana	Apresentação à equipa multidisciplinar e estabelecimento e promoção de relação empática	<u>Competências Comuns do Enfermeiro</u>	- Equipa multidisciplinar - Enfermeira
	Visita às instalações		
	Compreensão do funcionamento do serviço		

	Consulta de protocolos e instruções de trabalho existentes no serviço	<b>Especialista:</b> A2	tutora - Protocolos e instruções de trabalho - Sistema informático
	Conhecimento do sistema informático e sistemas de registos		
	Conhecimento da dinâmica do serviço relativamente à mulher/recém-nascido/ família/ grupo-alvo		

## 2. Integrar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados às mulheres/recém-nascidos/família

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira semana e desenvolver até ao final do estágio	Conhecimento do papel de cada elemento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à mulher/recém-nascido/família	<b>Competências</b> <b>Comuns do Enfermeiro</b> <b>Especialista:</b> A1.1, A1.2, A2, B3.1, C1.1, C2.2	- Equipa multidisciplinar - Enfermeira tutora - Mulheres
	Colaboração com equipa multidisciplinar, dentro das competências da Enfermagem, na prestação de cuidados		
	Promoção da segurança, privacidade e dignidade das mulheres/recém-nascidos/famílias na prestação de cuidados		
	Promoção da humanização dos cuidados		
	Participação ativa na tomada de decisão baseada em evidência científica, considerando os princípios, valores e normas deontológicas		
	Participação ativa nos registos e passagem de informação na equipa multidisciplinar		

## 3. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às mulheres /recém-nascido/família/ grupo

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira semana e desenvolver de forma	Realização de pesquisa bibliográfica e revisão dos conhecimentos adquiridos previamente	<b>Competências</b> <b>Comuns do Enfermeiro</b> <b>Especialista:</b>	- Livros técnicos - Artigos científicos - Enfermeira
	Consulta de processos clínicos e realização de colheita de dados relativos à mulher/grávida/puérpera/recém-nascido/família/grupo		
	Realização do acolhimento à mulher/ grávida/puérpera/recém-nascido/família/grupo, de acordo		

autónoma até ao final do estágio	com o protocolo	A1, A2, B1.1, B2.1, B2.2, B3.1, C1.1, D1.1, D2.1, D2.2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 1,2,4,5,6,7	tutora - Equipa multidisciplinar - Grávidas/ Puérperas - Recém- nascidos - Processos clínicos - Materiais e instrumentos específicos de cada procedimento - BSG - BSIJ - Professora orientadora
	Participação ativa nos cuidados à mulher/grávida/puérpera/recém-nascido/ família/grupo		
	Identificação/ deteção precoce de desvios da normalidade, garantindo o encaminhamento adequado na equipa multidisciplinar		
	Informação sobre todos os procedimentos e obtenção de consentimento		
	Observação da intervenção do EEESMO nos rastreios do cancro do colo do útero		
	Realização de rastreios do cancro do colo do útero		
	Observação da intervenção do EEESMO nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco		
	Realização de consultas de vigilância da gravidez de baixo risco do primeiro, segundo e terceiro trimestres		
	Avaliação do estado geral da grávida		
	Avaliação dos sinais vitais da grávida		
	Avaliação do peso e aumento ponderal da grávida		
	Avaliação da altura do fundo uterino da grávida		
	Auscultação de batimentos cardíacos fetais por Doppler fetal		
	Avaliação de exames realizados nos diferentes trimestres da gravidez		
	Identificação/ deteção precoce de desvios da normalidade, garantindo o encaminhamento adequado na equipa multidisciplinar		
	Disponibilização de suporte emocional à grávida/puérpera, capacitando-a para o autocontrolo, autoconfiança e autodeterminação.		
	Avaliação das necessidades de ensino, colmatando-as		
	Observação da intervenção do EEESMO nas consultas de revisão de puerpério		
	Colaboração nas consultas de revisão de puerpério		
	Avaliação do estado geral da puérpera		
Avaliação do períneo da puérpera			
Avaliação das necessidades de ensino à puérpera/família, colmatando-as			
Observação da intervenção do EEESMO nas consultas de pré-conceção/planeamento familiar			

	Realização de consultas de pré-concepção/planeamento familiar		
	Observação da intervenção do EEESMO nas sessões de preparação para o parto e parentalidade		
	Colaboração nas sessões de preparação para o parto e parentalidade		
	Realização de Diagnóstico Precoce ao recém-nascido		
	Formulação do plano de cuidados individualizado para cada mulher, definindo prioridades, com identificação de diagnósticos, com implementação de intervenções necessárias e respetiva avaliação, incluindo a reflexão sobre a ação.		
	Promoção da discussão e reflexão crítica com a professora orientadora e a enfermeira tutora		

#### 4. Desenvolver competências relativas à gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira semana e desenvolver de forma autónoma até ao final do estágio	Conhecimento do sistema de gestão, reposição e distribuição dos recursos materiais	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B2.1, B2.2, B3.2, C1.1, C2.1, C2.2	- Materiais específicos de cada procedimento - Equipa multidisciplinar - Enfermeira tutora
	Identificação dos materiais necessários para cada procedimento/consulta		
	Utilização dos recursos de forma consciente e eficiente		
	Organização e gestão dos cuidados, com vista à maior autonomia possível, colaborando sempre na equipa multidisciplinar e tendo em conta as funções de cada elemento		
	Estabelecimento de prioridades e gestão eficaz do tempo		
	Participação na gestão de resíduos produzidos no serviço		

#### 5. Desenvolver competências técnicas, cognitivas e comunicacionais no âmbito da formação

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir até à 2ª semana e aperfeiçoar até ao final do estágio	Aprofundamento dos conhecimentos em Saúde Materna e Obstétrica, baseando a prática clínica na evidência científica mais atual, garantindo a melhoria da qualidade dos cuidados	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1, B2.1, B2.2,	- Livros técnicos - Artigos científicos - Suportes de formação
	Colaboração nas formações existentes no serviço		
	Planeamento e realização, se possível, de sessão de educação para a saúde junto das		

grávidas/grupo-alvo.	D2	do serviço
----------------------	----	------------

## 6. Desenvolver competências científicas na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Ao longo do ensino clínico	Definição de problemática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de acordo com as motivações pessoais e adequado ao contexto	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B2.1, B2.2, D2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 2,4	- Artigos científicos - Livros técnicos - Entrevistas
	Realização de colheita de dados junto das mulheres		
	Realização de pesquisa bibliográfica com interpretação dos resultados		
	Realização de <i>scoping review</i> sobre a temática		
	Estabelecimento de relação entre as conclusões da <i>scoping review</i> e os dados colhidos em ensino clínico e respetiva reflexão		
Divulgação de resultados e conclusões			

## 5. ESMO NA SALA DE PARTOS

O Ensino Clínico contempla um total de 500 horas de estágio e será desenvolvido em serviço de Bloco de Partos num hospital na Área Metropolitana de Lisboa, no período entre 19/02/2024 e 12/07/2024. Considerando como objetivo geral, desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, definem-se, de seguida, os objetivos específicos individuais e as atividades que os concretizam.

### 1. Conhecer a estrutura física e orgânica do serviço

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Primeira semana	Apresentação à equipa multidisciplinar e estabelecimento e promoção de relação empática	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u>	- Equipa multidisciplinar

	Visita às instalações	A2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 3, 4	- Enfermeira tutora - Protocolos e instruções de trabalho - Sistema informático
	Compreensão do funcionamento do serviço		
	Consulta de protocolos e instruções de trabalho existentes no serviço		
	Conhecimento do sistema informático e sistemas de registos		
	Conhecimento da dinâmica do serviço relativamente à parturiente/recém-nascido/família		

### 2. Integrar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados às parturientes/recém-nascidos/família

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira semana e desenvolver até ao final do estágio	Conhecimento do papel de cada elemento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à parturiente/recém-nascido/família	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1.1, A1.2, A2, B3.1, C1.1, C2.2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 3, 4	- Equipa multidisciplinar - Enfermeira tutora - Parturientes
	Colaboração com equipa multidisciplinar, dentro das competências da Enfermagem, na prestação de cuidados		
	Promoção da segurança, privacidade e dignidade das parturientes/recém-nascidos/famílias na prestação de cuidados		
	Promoção da humanização dos cuidados		
	Participação ativa na tomada de decisão baseada em evidência científica, considerando os princípios, valores e normas deontológicas		
	Participação ativa nos registos e passagem de informação na equipa multidisciplinar		

### 3. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às parturientes/família no acolhimento ao bloco de partos

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir até à 5ª	Apresentação do espaço físico, promovendo ambiente acolhedor e calmo	<u>Competências Comuns do Enfermeiro</u>	- Livros técnicos - Artigos científicos
	Disponibilização de presença terapêutica como meio para estabelecer relação de		

semana, aperfeiçoar até à 12ª semana e realizar de forma autónoma até ao final do estágio	confiança e segurança	<u>Especialista:</u> A1, A2, B1.1, B2.1, B2.2, B3.1, C1.1, D1.1, D2.1, D2.2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 3	- Enfermeira tutora - Equipa multidisciplinar - Parturientes - Processos clínicos - Materiais e instrumentos específicos de cada procedimento - Plano de parto - BSG - Professora orientadora
	Conhecimento da existência de Plano de Parto, se aplicável, para a discussão do mesmo em caso de necessidade, garantindo a participação ativa da mulher e indo ao encontro das suas expectativas, com segurança		
	Identificação das necessidades da parturiente/díade e integração do acompanhante nos cuidados, mediante a sua vontade		
	Formulação do plano de cuidados individualizado para cada mulher, definindo prioridades, com identificação de diagnósticos, com implementação de intervenções necessárias e respetiva avaliação, incluindo a reflexão sobre a ação.		
	Promoção da discussão e reflexão crítica com a professora orientadora e a enfermeira tutora		

#### 4. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às parturientes/família no primeiro estagio do trabalho de parto

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir até à 5ª semana, aperfeiçoar até à 12ª semana e realizar de forma autónoma até ao final do estágio	Identificação de sinais de início de trabalho de parto	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</u> : A1, A2, B1.1, B2.1, B2.2, B3.1, C1.1, D1, D2.1, D2.2	- Livros técnicos - Artigos científicos - Protocolos, normas e instruções de trabalho - Enfermeira tutora - Equipa multidisciplinar - Parturientes
	Informação da parturiente de todos os procedimentos que possam ser necessários efetuar e solicitação do seu consentimento		
	Garantia da vigilância e monitorização do progresso do trabalho de parto por meio de cardiotocografia e cervicometria, e se aplicável e quando necessário a utilização de monitorização interna		
	Reconhecimento precoce de situações de desvio da normalidade, garantindo o encaminhamento adequado na equipa multidisciplinar		
	Conhecimento de protocolos, normas e instruções de trabalho para a administração de fármacos específicos deste estagio		

Avaliação e garantia do controlo da dor, quando desejado, através de medidas não farmacológicas ou articulação com equipa de anestesia para analgesia loco-regional	<u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processos clínicos</li> <li>- Materiais e instrumentos específicos de cada procedimento</li> <li>- Plano de parto</li> <li>- BSG</li> <li>- Partograma</li> <li>- Professora orientadora</li> </ul>
Incentivo ao esvaziamento vesical frequente		
Promoção do conforto e a satisfação das necessidades da parturiente e acompanhante		
Realização de registo no partograma		
Promoção da relação entre o casal e da participação ativa de ambos no trabalho de parto, se aplicável		
Identificação dos sinais de instalação do segundo estadio do trabalho de parto		
Formulação do plano de cuidados individualizado para cada mulher, definindo prioridades, com identificação de diagnósticos, com implementação de intervenções necessárias e respetiva avaliação, incluindo a reflexão sobre a ação.		
Promoção da discussão e reflexão crítica com a professora orientadora e a enfermeira tutora		

**5. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às parturientes/família no segundo estadio do trabalho de parto**

<b>Duração</b>	<b>Atividades</b>	<b>Competências</b>	<b>Recursos</b>
Adquirir até à 5ª semana, aperfeiçoar até à 12ª semana e realizar de forma autónoma até ao final do estágio	Identificação dos sinais de início do segundo estadio do trabalho de parto	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1, A2, B1.1, B2.1, B2.2, B3.1, C1.1, D1, D2.1, D2.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Livros técnicos</li> <li>- Artigos científicos</li> <li>- Protocolos, normas e instruções de trabalho</li> <li>- Enfermeira tutora</li> <li>- Equipa multidisciplinar</li> <li>- Parturientes e acompanhante</li> </ul>
	Informação da parturiente de todos os procedimentos que possam ser necessários efetuar e solicitação do seu consentimento		
	Preparação do material necessário e verificação da funcionalidade do mesmo		
	Avaliação da eficácia das contrações identificando desvios da normalidade e necessidade de intervenção de outros profissionais		
	Incentivo ao esvaziamento vesical		
	Identificação do momento para início dos esforços expulsivos, incentivando a parturiente		
	Incentivo ao descanso e recuperação entre contrações	<u>Competências específicas do</u>	
Gestão da dor			

Encorajamento à mudança de posição para que a mulher adote aquela que a faz sentir melhor e mais confortável	<u>Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recém-nascido</li> <li>- Processos clínicos</li> <li>- Materiais e instrumentos específicos de cada procedimento</li> <li>- Plano de parto</li> <li>- BSG</li> <li>- Partograma</li> <li>- Professora orientadora</li> </ul>
Avaliação da elasticidade dos tecidos e necessidade de episiotomia, realizando-a se necessário, garantindo previamente a analgesia do períneo		
Realização da manobra de <i>Ritgen</i> modificada para proteção do períneo		
Avaliação do bem-estar materno-fetal até à saída da cabeça fetal		
Identificação de distócias e respetiva resolução		
Pesquisa de presença de circulares cervicais após extração da cabeça		
Realização de manobras de extração fetal		
Realização de expressão manual das vias respiratórias do recém-nascido		
Participação em partos distócicos		
Realização de colheita de sangue do cordão, se aplicável		
Garantia da colaboração do acompanhante no corte do cordão, caso seja o desejo do casal		
Promoção da relação entre o casal e da participação ativa de ambos no segundo estadió do trabalho de parto, se aplicável		
Formulação do plano de cuidados individualizado para cada mulher, definindo prioridades, com identificação de diagnósticos, com implementação de intervenções necessárias e respetiva avaliação, incluindo a reflexão sobre a ação.		
Promoção da discussão e reflexão crítica com a professora orientadora e a enfermeira tutora		

**6. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às parturientes/família no terceiro estadió do trabalho de parto**

<b>Duração</b>	<b>Atividades</b>	<b>Competências</b>	<b>Recursos</b>
Adquirir até à 5ª semana, aperfeiçoar	Identificação de sinais de descolamento da placenta	<u>Competências Comuns do Enfermeiro</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Livros técnicos</li> <li>- Artigos científicos</li> <li>- Protocolos, normas e instruções de</li> </ul>
	Reconhecimento de sinais de desvio da normalidade e referenciação atempada		
	Realização de dequitação, com tração controlada do cordão e verificando mecanismo de		

até à 12ª semana e realizar de forma autónoma até ao final do estágio	descolamento	<u>Especialista:</u> A1, A2, B1.1, B2.1, B2.2, B3.1, C1.1, D1, D2.1, D2.2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 3	trabalho - Enfermeira tutora - Equipa multidisciplinar - Parturientes - Processos clínicos - Materiais e instrumentos específicos de cada procedimento - Fármacos - Plano de parto - BSG - Professora orientadora
	Realização de revisão detalhada à placenta		
	Identificação de situações de retenção placentar e realização de extração manual		
	Administração de ocitócicos, de acordo com protocolo		
	Confirmação da formação do globo de segurança de Pinard		
	Avaliação de perdas hemáticas		
	Formulação do plano de cuidados individualizado para cada mulher, definindo prioridades, com identificação de diagnósticos, com implementação de intervenções necessárias e respetiva avaliação, incluindo a reflexão sobre a ação.		
Promoção da discussão e reflexão crítica com a professora orientadora e a enfermeira tutora			

### 7. Desenvolver competências técnicas e científicas na prestação de cuidados especializados imediatos ao recém-nascido no bloco de partos

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir até à 5ª semana, aperfeiçoar até à 12ª semana e realizar de forma autónoma até ao final do estágio	Verificação da unidade neonatal antes do parto	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1, A2, B1.1, B2.1, B2.2, B3.1, C1.1, D1, D2.1, D2.2	- Livros técnicos - Artigos científicos - Protocolos, normas e instruções de trabalho - Enfermeira tutora - Equipa multidisciplinar - Recém-nascido - Puérpera
	Avaliação de dados relativos aos bem-estar fetal para uma prestação de cuidados de forma segura e adequada		
	Verificação da hora do nascimento		
	Prestação de cuidados imediatos com implementação de medidas de suporte à adaptação à vida extrauterina		
	Avaliação do Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos		
	Aquecimento, secagem e estimulação do RN no momento imediato após o parto		
	Identificação do recém-nascido através de pulseira		
	Avaliação da necessidade de chamar pediatra e colaboração na reanimação neonatal, se aplicável		
Realização de exame físico ao RN e despiste de malformações aparentes			

	Avaliação do peso		-
	Preparação e administração de vitamina K e vacina contra hepatite B		Acompanhante
	Inclusão do acompanhante nos cuidados ao RN (vestir, colocar fralda)		- Processos clínicos
	Promoção da relação precoce através do contacto pele a pele e amamentação, se aplicável		- Materiais e instrumentos específicos de cada procedimento
	Formulação do plano de cuidados individualizado para cada mulher, definindo prioridades, com identificação de diagnósticos, com implementação de intervenções necessárias e respetiva avaliação, incluindo a reflexão sobre a ação.		- Fármacos
	Promoção da discussão e reflexão crítica com a professora orientadora e a enfermeira tutora		- Professora orientadora

**8. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem às parturientes/recém-nascido/família no quarto estadio do trabalho de parto**

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir até à 5ª semana, aperfeiçoar até à 12ª semana e realizar de forma autónoma até ao final do estágio	Realização da revisão da integridade do canal de parto e identificação de estruturas que necessitam de sutura, classificando o grau de laceração quando aplicável	<b>Competências</b> <u>Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> A1, A2, B1.1, B2.1, B2.2, B3.1, C1.1, D1.1, D2.1, D2.2  <b>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e</b>	- Livros técnicos
	Preparação do material e realização de perineorrafia /episiorrafia recorrendo à técnica mais adequada e garantindo a analgesia prévia		- Artigos científicos
	Prestação de cuidados de higiene, promovendo o conforto e aplicação de gelo no períneo		- Protocolos, normas e instruções de trabalho
	Promoção da vinculação		- Enfermeira tutora
	Manutenção da vigilância das perdas sanguíneas, contratilidade uterina e identificação de situações desviantes da normalidade		- Equipa multidisciplinar
	Promoção do aleitamento materno, se aplicável		- Parturientes e acompanhante
	Facilitação da adaptação familiar ao recém-nascido		- Recém-nascido
	Avaliação do conhecimento, dúvidas e necessidades da tríade e esclarecê-las		- Processos clínicos
	Avaliação da experiência da mulher do trabalho de parto e parto, relativamente às suas expectativas		- Materiais e instrumentos
	Realização de avaliação obstétrica e prestação de cuidados de conforto imediatamente antes da		

	transferência para serviço de puerpério, incluindo remoção do cateter epidural	<u>Obstétrica:</u> 3, 4	específicos de cada procedimento - BSG - Professora orientadora
	Realização de procedimentos de transferência para unidade de puerpério, segundo protocolo de serviço		
	Formulação do plano de cuidados individualizado para cada mulher, definindo prioridades, com identificação de diagnósticos, com implementação de intervenções necessárias e respetiva avaliação, incluindo a reflexão sobre a ação.		
	Promoção da discussão e reflexão crítica com a professora orientadora e a enfermeira tutora		

### 9. Desenvolver competências relativas à gestão dos cuidados, recursos humanos e materiais

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir na primeira semana e desenvolver de forma autónoma até ao final do estágio	Conhecimento do sistema de gestão, reposição e distribuição dos recursos materiais	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B2.1, B2.2, B3.2, C1.1, C2.1, C2.2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 3, 4	- Materiais específicos de cada procedimento - Equipa multidisciplinar - Enfermeira tutora
	Identificação dos materiais necessários para cada procedimento no bloco de partos		
	Utilização dos recursos de forma consciente e eficiente		
	Organização e gestão dos cuidados, com vista à maior autonomia possível, colaborando sempre na equipa multidisciplinar e tendo em conta as funções de cada elemento		
	Estabelecimento de prioridades e gestão eficaz do tempo		
	Participação na gestão de resíduos produzidos no serviço		

### 10. Desenvolver competências técnicas, cognitivas e comunicacionais no âmbito da formação

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Adquirir até à 2ª semana e aperfeiçoar até ao final	Aprofundamento de conhecimentos em Saúde Materna e Obstétrica, baseando a prática clínica na evidência científica mais atual, garantindo a melhoria da qualidade dos cuidados	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1, B2.1, B2.2, D2  <u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista</u>	- Livros técnicos - Artigos científicos - Suportes de

do estágio	Colaboração nas formações existentes no serviço	<u>em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 3, 4	formação do serviço
------------	---	---	---------------------

### 11. Desenvolver competências científicas na área da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Duração	Atividades	Competências	Recursos
Ao longo do ensino clínico	Definição da problemática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de acordo com as motivações pessoais e adequado ao contexto	<u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</u> B1.1, B2.1, B2.2, D2	- Artigos científicos - Livros técnicos - Entrevistas
	Realização de colheita de dados junto das mulheres		
	Realização de pesquisa bibliográfica com interpretação dos resultados	<u>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:</u> 3, 4	
	Realizar <i>scoping review</i> sobre a temática		
	Estabelecimento de relação entre as conclusões da <i>scoping review</i> e os dados colhidos em ensino clínico e respetiva reflexão		
Divulgação dos resultados e conclusões			

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do presente documento, enquanto instrumento de sistematização das atividades a desenvolver em cada Ensino Clínico, permite a organização e orientação do mestrando ao longo das semanas, através de metas temporais, facilitando a concretização dos objetivos definidos. Além disso, favorece a reflexão, no sentido de perceber quais as competências que foram até à data desenvolvidas e quais necessitam de ser aprofundadas para o cumprimento dos objetivos, espelhando, também, a evolução do mestrando na área da Saúde Materna e Obstétrica.

Por outro lado, a formulação do Projeto de Estágio, que exigiu a consulta dos Regulamentos das Competências inerentes à profissão, bem como do Código Deontológico e do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, constitui-se como uma revisão e revalidação dos direitos, deveres e princípio éticos inerentes à profissão.

Considerando que o presente documento se perspetiva como um plano, desenvolvido nas primeiras semanas de uma Unidade Curricular que corresponde a quarenta semanas, deve ser tido como dinâmico e evolutivo, podendo, ao longo do tempo, ser adaptado consoante as experiências, necessidades e oportunidades de aprendizagem. Contudo, intenta-se o seu cumprimento integral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

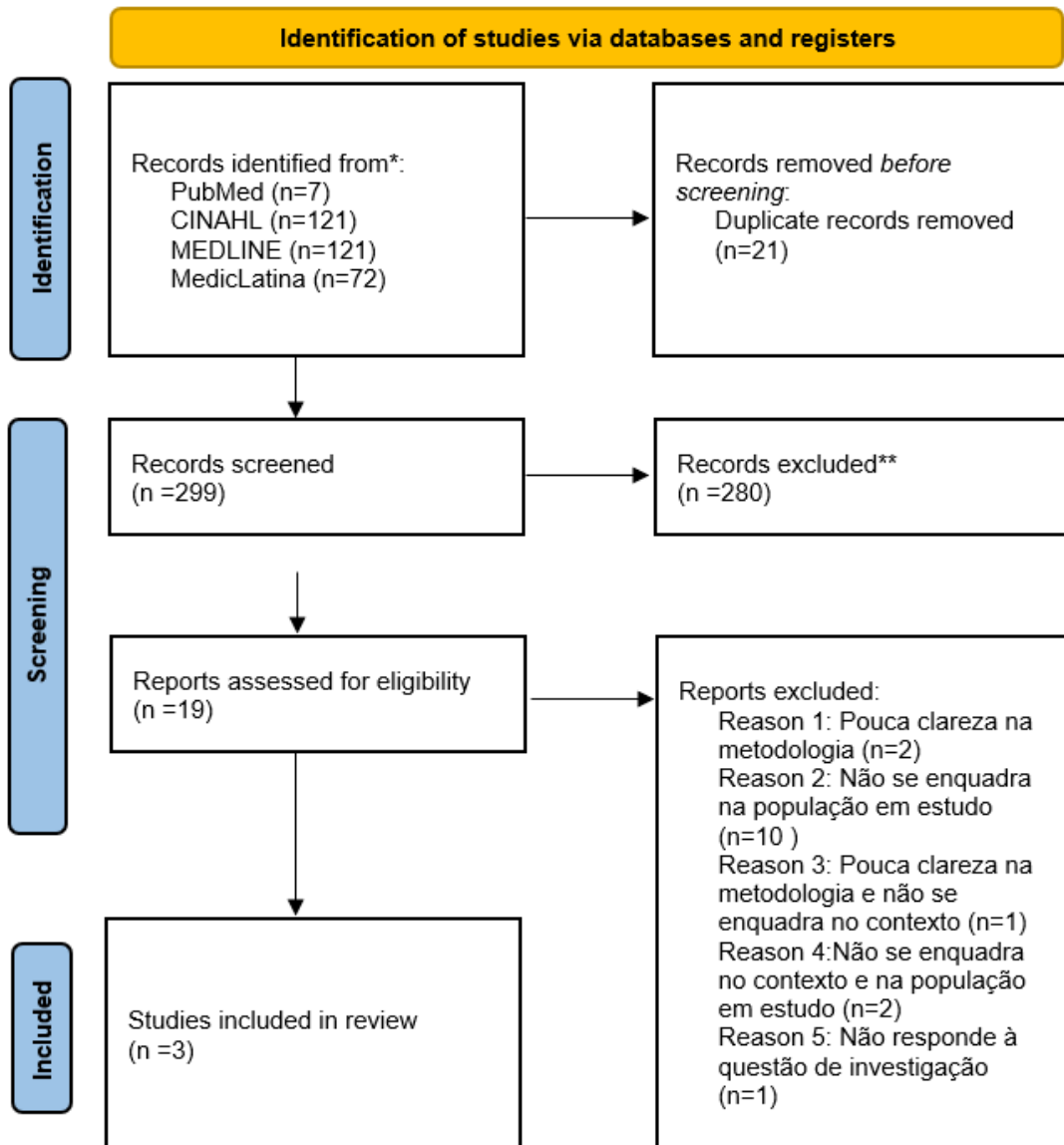
- Corbani, N. M. de S., Brêtas, A. C. P., & Matheus, M. C. C. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 349–354. <https://www.scielo.br/j/reben/a/Z5yjFq7KW3HW7C34DRstwHp/?format=pdf&lang=pt>.
- Direção Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>.
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308–320). Lidel.
- Joint Quality Initiative. (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. [www.jointquality.org](http://www.jointquality.org).
- Lélis, A. L. P. de A., Pagliuca, L. M. F., & Cardoso, M. V. L. M. L. (2014). Fases da Teoria Humanística: Análise da aplicabilidade em pesquisa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(4), 1113–1122. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002140013>.
- Código Deontológico, (2015). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Regulamento nº 140/2019, Pub. L. No. 26 (2019). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Regulamento nº 391/2019, Pub. L. No. 85 (2019). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019-regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf>.
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (2008). *Humanistic Nursing*. Project Gutenberg.
- Pereira, A. G. F. (2020). *O humor no cuidado de enfermagem à criança e adolescente: intervenção do enfermeiro especialista* [Instituto de Ciências da Saúde]. <http://hdl.handle.net/10400.14/33022>.
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>.
- Souza, P. A. de. (2012). *Humanização da assistência na enfermagem: uma revisão integrativa* [Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais]. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-9DVFC6>.

## APÊNDICE II – Conceitos PCC e Estratégia de Pesquisa

	Termos naturais PT	Termos naturais EN	MeSH (MedLine)	Headings (CINAHL)	Descritores
P- Parturientes					
C- Humanização; Cuidados de enfermagem; Enfermagem Obstétrica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Parturientes/ Mulher grávida	Parturient/ Pregnant woman	- Pregnant women	- Expectant mothers	- Pregnant women
	Humanização	Humanization	Humanism	-	-
	Cuidados de Enfermagem	Nursing care	Nursing care	Nursing care	-
	Enfermagem Obstétrica	Obstetric Nursing/ Midwifery	Obstetric Nursing/ Maternal-child nursing	Perinatal nursing/ Midwifery	Maternity nursing/ Midwifery
	EEESMO	Nurse midwife	Nurse midwives	Certified nurse midwives	Midwives
C- Trabalho de parto	Parto	Childbirth	Parturition	Childbirth	Childbirth
	Trabalho de parto	Labor	Labor, Obstetric	Labor	Labor (obstetrics)

	MeSH, Subjects, Termos naturais	Nº de artigos identificados
#1	Parturient	594
#2	Expectant Mothers	4186
#3	Pregnant Women	18367
#4	Humanism	780
#5	Humanization	472
#6	Childbirth	7340
#7	Parturition	3590
#8	Labor	16706
#9	Labor, Obstetric	979
#10	Nursing Care	9402
#11	Obstetric nursing	310
#12	Midwifery	14112
#13	Perinatal nursing	299
#14	Maternal-child nursing	131
#15	Maternity nursing	121
#16	Nurse Midwives	2321
#17	Midwives	7906
#18	Certified nurse midwives	1580
#1 OR #3		3595
#4 OR #5		1164
#6 AND #7		2029
#8 AND #9		979
#11 AND #12		28
#12 AND #13 AND #14 AND #15		8
#1 OR #3 AND #4 OR #5 AND #6 AND #7 #8 AND #9 AND #10 AND #11 AND #12		320

**APÊNDICE III – PRISMA *Flow Diagram***



#### APÊNDICE IV – Fontes rejeitadas e razões da sua rejeição

Artigos Excluídos	Razão para a Exclusão
1. Adesão às boas práticas obstétricas: construção da assistência qualificada em maternidades-escolas	Não se enquadra na população em estudo
3. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento	Não responde à questão de investigação
4. Birthcraft in Brazil: An Update on the Brazilian Humanization of Birth Movement	Pouca clareza na metodologia
5. Boas práticas aplicadas às parturientes no centro obstétrico	Não se enquadra na população em estudo
6. Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión	Não se enquadra no contexto e na população em estudo
7. Humanization of care to high risk pregnant women	Pouca clareza na metodologia e não se enquadra no contexto em estudo
8. Humanization of childbirth in Bolivia	Pouca clareza na metodologia
9. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital	Não se enquadra na população em estudo
10. La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto	Não se enquadra no contexto e na população em estudo
11. Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective	Não se enquadra na população em estudo
14. Practice of obstetric nurses in humanized childbirth care in a high-risk maternity	Não se enquadra na população em estudo
15. Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno	Não se enquadra na população em estudo
16. Significado de parto humanizado para gestantes	Não se enquadra na população em estudo
17. The care of nurses of an obstetric residence program under the scope of humanization	Não se enquadra na população em estudo
18. The humanization in the assistance to delivery and childbirth	Não se enquadra na população em estudo
19. Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study	Não se enquadra na população em estudo

**APÊNDICE V – Instrumento de extração de dados**

Título / Autores / Ano / País de Origem / Base de dados	Objetivos	Metodologia / métodos	Resultados	Contributos para a questão de revisão
<p><b><i>“Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿ Norma, deseo o realidad?” (Artigo 3)</i></b></p> <p>Sampaio, A., Silva, A. &amp; Moura, E. 2008 Brasil MedicLatina</p>	<p>Analisar a assistência no parto recebida pelas adolescentes, na perspectiva da humanização e descrever os significados atribuídos pelas adolescentes.</p>	<p>Estudo exploratório-descritivo. Amostra de 30 adolescentes cujos partos ocorreram no respetivo hospital, de seleção aleatória e de acordo com o seu consentimento voluntário para participar. “Os dados foram obtidos através de uma entrevista semiestruturada, garantindo-se sigilo, anonimato e possibilidade de sair da investigação. Assinatura do termo de consentimento. Organização dos dados por convergências e categorização, tendo em conta as práticas que são benéficas e devem ser valorizadas durante o parto.</p>	<p>-Conhecimento das adolescentes sobre a categoria profissional que prestou assistência no parto: 20 (66.7%) mulheres afirmaram ausência de apresentação por parte das enfermeiras, levando à confusão entre categorias profissionais, sendo as enfermeiras confundidas com médicos e auxiliares.</p> <p>- Providenciar à mulher o máximo de informações e explicações: apenas 12 (40%) mulheres referiram terem sido informadas previamente sobre os procedimentos a serem realizados e todas referiram terem sido informadas dos achados após a realização dos procedimentos.</p> <p>- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto: 19 (63.3%) mulheres adotaram a posição deitada, 10 (33.3%) pariram de cócoras e 1 (3.3%) adotou a posição lateral.</p> <p>-Técnicas não invasivas e não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto: 19 (63.3%) mulheres utilizaram algum recurso</p>	<p>Conhecimento das adolescentes sobre a categoria profissional que prestou assistência no parto: 20 (66.7%) das mulheres afirmaram ausência de apresentação por parte das enfermeiras, levando à confusão entre categorias profissionais, sendo as enfermeiras confundidas com médicos e auxiliares. A representação social do enfermeiro é alvo de equívocos permanentemente, pelo que todas as oportunidades de contacto com o utente devem ser momentos de explicação sobre quem realmente é o enfermeiro e o que é a enfermagem, permitindo assim a construção de uma identidade social verdadeira junto da comunidade. Providenciar à mulher o máximo de informações e explicações: apenas 12 (40%) das mulheres referiram terem sido informadas previamente sobre os procedimentos a serem realizados e todas referiram terem sido informadas dos achados após a realização dos procedimentos. O consentimento da mulher sobre os procedimentos, técnicas e cuidados a que será submetida é um direito, um princípio ético e moral que os profissionais devem respeitar. A ausência de comunicação e interação positiva, cria tensão e ansiedade na mulher, podendo comprometer a relação profissional-mulher e pondo em causa a confiança, dificultando, consequentemente, o envolvimento da mulher nas decisões e iniciativa no parto.</p> <p>- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto: 19 (63.3%) das mulheres adotaram a posição deitada, 10 (33.3%) pariram de cócoras e 1 (3.3%) adotou a posição lateral. A verticalização do parto permite a abertura do canal de parto até 30 % quando comparada com a posição supina.</p>

		<p>para diminuir a dor, sendo os mais utilizados o banho com água morna, massagem e o movimento circular da anca. 11 (36.7%) não receberam qualquer tipo de alívio da dor, sendo que uma recusou as medidas de alívio da dor e outra não teve tempo, tendo chegado já em período expulsivo.</p> <p>- Incentivo ao primeiro contacto físico entre mãe e bebé e ao aleitamento pós-parto: 27 (90%) mulheres afirmam terem tido contacto precoce com os seu recém-nascidos e as que não tiveram deveu-se a intercorrências. Quanto ao aleitamento materno, apenas 10 (33.3%) foram incentivadas a iniciar o aleitamento na sala de parto. Das que não foram incentivadas, 8 (26.7%) mulheres referem que o recém-nascido foi levado para levados sem qualquer explicação.</p> <p>- Necessidades e expectativas das mulheres relativamente aos cuidados recebidos: os bons cuidados limitam-se à presença de um profissional ao seu lado durante o trabalho de parto e parto, que providencie o apoio, atenção e orientação necessários para a manutenção do equilíbrio emocional e reduzindo a ansiedade e medo e transmitindo-lhes</p>	<p>Além disso, durante o trabalho de parto, a adoção e alternância de posições eretas tem vantagens sobre as posições que mantêm a mulher confinada ao leito. Ainda, na posição supina, o peso do útero comprime a artéria aorta descendente e a veia cava inferior, reduzindo o fluxo sanguíneo placentário.</p> <p>Técnicas não invasivas e não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto: 19 (63.3%) mulheres utilizaram algum recurso para diminuir a dor, sendo os mais utilizados o banho com água morna, massagem e o movimento circular da anca. 11 (36.7%) não receberam qualquer tipo de alívio da dor, sendo que uma recusou as medidas de alívio da dor e outra não teve tempo, tendo chegado já em período expulsivo.</p> <p>Incentivo ao primeiro contacto físico entre mãe e bebé e ao aleitamento pós-parto: 27 (90%) mulheres afirmam terem tido contacto precoce com os seu recém-nascidos e as que não tiveram deveu-se a intercorrências. Os cuidados imediatos ao recém-nascido visam proporcionar as condições necessárias para a sua adaptação à vida extra-uterina, que passam pela secagem, aquecimento e avaliação do mesmo, podendo ser posteriormente entregue à mãe, favorecendo o contacto pele-a-pele precoce que permite e facilita a vinculação. Quanto ao aleitamento materno, apenas 10 (33.3%) foram incentivadas a iniciar o aleitamento na sala de parto. Das que não foram incentivadas, 8 (26.7%) mulheres referem que o recém-nascido foi levado para levados sem qualquer explicação. Os benefícios da amamentação para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, assim como para ambos quer a nível biológico como psicológico são sabidos e o enfermeiro exerce um papel significativo no incentivo ao aleitamento materno com início na sala de parto e até pelo menos aos 6 meses de vida, desmistificando crenças e condições que ameaçam a sua instalação ou manutenção.</p> <p>Necessidades e expectativas das mulheres relativamente aos cuidados recebidos: os bons cuidados limitam-se à presença</p>
--	--	--	--

			<p>segurança através dos seus conhecimentos, para promover o processo fisiológico do parto.</p>	<p>de um profissional ao seu lado durante o trabalho de parto e parto, que providencie o apoio, atenção e orientação necessários para a manutenção do equilíbrio emocional e reduzindo a ansiedade e medo e transmitindo-lhes segurança através dos seus conhecimentos, para promover o processo fisiológico do parto. Posto isto, os cuidados devem ser prestados pelo enfermeiro, considerando uma abordagem holística, promovendo o cuidado humanizado com respeito pela autonomia das mulheres, providenciando o cuidado que estas desejam</p>
<p><b><i>“Percepção de mulheres na assistência ao parto e nascimento: obstáculos para a humanização” (Artigo 12)</i></b></p> <p>Rodrigues, D., Alves, V., Silva, A., Penna, L., Vieira, B., Silva, S., Reis, L. &amp; Branco, M. 2021 Brasil CINAHL Complete</p>	<p>Compreender a percepção das mulheres quanto à assistência recebida durante o parto e nascimento</p>	<p>Estudo qualitativo descritivo, exploratório. Amostra de 56 Puérperas, selecionadas por conveniência. O quantitativo da amostra do estudo foi estabelecido pelo processo de saturação teórica e o instrumento de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada, O estudo foi aprovado pelo Comité de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense. Preservou-se o respetivo sigilo, anonimato e confiabilidade, além da garantia da participação voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tratamento de dados segundo análise de conteúdo.</p>	<p>1) Intervenções obstétricas no campo do parto e nascimento – um contraponto com as evidências científicas: - A manobra de Kristeller foi apontada como inapropriada, traduzindo-se num momento assustador e horrível. - A episiotomia foi percebida como intervenção desrespeitosa sobre o seu corpo, sendo um momento de brutalidade, dor e sem informação e empatia. - O toque vaginal por rotina também foi considerado como uma intervenção desrespeitosa, sem diálogo e empatia no processo de cuidado.</p> <p>2) Humanização como uma necessidade no quotidiano da atenção obstétrica: - O abandono pelos profissionais de saúde, com ausência de relação, empatia e cuidado, nomeadamente</p>	<p>A manobra de Kristeller foi apontada como inapropriada, traduzindo-se num momento assustador e horrível. Constitui uma prática intervencionista que não deve ser praticada, apesar da sua aplicação abreviar o segundo estadió do trabalho de parto, pelo risco acrescido de complicações materno-fetais como lacerações perineais graves, rutura uterina, dispareunia, incontinência urinária, distócias de ombro, risco de APGAR &lt;7 ao 5º minuto, hipoperfusão fetal e paralisia cerebral. A episiotomia foi percebida como intervenção desrespeitosa sobre o seu corpo, sendo um momento de brutalidade, dor e sem informação e empatia. É uma conduta intervencionista que não deve ser utilizada de forma rotineira e a sua utilização carece de informação e consentimento, fomentando o respeito e empatia pela mulher e para com as suas vontades. O toque vaginal por rotina também foi considerado como uma intervenção desrespeitosa, sem diálogo e empatia no processo de cuidado. O toque vaginal é recomendado a cada duas horas na fase ativa do trabalho de parto e a cada 4 na paragem de progressão do TP. O excesso de toques configura um desrespeito e violação do corpo feminino. Nesta ótica, devem propor-se alternativas de avaliação da fase ativa do trabalho de parto como a linha púrpura na avaliação da dilatação cervical e descida fetal. O abandono pelos profissionais de saúde, com ausência de</p>

		<p>associado à indução do trabalho de parto com utilização de ocitócicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A falta de respeito relacionada com as rotinas institucionais como a indicação para dieta zero.</li> <li>- A posição imposta para o momento do parto, descaracterizando a liberdade estabelecida pelas políticas de humanização ao parto.</li> <li>- A violência verbal na forma de agressão, desrespeitando a singularidade da mulher e do seu momento de parir, contribuindo para o aumento da dor durante o parto.</li> </ul>	<p>relação, empatia e cuidado, nomeadamente associado à indução do trabalho de parto com utilização de ocitócicos. A medicalização do parto é uma forma de gestão do serviço que garante ao profissional de saúde a apropriação e patologização do parto, desrespeitando a condição feminina da mulher. Após a administração de ocitócicos, deve ser providenciado um apoio qualificado e centralizado, com introdução de tecnologias não farmacológicas de alívio da dor.</p> <p>A falta de respeito relacionada com as rotinas institucionais como a indicação para dieta zero. A restrição alimentar é suportada pela prevenção do risco de aspiração gástrica, mas a mulher precisa de aporte energético suficiente para lidar com o trabalho de parto.</p> <p>A posição imposta para o momento do parto, descaracterizando a liberdade estabelecida pelas políticas de humanização ao parto, que apresentam como benefícios a redução do segundo estadio do TP, redução da instrumentalização do parto, redução da dor e das anormalidades na frequência cardíaca fetal.</p> <p>A violência verbal na forma de agressão, desrespeitando a singularidade da mulher e do seu momento de parir, contribuindo para o aumento da dor durante o parto.</p> <p>A assistência obstétrica tem sido constantemente modificada ao longo dos anos, com a incorporação de novos saberes, práticas e condutas no sentido do cuidado humanizado e na segurança do parto. A manutenção de práticas sustentadas em procedimentos de saúde já considerados ultrapassados pela evidência científica, é um desrespeito para a saúde da mulher e perpetua a violência obstétrica institucional.</p> <p>Garantir às mulheres as melhores condutas de saúde, na base de um cuidado obstétrico integral permeado pela assistência de qualidade com base em evidência científica e respeitando o direito de escolha da mulher é um direito constitucional e um dever de todos os profissionais de saúde, garantindo assim o</p>
--	--	---	---

				cuidado humanizado através do cruzamento entre a ciência e as emoções. Nesta ótica, os profissionais devem procurar satisfazer as verdadeiras necessidades das mulheres, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.
<p><b><i>“Perception of black puerperal women about the care received in childbirth” (Artigo 13)</i></b></p> <p>Aragão, T. &amp; Santos, A. 2023 Brasil CINAHL Complete</p>	<p>Descrever as percepções de puérperas negras acerca dos cuidados recebidos durante o parto</p>	<p>Subprojecto de uma pesquisa mais ampla do tipo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa.</p> <p>Amostra com 10 puérperas adultas e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A determinação da amostra ocorreu mediante o critério de saturação de dados e a técnica de colheita foi a entrevista semiestruturada. Neste subprojecto foram utilizadas as respostas dadas pelas puérperas às perguntas focadas nas suas percepções sobre o parto.</p> <p>Houve aprovação do Comité de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia. Assegurado o anonimato e a confidencialidade.</p> <p>Tratamento dos dados segundo análise de conteúdo de Bardin e usou-se um software para análise de dados qualitativos.</p>	<p>1) Humanização e boas práticas de atenção ao parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento e atenção recebida</li> <li>- Satisfação no atendimento desde a receção ao médico e bom funcionamento do serviço</li> <li>- Presença do acompanhante e a sua importância na gestão da dor</li> <li>- Utilização de técnicas de relaxamento e a possibilidade de livre movimentação da mulher, favorecendo o desenvolver do parto natural</li> </ul> <p>2) Vulnerabilidades no cuidado obstétrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demora no atendimento e dificuldade no acesso aos cuidados de saúde</li> <li>- A decisão rápida de cesariana e a sua cultura, sem comunicação efetiva à mulher por parte do médico</li> <li>- Cuidado inseguro com influência na insegurança da mulher face à orientação do profissional e o desrespeito pela privacidade no momento do parto.</li> </ul>	<p>As puérperas salientam a maneira de cuidar atentas às necessidades da mulher, desde o acolhimento até ao parto, contando com acompanhamento qualificado, experiente e com o compromisso dos profissionais, de forma humanizada e ética, que asseguram um parto sem sofrimento.</p> <p>A presença do acompanhante é considerada boa prática e traduz-se em apoio, segurança, redução da dor e de intervenções obstétricas e diminuição da sensação de solidão, aumentando a coragem da mulher e a força para enfrentar o trabalho de parto.</p> <p>A utilização de técnicas de relaxamento e a livre movimentação da mulher são boas práticas que se relacionam com o relaxamento da musculatura pélvica e progressão do feto no trajeto do parto. Essas e outras tecnologias não farmacológicas como o banho favorecem a desmedicalização do corpo e auxiliam a mulher a relaxar, aliviam a dor e promovem a sensação de acolhimento e aconchego. Dessa forma, ressalva-se a necessidade de investimento nestas práticas reconhecidas que contribuem, consequentemente para a melhoria dos cuidados e do serviço.</p> <p>O cuidado inseguro e o desrespeito à privacidade e autonomia da mulher negra no momento do parto constituem situações de violência e racismo obstétricos, denunciando a necessidade de melhoria da qualidade do cuidado e da implementação de políticas públicas de qualidade, mudando o cenário de assistência ao parto.</p>

**APÊNDICE VI – Entrevista semiestruturada**

Apresentação.

Informar sobre o estudo.

Providenciar consentimento informado, solicitando leitura e assinatura.

Pedir autorização para gravação áudio.

**Dados de caracterização sociodemográfica:**

Idade \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Habilitações literárias \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Dados de caracterização obstétrica:**

Primeira gravidez? Sim  Não

Índice Obstétrico: \_\_\_\_\_

**Dados da gravidez:**

Idade Gestacional à data do parto (gravidez atual): \_\_\_\_\_

A gravidez foi vigiada? \_\_\_\_\_

Patologias da gravidez? \_\_\_\_\_

**Questões Abertas**

1. Fale-me da sua experiência vivida de parto, desde que entrou no hospital, durante todo o trabalho de parto (cuidados que lhe foram prestados pelos enfermeiros).
2. Durante todo o trabalho de parto, como foi a sua experiência relativamente aos cuidados

Data:

Hora início:

Hora fim:

Agradecer a disponibilidade e colaboração.

**APÊNDICE VII – Consentimento informado**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, Catarina dos Santos Souto, enfermeira a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém, venho, por este meio, solicitar a sua participação numa investigação com o tema “*A percepção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem no trabalho de parto*”. O intuito do estudo é perceber a opinião das mulheres sobre a humanização dos cuidados prestados por Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no trabalho de parto; identificar as atitudes e intervenções de Enfermagem percecionadas como características e promotoras da humanização dos cuidados; identificar as atitudes e intervenções percecionadas como indo de encontro à humanização dos cuidados. Desta forma, os benefícios da investigação prendem-se com a melhoria do conhecimento relativo aos cuidados humanizados durante o trabalho de parto e, conseqüentemente, da prática, promovendo experiências de parto mais positivas e significativas para as mulheres.

A sua participação, através de resposta algumas questões em entrevista a agendar e com a duração de cerca de 30 minutos, é de carácter voluntário. A mesma será audiogravada e transcrita, posteriormente, na íntegra. Após a transcrição, o áudio será permanentemente eliminado e a entrevista transcrita ser-lhe-á devolvida para leitura e apreciação. Serão sempre garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que os mesmos serão apenas mobilizados para o fim a que se destinam e a entrevista será identificada através de numeração. Não existem respostas certas ou erradas às questões.

A qualquer momento poderá desistir de participar no estudo, sem qualquer prejuízo.

Agradeço a sua disponibilidade e contributo, que considero fundamental.

Em caso de dúvida ou necessidade de algum esclarecimento relativo ao estudo, poderá contactar-me via e-mail (220001120@essaude.ipsantarem.pt).

Confirmo a explicação do estudo à participante,

A investigadora:

\_\_\_\_\_

(Catarina dos Santos Souto)

Data:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, abaixo assinada, tomei conhecimento da finalidade do estudo, objetivos, benefícios e riscos do mesmo, bem como a análise e tratamento dos dados. Declaro ter-me sido dada a oportunidade de colocar todas as questões sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta, bem como ter-me sido dado tempo para refletir sobre a proposta.

Declaro ter compreendido a informação que me foi fornecida e aceito/ não aceito (riscar o que não interessa) participar no estudo e a posterior divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

---

\_\_\_/\_\_\_/2024

**APÊNDICE VIII – Projeto de Investigação**

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

**9º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

**PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

**Mestranda:**

Catarina dos Santos Souto

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**  
**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**  
**2º ANO – ANO LETIVO 2023/2024**  
**ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**A PERCEÇÃO DAS MULHERES SOBRE A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO**

**Mestranda:**

Catarina dos Santos Souto

**Professora Orientadora:**

Açucena Guerra



## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

TP – Trabalho de parto

## **RESUMO**

A humanização está intimamente relacionada com o ato de cuidar, pelo que podemos assumir indissociável da Enfermagem.

O cuidado humanizado surge alicerçado por uma relação dialógica inter-humana, especificamente profissional-sujeito, com base no respeito pelos direitos da pessoa que é cuidada e numa ótica de parceria de cuidados.

Especificamente no âmbito da Saúde Materna e Obstétrica, os cuidados à parturiente durante o trabalho de parto de baixo risco são da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que deve desenvolver a sua ação no sentido de promover uma experiência de parto significativa para a mulher.

Contudo, a crescente medicalização do trabalho de parto e aumento da intervenção em resposta à evolução tecnológica e a inconstância social vivida no nosso país nos cuidados obstétricos levam-nos a refletir sobre a prática dos cuidados humanizados. Com o intuito de melhorar a prática de cuidados de enfermagem e tentando responder à questão de investigação *“Qual a perceção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem no trabalho de parto?”*, desenvolveu-se este projeto de investigação, com o objetivo geral de Conhecer a opinião das mulheres sobre a humanização dos cuidados prestados Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no trabalho de parto; e os específicos de Identificar as atitudes e intervenções de Enfermagem percecionadas como características e promotoras da humanização dos cuidados, no trabalho de parto; e, Identificar as atitudes e intervenções humanizadoras dos cuidados.

Será tida em conta uma metodologia de investigação, no paradigma qualitativo, em que a colheita de dados realizada através de entrevista, semiestruturada, numa amostra de puérperas selecionadas por conveniência, até se atingir a saturação de dados. A análise dos dados será realizada através da análise de conteúdo de Bardin (2016).

**Palavras-chave:** Humanização; Cuidados de Enfermagem; Trabalho de parto.

## **INTRODUÇÃO**

Humanizar intenta o bem-estar, onde se valorizam não só às dimensões técnico-científicas do cuidado, mas também considerando a pessoa como fim e nunca como meio, respeitando os seus direitos enquanto ser único dotado de dignidade, autonomia, subjetividade e merecedor do reconhecimento do profissional de saúde numa relação pessoa-pessoa (Corbani et al., 2009; Freitas, 2017 citando Almeida, 2014). A humanização está intimamente relacionada com o ato de cuidar, ou seja, com a prática da Enfermagem. O cuidar em Enfermagem e a humanização são, assim, indissociáveis, sendo o cuidado humanizado – dependente e apoiado na relação dialógica inter-humana – o instrumento de trabalho da Enfermagem (Souza, 2012, in Amestoy, Schwartz e Thofehrn, 2006).

Na área específica da Saúde Materna e Obstétrica, considerando a Orientação nº 002/2023 emitida pela Direção Geral da Saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2023), que regulamenta a responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na vigilância e assistência ao trabalho de parto (TP) de baixo risco, o EEESMO é o principal agente no cuidado à parturiente e ao feto durante o TP e nos cuidados à mulher após o parto.

Posto isto, e considerando o disposto no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento nº 391/2019), este deve garantir o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, assegurando um ambiente seguro que potencie o bem-estar da parturiente e do recém-nascido, desenvolvendo a sua ação no sentido do encontro dialógico e em parceria com a mulher e família, assegurando a satisfação das suas necessidades e adequando/gerindo as suas expectativas, visando uma experiência de parto significativa.

Deste modo, o presente projeto de investigação, inserido na Unidade Curricular Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica lecionado na Escola Superior de Saúde de Santarém, pretende planear uma investigação sobre a temática da humanização de cuidados, respondendo às competências específicas do EEESMO e desenvolver o conhecimento na ciência da enfermagem.

O presente projeto inicia-se com uma breve justificação da problemática em estudo, seguido do enquadramento concetual que sustenta a investigação, passando de seguida para a apresentação da metodologia e das considerações éticas a ter em conta durante a mesma.

## **PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

Ao longo dos anos, os cuidados prestados às mulheres durante o parto foram alvo de significativas mudanças. Até ao Século XVII, o parto era um evento exclusivamente da mulher que decorria geralmente no domicílio, num ambiente íntimo e familiar, assistido por parteiras, geralmente pertencentes a classes sociais mais baixas, com conhecimentos empíricos e habilidades desenvolvidas no contexto da prática quotidiana de assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. A medicina não detinha muito conhecimento relativamente ao processo de parir e as parteiras eram os modelos do conhecimento e assistência no parto (Kappaun & Costa, 2020; Vendrúscolo & Kruehl, 2015 cit. Maldonado, 2002). Contudo, o parto estava diretamente relacionado com elevadas taxas de mortalidade materna, sendo responsável pela reduzida esperança de vida, pelo que cada vez mais os médicos eram chamados a intervir e se foi hospitalizando o processo (Kappaun & Costa, 2020).

Desta forma, o parto foi sendo cada vez mais medicalizado e, no Século XX, com o desenvolvimento técnico-científico a gravidez e o nascimento tornaram-se eventos exclusivamente hospitalares, apresentando, em 1994, uma percentagem de 100% de partos efetuados em instituições de saúde (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023; Possati et al., 2017). A partir daí e considerando a contribuição significativa deste modelo na redução da mortalidade materna e perinatal, a assistência ao parto passou a ser uma prática intervencionista, onde a mulher era muitas vezes submetida a procedimentos desnecessários ou que interferiam no curso fisiológico do parto sob o poder do “saber médico” que se sobrepunha às particularidades do parto, à autonomia da mulher e às suas necessidades individuais (Kappaun & Costa, 2020; Nicida et al., 2020; Possati et al., 2017).

Nesta ótica, os profissionais de saúde passaram a ser os autores do processo de parto e a medicalização era, então, uma forma de expropriação da mulher em relação aos seus direitos e à sua capacidade de tomada de decisão pois, o conhecimento científico apenas ao médico pertencia e não podia ser partilhado com o consumidor dos seus serviços (Nicida et al., 2020). Este modelo de assistência mecanicista, medicalizada e intervencionista no TP põe em causa a individualidade dos cuidados e a fisiologia do parto, condicionando as experiências de parto (Moura et al., 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), experiência de parto positiva é aquela que cumpre ou excede as expectativas da mulher/casal, garantindo a realização pessoal e permitindo o controlo e envolvimento da mulher na tomada de decisão, incluindo em caso de necessidade de intervenção médica. Além disso, a experiência de parto positiva pressupõe o nascimento de um bebé saudável num ambiente seguro e de apoio, com a presença de um acompanhante significativo e de uma equipa respeitadora e tecnicamente competente.

Sob a perspetiva da humanização, os cuidados prestados à mulher durante o TP visam o resgate do parto enquanto evento fisiológico, único e positivo, mas não se limitam à realização ou não de práticas e intervenções considerando, mas consideram a mulher como a personagem principal do processo, com uma voz ativa e direito de escolha (Moura et al., 2020; Organização Mundial da Saúde, 2018; Possati et al., 2017)

Além disso, a conjuntura atual do encerramento das maternidades, evidencia as lacunas dos cuidados centrados na mulher, na medida em que gera ansiedade e insegurança na parturiente, desnecessárias no processo do TP, sendo que neste o ambiente deve ser calmo, tranquilo e seguro para parir, impactando negativamente a experiência das mulheres e a forma como se nasce em Portugal.

A investigação parte de uma situação que desencadeia dúvida, que requer uma melhor compreensão ou mesmo explicação e de onde deriva o tema e se elabora a questão que servirá de fio condutor à investigação (Fortin, 2009).

A presente investigação surge de motivações pessoais pela crescente intervenção e medicalização do TP em resposta à evolução tecnológica das últimas décadas, que apesar de apresentar uma redução significativa na morbi-mortalidade materno-fetal, tem implicações no processo fisiológico do parto e no seu significado para as mulheres (Nicida et al., 2020). Neste sentido, tendo por base o tema *“A perceção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem no trabalho de parto”*, pretende-se responder à questão de investigação *“Qual a perceção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem no trabalho de parto?”*

Realizada uma pesquisa inicial, foi possível verificar que a investigação relativa ao tema da humanização dos cuidados durante o TP remete, sobretudo, ao início dos anos 2000, ainda que se verifiquem revisões integrativas da literatura em 2017 e 2022, mas cujo foco incide sobre a perspetiva do enfermeiro.

No presente estudo, perspetiva-se uma abordagem à parturiente, à sua perceção, singular, como ser holístico (Paterson & Zderad, 2008) sobre a humanização dos cuidados.

Por tudo isto, definiu-se como objetivo geral da investigação:

- Conhecer a opinião das mulheres sobre a humanização dos cuidados prestados por Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no trabalho de parto.

E como objetivos específicos:

- Identificar as atitudes e intervenções de Enfermagem percecionadas como características e promotoras da humanização dos cuidados, no TP.
- Identificar as atitudes e intervenções humanizadoras dos cuidados.

Segue-se uma breve conceitualização da temática a estudar.

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Conforme referido por Fortin (2009), os conceitos são ideias abstratas passíveis de serem observadas concretamente, isto é, representações mentais de factos reais, e que se apresentam como o objeto de estudo. Assim, torna-se importante abordar os conceitos presentes neste estudo específico, nomeadamente o Trabalho de parto, a Humanização e os Cuidados de Enfermagem.

Na presente investigação, entende-se por **trabalho de parto** como o conjunto de fenómenos fisiológicos, espontâneos ou induzidos que, através do apagamento e dilatação cervical e à progressão do feto no canal de parto, culminam na expulsão deste e anexos para o exterior (Graça, 2017). Admitem-se quatro estádios no TP: Primeiro estádio que corresponde ao apagamento e dilatação do colo uterino; o segundo estádio que engloba o período expulsivo até ao nascimento; o terceiro estádio inicia-se imediatamente após o parto e corresponde ao período da dequitação; e o quarto estádio, e último, que diz respeito às duas horas após o parto (Fatia & Tinoco, 2016). Atendendo à Orientação nº 002/2023 (DGS, 2023), o cuidado e acompanhamento da mulher e feto durante todo o processo é da responsabilidade do EEESMO.

A **humanização** pode ser descrita como o aumento da promoção de saúde tendo como conceitos centrais a partilha e construção de saberes, o trabalho em equipa e a deferência aos interesses dos diferentes setores da saúde (Coelho & Vergara, 2015). Para Paterson & Zderad (2008), humanização é um estado de bem-estar e estar-melhor para os intervenientes do processo de escolher de forma responsável. Humanizar intenta, assim, o bem-estar, onde se valorizam não só às dimensões técnico-científicas do cuidado, mas também considerando a pessoa como fim e nunca como meio, respeitando os seus direitos enquanto ser único dotado de dignidade, autonomia, subjetividade e merecedor do reconhecimento do profissional de saúde numa relação pessoa-pessoa (Corbani et al., 2009; Freitas, 2017 citando Almeida, 2014). Para Souza (2012), citando Amestoy, Schwartz e Thofehr (2006) a humanização está intimamente relacionada com o ato de cuidar ou seja, com a prática da Enfermagem. O cuidar em Enfermagem e a humanização são, assim, indissociáveis, sendo o cuidado humanizado – dependente e apoiado na relação dialógica inter-humana – o instrumento de trabalho da Enfermagem. Na ausência deste encontro dialógico a assistência humanizada é colocada em risco, pela dificuldade no estabelecimento de uma relação de confiança e de parceria de cuidados.

Para Ribeiro et al. (2018, p.7) *“quando um enfermeiro adota uma teoria de enfermagem, adota-a quase sempre em relação a todos os conceitos: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente”*.

Nesta ótica e considerando a Teoria Humanística de Enfermagem (Paterson & Zderad, 2008), a **Pessoa**, especificamente a parturiente, enquanto ser holístico, biopsicossocial que beneficia dos cuidados de enfermagem, é olhada na sua singularidade, onde a sua experiência de vida tem influência na consciência humana dela própria e do outro. Além disso, é considerada sua moralidade e capacidade de escolha, bem como os seus valores e a sua autenticidade. No que respeita ao conceito de **Ambiente**, os autores não lhe atribuem definição. Contudo, consideram que a pessoa é afetada pelo ambiente, pelo contexto onde se insere e pela família e comunidade onde cresceu. Através do ambiente e da influência da visão inicial do lar e da comunidade bem como, das experiências vividas, a pessoa atribui significados aos fenómenos, podendo assim, pessoas diferentes sentirem as vivências de forma distinta. Desta forma, o Enfermeiro deve ter em conta a forma como a pessoa cuidada, inserida na comunidade, experiencia o mundo e os fenómenos. Posto isto, neste caso, considera-se o ambiente como o contexto do TP.

Por sua vez, a **Saúde** é tida como uma questão de sobrevivência, como uma qualidade de vida ou morte, através do potencial que os indivíduos possuem para o bem-estar e o estar melhor, sendo a **Enfermagem** a resposta a uma situação humana de necessidade onde o cuidar não se relaciona apenas com os conceitos de saúde-doença, implicando a valorização do potencial da pessoa cuidada, ajudando-a a tornar-se mais humanamente capaz no seu contexto particular. Esta é ainda descrita como um acontecimento inter-humano, que envolve todas as capacidades dos participantes com vista ao bem-estar e ao mais-ser, e como uma forma de humanismo onde os interesses, valores e dignidade humanos alicerçam a prática (Paterson & Zderad, 2008).

## **MÉTODO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A investigação científica define-se como um processo racional, sistemático e rigoroso de aquisição de conhecimentos através da colheita de dados observáveis e verificáveis e cujas funções essenciais passam por descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos (Fortin, 2009).

A problemática de investigação, o objeto de estudo e as questões que lhe procuram dar resposta determinam a abordagem metodológica (Fortin, 2009). Considerando o tema a estudar e a questão de investigação propõe-se o desenvolvimento da investigação dentro do paradigma qualitativo, tendo em conta que o propósito da metodologia qualitativa se prende com a descoberta, exploração, descrição e compreensão dos fenómenos, considerando os pontos de vista dos participantes, permitindo perceber a maneira como estes interpretam esses fenómenos no seu contexto (Fortin, 2009).

Trata-se, assim, de um estudo exploratório e descritivo, já que “a investigação qualitativa é descritiva” e “a descrição funciona bem como método de recolha de dados, quando se pretende que nenhum detalhe escape ao escrutínio” (Bogdan & Biklen, 1994, p.48-49). O investigador pretende investigar e compreender as vivências humanas e os significados atribuídos pelas parturientes à humanização dos cuidados, durante o TP e apreender a experiência e essência humana sob diferentes perspetivas, únicas e pessoais numa determinada situação, em detrimento de qualquer explicação (Buffon et al., 2017; Fortin, 2009; Graças, 2000).

Relativamente à população a estudar, designada “população-alvo”, define-se como o conjunto de sujeitos que partilham determinadas características e que satisfazem os critérios de inclusão. Contudo, na impossibilidade de alcançar todos os elementos, é incluída apenas uma fração da população que deve ser o mais fiel possível a esta, ou seja, representativa (Fortin, 2009). Tendo em conta a temática em estudo, definem-se como critérios de inclusão dos participantes:

- Puérperas;
- Mulheres cuja gravidez foi classificada como sendo de baixo risco de acordo com a Escala de Goodwin modificada (DGS, 2016);
- Mulheres cujo trabalho de parto foi assistido por Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- Mulheres que aceitem participar no estudo;

- Mulheres que falem língua portuguesa, fluentemente;

O método de amostragem a utilizar será a amostragem não probabilística, especificamente a amostragem por conveniência, na qual a amostra é constituída por elementos que se enquadram nos critérios de inclusão e são facilmente alcançáveis – no sítio certo à hora certa (Fortin, 2009). Quanto ao número de participantes, este não pode ser definido previamente por depender dos dados colhidos, sendo recorrente a aplicação do princípio da saturação de dados – que acontece quando a colheita de dados já nada acrescenta de novo – para determinação do tamanho da amostra (Fortin, 2009).

No que concerne à colheita de dados, em investigação qualitativa o investigador integra a colheita de dados no terreno, recorrendo a instrumentos de colheita de dados como a entrevista, a observação, documentos impressos e notas de campo (Fortin, 2009). A entrevista, enquanto técnica mais comumente utilizada, pode ser aplicada por si só, ou concomitantemente com um dos outros instrumentos, com a finalidade de recolha de dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, possibilitando, assim, ao investigador compreender como os sujeitos interpretam os fenómenos (Bogdan & Biklen, 1994; Fortin, 2009). No presente caso, optou-se pela entrevista semiestruturada.

A análise dos dados será realizada através da técnica de análise de conteúdo que é definida como um conjunto de técnicas que analisam as comunicações, sejam elas orais ou escritas (Bardin, 2016).

As entrevistas procedem um consentimento informado e serão audiogravadas para posterior transcrição de verbatim. Os áudios serão, após transcrição, destruídos permanentemente. Através da leitura atenta das transcrições tentar-se-á compreender o sentimento nelas presente. Posteriormente serão isoladas as frases que se relacionam com o fenómeno em estudo e serão definidas categorias que se representarão como unidades temáticas, no relatório final de investigação.

### **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Independentemente do objeto de estudo, a investigação deve proceder respeitando os direitos da pessoa (Fortin, 2009). Para o desenvolvimento da investigação prevê-se o cumprimento dos seguintes princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana:

- Consentimento livre e esclarecido, onde o participante tem o direito de decidir por ele próprio participar ou não no estudo, após obter a informação essencial e compreendendo quais as implicações do estudo, na certeza de poder cessar a sua participação quando entender sem qualquer prejuízo para o próprio.
- Intimidade, onde o participante decide o que quer tornar público no contexto de uma investigação.
- Anonimato e confidencialidade das informações, onde o participante vê garantida a proteção da sua identidade e a impossibilidade do seu reconhecimento a partir das suas respostas, e onde são mantidos secretos os dados recolhidos, mesmo após o término da investigação.
- Justiça e equidade no tratamento dos participantes, sem qualquer discriminação entre eles e imparcialidade na seleção de métodos e regras.
- Equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, tendo em conta que os benefícios não serão diretos para os participantes, estendendo-se à melhoria do conhecimento e da prática, podendo ser útil futuramente. Os riscos inerentes são praticamente inexistentes, podendo cingir-se ao incómodo de ter de disponibilizar tempo para responder a questões com alguma exposição pessoal.

Atendendo ao exposto, formalizar-se-á o pedido de colaboração através da disponibilização e assinatura do consentimento informado. Como referido anteriormente, as entrevistas serão audiogravadas e transcritas o quanto antes, sendo que os participantes serão identificados através de códigos P1, P2, P3, Px, garantindo, assim, o anonimato. Após transcrição completa e validada, as audiografações serão eliminadas permanentemente.

Os dados serão partilhados apenas com a Professora Orientadora para esclarecimento de dúvidas e questões de interpretação e categorização.

Posto isto, considera-se pertinente a presente investigação, sendo que os resultados obtidos contribuirão não só para a melhoria do conhecimento na área, mas

também para o aperfeiçoamento no âmbito da prestação de cuidados de qualidade, intentando, simultaneamente a humanização do cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (Edições 70, Ed.; 1st ed.).
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto Editora.
- Buffon, A. D., Martins, M. R., Cesar, M., & Neves, D. (2017). A Fenomenologia como Procedimento Metodológico em Pesquisa Qualitativa na Formação de professores. In *XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências*.
- Coelho, N. R., & Vergara, L. M. (2015). Teoria de Paterson e Zderad: Aplicabilidade humanística no parto normal. *Cogitare Enfermagem*, 20(4), 829–836. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.40323>.
- Corbani, N. M. de S., Brêtas, A. C. P., & Matheus, M. C. C. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 349–354. <https://www.scielo.br/j/reben/a/Z5yjFq7KW3HW7C34DRstwHp/?format=pdf&lang=pt>.
- Direção Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- Fátia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308–320). Lidel.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Lusodidacta, Ed.).
- Freitas, C. M. dos S. (2017). *A Humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de Enfermagem*. Instituto de Ciências da Saúde.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2023, June 19). *PORDATA*. Partos: Total e Em Estabelecimentos de Saúde. <https://www.pordata.pt/portugal/partos+total+e+em+estabelecimentos+de+saude-152>.
- Graças, E. M. (2000). *Pesquisa qualitativa e a perspetiva fenomenológica: Fundamentos que norteiam sua trajetória* (Vol. 4, Issue 2).
- Kappaun, A., & Costa, M. M. M. da. (2020). A Institucionalização do parto e as suas contribuições na violência obstétrica. *Revista Paradigma*, 29(1), 71–86.

- Moura, J. W. S. de, Leite, J. C. de S., Oliveira, V. R. de, & Silva, J. P. X. (2020). Humanização do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um centro de parto normal. *Enfermagem Em Foco*, 11(3), 202–208. <https://orcid.org/0000-0002-5459-3310>.
- Nícida, L. R. de A., Teixeira, L. A. da S., Rodrigues, A. P., & Bonan, C. (2020). Medicalization of childbirth: The meanings attributed by the literature on childbirth care in Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(11), 4531–4546. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>.
- Regulamento nº 391/2019, Pub. L. No. 85 (2019). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019\\_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf).
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (2008). *Humanistic Nursing*. Project Gutenberg.
- Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2017). Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Escola Anna Nery*, 21(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>.
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>.
- Souza, P. A. (2012). *Humanização da assistência na enfermagem: uma revisão integrativa* [Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais]. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-9DVFC6>.
- Vendruscolo, C. T., & Kruehl, C. S. (2015). A História do Parto: do domicílio ao hospital, das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia*, 16(1), 95–107. <https://doi.org/10.03.2016>.

**APÊNDICE IX – Matriz de análise de conteúdo**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
A: Relação com os enfermeiros	A1: Comunicação eficaz	Apresentação	P4 "(...) todo o pessoal médico que entrou se apresentou, tanto enfermeiras como, depois no dia do parto (...) apresentaram-se todos como médicos, pronto, hum acompanhados da enfermeira que já me estava a acompanhar (...)”
		Consentimento informado	P1 "(...) até a episiotomia e até carregarem-me aqui na barriga quando foi a minha altura do parto, foi-me tudo dito antes de acontecer, foi-me tudo perguntado (...) se poderiam fazer, se era para fazer (...)”; "(...) Quando nos é explicado e nós temos esse consentimento, hum, claro, hum, é por aí, foi logo positivo em todos os aspetos.” P2 “Sim, pediram tudo [consentimento]. Nunca senti assim brutalidade nem nada disso.”; (...) perguntavam-me sempre «posso? Vou-lhe fazer uma maldade». Foi espetacular (...)” P3 “Mesmo eu tive que ser cortada, tive só mesmo um ponto, mas perguntaram também se... Disseram que iam fazer, explicaram essas coisas todas...” P4 “(...) inclusive todas as dúvidas que eu tinha eu perguntava, não é? E as enfermeiras, todas elas, mesmo nas mudanças de turno, elas explicavam-me tudo direitinho (...)”; “sim, [a comunicação foi] muito importante porque eu não queria principalmente que me fizessem procedimentos desnecessários e que eu não soubesse (...) e eu acho isso muito importante porque o corpo é nosso.”; “(...) ao longo dos procedimentos ela explicou-me tudo (...)”; “(...)todas aquelas enfermeiras foram muito prestáveis e informaram-me sempre do que estavam a fazer, que era aquilo que eu queria, pronto.”; “(...) senti-me respeitada na mesma porque foram perguntando e informando de tudo aquilo que estavam a fazer (...)”; “(...) senti que, pronto, me informaram de tudo (...)” P5 “Explicaram-nos, tudo. (...) super informado, super humanizado no sentido em que não nos esconderam nada.”; “E mesmo depois quando eu estava a ser intervencionada após o nascimento, foi me explicado tudo desde a anestesia que estava a ser dada até, hum, ao número, não o número de pontos, mas onde é que eu estava a levar pontos, porquê... Hum, e pronto, foi uma experiência muito bonita, pronto.”
		Simpatia	P2 “(...) super simpáticas, nunca senti stress, nunca senti nada, foi tudo muito tranquilo.”; “Sim, sim. [falaram sempre cordialmente] (...) eu se calhar noto muita diferença, hum porque tenho um filho com 20 anos, e desse filho para agora, hum, foi tudo diferente, não tem nada a ver. Antigamente era diferente, não havia tanta sensibilidade (...) mesmo a maneira de falar...” P3 “(...) a enfermeira da triagem super simpática”; “Foi só mesmo elas a serem super simpáticas [que aliviou a dor]”; “(...) 3 enfermeiras lá no quarto e eu não posso ser mais grata por elas (...) elas sempre com palavras tipo de calma (...)”; “(...) todas super simpáticas (...)”
	A2: Cuidado individualizado	Promoção do papel ativo	P2 “(...) houve ali uma altura em que eu estava completamente descontrolada, eu acho que não ia conseguir, mas depois a enfermeira disse «agora vais parar de fazer força, vais só respirar, só respirar» e eu «ok!», então eu respirei, respirei e, entretanto, elas disseram «agora, devagarinho, devagarinho» (...) e correu tudo maravilhosamente bem (...)” P4 “(...) a enfermeira disse ia mesmo tentar e respeitar [a decisão de rejeitar a episiotomia] e pronto, respeitou (...)”; “Eu tinha tudo no meu plano de parto.”; “Uma das minhas preocupações foi também o facto de poder ir urinar sozinha à casa de banho e pude. Cada vez que eu precisava e que pedia, elas depois tiravam-me...”; P5 “(...) questionaram-nos logo acerca de se havia alguma particularidade relativamente ao parto que nós quiséssemos salvar...”
		Apoio dos profissionais	P1 “(...) nunca tive medo de pedir a epidural, nunca tive medo de pedir ajuda, do que fosse, ou seja sempre me deram essa abertura (...)”; “(...) [o cuidado da equipa atento às necessidades] era tudo o que eu precisava, pronto.” P2 “(...) foram muito cuidadosas (...)”; “E quando foi na altura do parto, elas, hum, achei muito preocupadas.... Ajudavam (...)”; “Sim [a maneira de cuidar foi atenta às necessidades], senti-me muito bem, hum, foram muito atenciosos.” P3 “A enfermeira esteve sempre lá, super querida, sempre a perguntar se estava tudo certo, tudo ok.”; “(...) e a passar a mão na cara e a tranquilizar (...) elas estavam sempre lá a ver se estava tudo ok.”; “(...) e mesmo só o toque delas, sempre a passar a mão na cara e essas coisas [foi muito positivo] (...)” P4 “Eu acho que ninguém viu o meu plano de parto, mas por outro lado eu senti-me respeitada (...) senti-me muito respeitada, senti que me estavam sempre, sempre preocupados como é que eu estava, se estava a conseguir controlar a dor...”; “Achei que foi mesmo no tempo correto [intervalo entre cervicometrias], achei que em termos de toque, pronto, físico mesmo, achei que os enfermeiros

			<p>foram mais meiguinhos do que os propriamente os médicos (...) era o que eu precisava e que queria, sim. Fiquei muito contente.”</p> <p>P5 “hum, eu tinha feito plano de parto, depois acabei por nem partilhar com a equipa, hum, porque partilhei com o enfermeiro e foi tudo, ou seja, tudo aquilo que eu escrevi só não se realizou o que não foi possível (...); (...) eu também falei com a enfermeira acerca dos toques, para ser só uma pessoa a fazer e ela explicou-me logo que isso era procedimento aqui e que só mesmo se houvesse uma troca, a troca de equipa, sim, é que isso não aconteceria.”</p>
<b>B:</b> Presença de Conforto	<b>B1:</b> Presença de acompanhante	Fator positivo	<p>P1 “(...) para mim foi bastante positivo poder ter o meu acompanhante sempre lá e acho que isso é das melhores coisas que pode existir, seja ele o pai da criança ou seja a mãe, ou pessoa de referência (...)”</p> <p>P2 “(...) o pai também teve sempre presente, esteve sempre lá, esteve sempre junto a mim, se quisesse, se não quisesse podia-se afastar, (...) Mas foi muito importante ter lá o pai.”</p> <p>P5 “Sim, sim [foi importante o ter sido permitida a presença do acompanhante]. E o facto de podermos escolher quem era o acompanhante e não haver mais acompanhantes.”</p>
		Perceção da dor	<p>P3 “E devo ter ficado aí uma duas horas, ou três horas depois ali sozinha, porque ele não podia estar lá ao pé de mim no CTG, mas, foi isso, eu estava com muitas dores, muitas dores (...) e disseram que eu podia ir logo chamá-lo (...)”</p> <p>P4 “. Ele [acompanhante] esteve sempre comigo e foi muito importante, mesmo, porque eu acho que, eu só com os 3 cm de dilatação eu já estava a sentir contrações e depois (...) nos 4 cm eu já não estava a saber lidar com a dor.”</p>
	<b>B2:</b> Estratégias não farmacológicas de alívio da dor	Bola de pilates e movimentação livre	<p>P2 “(...) [Sugeriram] Utilização da bola, explicaram-me exercícios para fazer em pé, até porque no início eu não quis a epidural, perguntaram-me se eu queria e eu disse «por enquanto não, vamos ver como corre», e então explicaram-me como eu podia aliviar a dor, os exercícios, se eu quisesse estar deitada podia estar deitada, se eu quisesse estar de pé podia estar de pé, (...) foi super tranquilo.”</p> <p>P3 “(...) elas disseram logo que eu podia andar se quisesse, até me perguntaram se eu queria uma bola de pilates, perguntaram essas coisas todas, só que primeiro filho e com as dores que eu estava, só queria estar, nem sei... Eu estava sentada, a rodar como se estivesse numa bola de pilates, mas elas perguntaram e disseram se eu não queria andar e essas coisas (...)”</p>
		Musicoterapia	<p>P2 “(...), permitiram pôr música (risos), foi super tranquilo.”</p>
		Exercícios de respiração	<p>P4 “(...) controlar a respiração, a fazer os exercícios, só que eu pensei que fosse mais controlável, tanto que eu cheguei a um ponto em que eu já não estava mesmo a conseguir controlar a respiração, então fui eu que por iniciativa própria pedi para me darem epidural.”</p> <p>P5 “(...) também deram-me uma série de técnicas [respiratórias] para facilitar o processo, tanto que eu nem sequer senti nada, não vi, não senti... só não senti dor, pronto, que é a parte boa.”</p>

**APÊNDICE X – Folheto informativo “Administração de Enoxaparina na Gravidez”**

7. Inserir a agulha com um movimento firme, num ângulo de 90° e pressionar o êmbolo até à administração total do líquido, mantendo sempre a prega.
8. Retirar a agulha no mesmo ângulo e soltar a prega em simultâneo.
9. Depositar a seringa em recipiente próprio para agulhas

NÃO ESFREGUE O LOCAL DE ADMINISTRAÇÃO. ALTERNE OS LOCAIS DE ADMINISTRAÇÃO PARA EVITAR A FORMAÇÃO DE HEMATOMAS. EM CASO DE HEMORRAGIA, DEVE SUSPENDER A ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO E DIRIGIR-SE AO HOSPITAL.

Desenvolvido no âmbito do EC  
de Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstétrica na  
Gravidez Patológica

Realização: Catarina Souto  
AMEESMO  
Orientação: EESMO Isabel Martins  
e Docente Açucena Guerra

## ADMINISTRAÇÃO DE HEPARINA NA GRAVIDEZ



Algumas patologias podem implicar a necessidade de administração de enoxaparina durante a gravidez.

### HEPARINA

É uma substância anticoagulante utilizada para evitar a formação de trombos que podem causar complicações materno-fetais durante a gravidez.

A sua utilização requer prescrição médica.

### APRESENTAÇÃO

Seringa pré-cheia. Contém uma bolha de ar que não deve ser removida, sob risco de perda de medicamento.

### CONSERVAÇÃO

Conservar à temperatura ambiente (<25°C) e ao abrigo da luz. Não congelar.

### ADMINISTRAÇÃO

Deve administrá-la todos os dias à mesma hora.

## COMO ADMINISTRAR?

1. Lavar bem as mãos
2. Sentar confortavelmente, de forma a conseguir ver o local de administração
3. Selecionar o local de administração



Área em U à volta do umbigo, afastado pelo menos 5cm deste, ou de qualquer lesão. Pode ser administrada, também, na face externa e superior da coxa ou face externa e superior da nádega.

4. Limpar a área com água e sabão
5. Segurar a seringa como se fosse um lápis,
6. Com o indicador e polegar da outra mão, fazer uma prega na pele

**APÊNDICE XI – Póster Encontro Unidade Local de Saúde Almada-Seixal**

# HUMANIZAÇÃO DO PARTO: PERSPETIVA DAS PARTURIENTES

Catarina Souto, Aluna do Curso de Mestrado em ESMO da Escola Superior de Saúde de Santarém  
Açucena Guerra, Professora Adjunta Convidada da Escola Superior de Saúde de Santarém

## INTRODUÇÃO

Os cuidados à mulher durante o trabalho de parto foram alvo de mudanças significativas ao longo dos anos, no sentido da medicalização do processo de parto, com melhoria das taxas de mortalidade materna e perinatal, mas com prejuízo no curso fisiológico do mesmo e, na autonomia da mulher e das suas necessidades individuais. Humanizar intenta ao bem-estar, com a valorização das dimensões técnico-científicas do cuidado e da pessoa, respeitando os seus direitos enquanto ser único.

## OBJETIVO

Mapear a evidência sobre qual a perceção das mulheres relativamente à humanização dos cuidados de Enfermagem prestados durante o trabalho de parto.

## METODOLOGIA

Scoping review de acordo com o Joanna Briggs Institute®. A pesquisa foi realizada em março de 2024, na Pubmed e plataforma EBSCOhost, utilizando a expressão de pesquisa: Humanism OR Humanization AND Pregnant women OR parturient AND Childbirth AND Parturition AND labor AND labor, obstetric AND Midwifery AND Obstetric nursing AND Nursing care.

## RESULTADOS

As puérperas consideram como atitudes e intervenções promotoras da humanização dos cuidados a utilização de técnicas não invasivas e não farmacológicas, a presença do acompanhante, o contacto pele a pele imediato e a maneira de cuidar atenta às suas necessidades; e como atitudes e intervenções percecionadas como obstáculos à humanização dos cuidados a violência verbal, a falta de comunicação, o abandono, a imposição da dieta zero, a restrição na liberdade de movimentação e posição, a utilização de práticas intervencionistas e a falta de incentivo à amamentação na sala de partos.

## CONCLUSÃO

Evidencia-se a importância do papel do EEESMO na humanização dos cuidados, pela perceção da individualidade de cada mulher no processo de parto, resgatando o parto como um evento fisiológico e evitando a sua medicalização, devolvendo à mulher os seus direitos e respeitando os seus significados, com humanidade e segurança.

## PALAVRAS-CHAVE

Humanização  
Trabalho de Parto  
Cuidados de Enfermagem  
Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstétrica

Aragão, T. E. B., & Santos, A. N. S. (2023). Perception of black puerperal women about the care received in childbirth. *Revista Baiana de Enfermagem*, 37. <https://doi.org/10.18471/RBE.V37.46421>  
Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Silva, A. M., Penna, L. H. G., Vieira, B. D. G., Silva, S. E. D., Reis, L. C., & Branco, M. B. L. R. (2022). Percepção de mulheres na assistência ao parto e nascimento: obstáculos para a humanização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>  
Sampaio, A. A., Silva, Â. R. de V., & Moura, E. R. F. (2008). Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿Norma, deseo o realidad? *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 73(3), 185–191. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008>

## ANEXOS

**ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde**



**PARECER**  
**Comissão de Ética para a Saúde**

---

**PARA:** Presidente do Conselho de Administração  
**DE:** Presidente da CES

**ASSUNTO:** PARECER SOBRE O PROJETO DE INVESTIGAÇÃO, INTITULADO: A perceção das mulheres sobre a humanização dos cuidados de enfermagem no trabalho de parto.

**DATA:** 16/05/2024

---

**1. Enquadramento**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem fenomenológica, na medida em que estuda as experiências tal como são vividas e descritas por quem as vivencia. O estudo tem como objetivo principal conhecer a opinião das mulheres sobre a humanização dos cuidados prestados por Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no trabalho de parto. E como objetivos específicos: identificar as atitudes e intervenções de Enfermagem percecionadas como características e promotoras da humanização dos cuidados, no Trabalho de Parto e bem como identificar as atitudes e intervenções humanizadoras dos cuidados.


**2. Avaliação da pertinência do estudo, a qualidade da sua conceção e o protocolo elaborado**

Foi avaliada a relevância e ganhos para a saúde, bem como a validade científica do protocolo de estudo. Consideramos que a forma como o estudo está desenhado não trará ganhos para a saúde (amostra pequena, sem grupo de controlo).

**3. Avaliação dos riscos e benefícios previsíveis**

Não estão identificados riscos para os participantes.

**4. Aptidão do investigador principal**

O investigador principal é a Mestranda Catarina dos Santos Souto, enfermeira a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia, a realizar estágio no Serviço de Ginecologia-Obstetrícia da 



**5. Condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo**

Consideram-se adequadas as condições materiais e humanas existentes no nosso Hospital para a realização da investigação em apreço.

**6. Montantes e modalidades de compensação eventuais dos participantes**

Não estão previstas compensações aos participantes do estudo.

**7. Modalidades de recrutamento dos participantes**

Os critérios de inclusão e exclusão estão bem definidos no protocolo. Contudo, consideramos que a forma como as 3 a 8 doentes serão incluídas não está clara. Sugerimos que a amostra seja alargada a todas as grávidas que cumpram os critérios de inclusão no período de estágio da investigadora principal. Não é compreensível que a amostra fique saturada com apenas 8 entrevistas.

**8. Situações de conflito de interesse por parte do promotor e do investigador**

Desconhecem-se situações de conflito de interesse.

**9. O prazo e condições de acompanhamento clínico dos participantes, após a conclusão do estudo clínico bem como, quando aplicável, o prazo de presunção superior ao previsto no nº3 do artigo 15º da Lei nº21/2014 de 16 de Abril**

Não aplicável ao presente estudo.

**10. O procedimento de obtenção de consentimento informado**

A apreciação da DPO [REDACTED] aprova a realização do estudo.

A CES, em sessão realizada a 16 de Maio de 2024, apreciou a fundamentação do investigador principal sobre o pedido de parecer e não encontrou conflitos éticos a condicionar a realização do Estudo. Apesar da ausência de conflitos éticos, consideramos que produção científica com grandes lacunas deve ser evitada. Aconselhamos a revisão dos vários elementos apontados no parecer para melhoria da investigação.

O processo foi votado pelos membros da CES presentes e foi aprovado com 7 votos a favor e duas abstenções.

**Presentes:**

Ana Azevedo, Carlos Chefe, Helena Russo, Pedro Lopes, Miguel Galego, Maria Fernanda Henriques, Rita Martins, Liliana Ciobanu, Manuela Ralha.

**A Relatora**



**A Presidente da CES**



**ANEXO II – Síntese de Registo de Atividades Práticas**

**Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities**

	Nº
<b>Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion</b>	501
<b>Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:</b>	302
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	
<b>Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:</b>	41
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	0
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	19
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	18
• Episiotomia/Episiotomy	37
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorraphy	
<b>Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk</b>	237
• Gravidez/Pregnancy (40)	15
• Trabalho de parto/Labor	3
• Puerpério/Puerperium	
<b>Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</b>	155
<b>Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)</b>	182
<b>Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care</b>	11
<b>Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</b>	49
<b>Prática simulada/Simulated practice:</b>	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	X
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	2
• Prática de partos pélvicos/Practice of breech births	2
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	2
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Practice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	X

Santarém, 24 julho 2024

 Estudante/Student Catarina dos Santos Souto

 Professor/Teacher Assinado por: AÇUCENA DE JESUS GALHANAS GUERRA  
 Num. de Identificação: 12721674

 Coordenador do curso/The course coordinator Assinado por: Maria da Conceição Fernandes Santiago  
 Num. de Identificação: 08560601