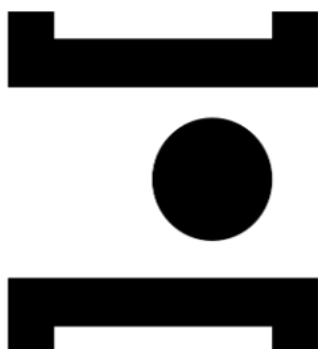


**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**Escola Superior de Saúde de Santarém**



**POLITÉCNICO  
DE SANTARÉM**

**PROCESSO DE TRANSIÇÃO NO CLIMATÉRIO - ESTRATÉGIAS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**Relatório de Estágio**

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

**Joana Tojal Pinto**

**Orientação:**

**Teresa Margarida Inácio Silva Carreira**

Dezembro, 2025

## **Agradecimentos**

Ao meu **marido** pelo apoio infinito, paciência, compreensão e companheirismo nesta caminhada.

Aos meus **pais e irmã** pela ajuda nos momentos mais complicados, pelo incentivo permanente, pelo amor e pelas palavras de apoio nos momentos de grande ansiedade.

À restante **família e amigos** pelo apoio e compreensão.

Um pedido de desculpas a todos eles, pelas ausências em prol deste projeto.

À **Professora Teresa Carreira**, pela sua disponibilidade, apoio e orientação neste percurso, pela partilha de saberes e contributos neste caminho.

Aos **profissionais EEESMO**, com quem me cruzei e me orientaram, muito obrigada por toda a paciência, dedicação, partilha de conhecimento, esclarecimento de dúvidas, e por todas as oportunidades que me proporcionaram e me ajudaram a desenvolver competências de EEESMO.

A todas as **mulheres/casais/famílias/RN** com que me cruzei, agradeço a sua colaboração e compreensão, pois sem vocês não teria sido possível concretizar este projeto.

Um especial agradecimento a todas as **mulheres** que contribuíram para o estudo de investigação, pela participação e pela confiança depositada ao revelarem as suas experiências no climatério.

Um agradecimento às minhas **colegas de trabalho e enfermeira Chefe** por me terem ajudado a conciliar as responsabilidades profissionais com os horários dos estágios, facilitando todo este processo. Um agradecimento também à restante **equipa** do internamente pela paciência e compreensão nos momentos mais complicados.

Às minhas **colegas do 10º CMESMO** pelas partilhas e ajudas ao longo deste percurso.

**A todos, que de alguma forma contribuíram para este percurso, muito OBRIDADA!**

## **Acrónimos/Siglas**

CTG – cardiocotografia

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

et al. – Entre outros

JBI - *Joanna Briggs Institute*

Min – minutos

n.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNVGBR - Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

REPE - Regulamento do Exercício Profissional para Enfermeiros

RN – recém-nascido

ScR - *Scoping Review*

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCC/UCSP - Unidade de Cuidados na Comunidade/Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO – *World Health Organization*

WHOQOL-BREF - *World Health Organization Quality of Life – Bref*

## Resumo

O climatério consiste num processo biológico marcado por alterações biopsicossociais que influenciam a qualidade de vida da mulher. Assim, torna-se fundamental identificar e responder às suas necessidades, promovendo a capacitação e facilitando uma transição saudável. Este relatório tem como objetivo compreender as necessidades, perceções e experiências das mulheres no climatério, identificando as estratégias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que facilitem esse processo e promovam a qualidade de vida.

Foi realizada uma *scoping review*, segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, com a questão: “Quais as estratégias de enfermagem promotoras de qualidade de vida da mulher no processo de transição no climatério?”. Desenvolveu-se ainda um estudo qualitativo, com análise de conteúdo, articulando os resultados com a evidência científica mapeada.

Conclui-se que o processo de transição no climatério é complexo e multidimensional, requerendo uma abordagem holística e humanizada que empodera a mulher, apoia a tomada de decisões informadas e promove a qualidade de vida no climatério.

**Palavras-chave:** Climatério, Cuidados de Enfermagem, Qualidade de Vida, Saúde da Mulher.

## **Abstract**

*The climacteric is a biological process marked by biopsychosocial changes that influence women's quality of life. It is therefore essential to identify and respond to their needs, promoting empowerment and facilitating a healthy transition. This report aims to understand the needs of women in the climacteric, exploring the interventions of Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing that facilitate this process and promote quality of life.*

*A scoping review was conducted, according to the Joanna Briggs Institute methodology, with the question: 'What nursing strategies promote women's quality of life in the climacteric transition process?' A qualitative study was also developed, with content analysis, articulating the results with the mapped scientific evidence.*

*It was concluded that the transition to menopause is complex and multidimensional, requiring a holistic and humanised approach that empowers women, supports informed decision-making and promotes quality of life during the climacteric.*

**Keywords:** *Menopause, Nursing Care, Quality of Life, Women's Health.*

## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>1. APRESENTAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO</b> .....	<b>12</b>
1.1. Caracterização dos contextos de estágio .....	12
1.2. Análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvidas em estágio .....	14
1.3. Análise reflexiva das atividades desenvolvidas em estágio .....	22
1.3.1. EEESMO NO PUERPÉRIO .....	22
1.3.2. EEESMO NA COMUNIDADE .....	27
1.3.3. EEESMO NA SALA DE PARTOS .....	33
1.3.4. EEESMO EM GINECOLOGIA .....	46
1.3.5. EEESMO NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA.....	48
<b>2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE</b> .....	<b>55</b>
<b>3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL</b> .....	<b>56</b>
3.1. Contextualização.....	56
3.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	60
<b>4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>63</b>
4.1. Scoping Review.....	63
4.2. Trabalho de Campo.....	67
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	<b>73</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>97</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>109</b>
ANEXO I – Projeto de Estágio.....	110
ANEXO II – Registo das Atividades Desenvolvidas.....	159
ANEXO III – Atividades Desenvolvidas no Campo de Estágio – ESMO no Puerpério .....	161
ANEXO IV – Atividades Desenvolvidas no Campo de Estágio – ESMO na Comunidade.....	163
ANEXO V – Atividades Desenvolvidas no Campo de Estágio – ESMO na Sala de Partos.....	169
ANEXO VI – Atividades Desenvolvidas no Campo de Estágio – ESMO em Ginecologia .....	173
ANEXO VII – Atividades Desenvolvidas no Campo de Estágio – ESMO na Gravidez Patológica .....	175
ANEXO VIII – Teoria de Médio Alcance das Transições .....	179
ANEXO IX – Protocolo Scoping Review .....	181
ANEXO X – Questionário .....	206

ANEXO XI – Tabela de Dimensões a Analisar .....	215
ANEXO XII – Matriz de Análise dos Resultados.....	220
ANEXO XIII – Perfil da Amostra e Contexto em que vivem o Climatério .....	228
ANEXO XIV – Parecer da Comissão de Ética .....	230
ANEXO XV – Consentimento Informado .....	232

## **Lista de Figuras**

Figura 1 – PRISMA 2020 Flow Diagram .....	65
---	----

## INTRODUÇÃO

O presente documento, desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, inserida no plano de estudos do 10º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém, visa a descrever, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, permitindo atingir os objetivos previamente definidos no projeto individual de estágio. Assim, este relatório tem como objetivo geral descrever as atividades desenvolvidas durante os diferentes contextos de estágio; e como objetivos específicos: refletir criticamente sobre os cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) prestados ao longo dos contextos de estágio, à mulher/mãe/casal/recém-nascido inserida na família e comunidade, em processos de saúde-doença; perceber o contributo que as experiências ofereceram para o desenvolvimento de competências conducentes ao grau de mestre, as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Na perspetiva da prática baseada na evidência (PBE), tem como objetivo, expor o processo de teorização em enfermagem, expor o processo de *scoping review* (ScR) e do estudo qualitativo, de modo a compreender as necessidades, perceções e experiências das mulheres no climatério, e identificar as estratégias do EEESMO que facilitem o processo de transição, através da análise e integração dos resultados obtidos da ScR e do estudo qualitativo.

Deste modo, o relatório engloba duas componentes. A primeira corresponde à análise crítica e reflexiva do percurso formativo, onde são descritas as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio e que deram resposta aos objetivos da UC, e aos objetivos, motivações e interesses pessoais, refletindo sobre os fatores que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e do EEESMO, bem como as dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas para as ultrapassar. Estas competências permitiram ampliar o pensamento crítico – reflexivo, onde a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas, foi relevante no sentido que possibilitou a “mobilização de saberes teóricos para a realidade prática” (Peixoto & Peixoto, 2017, p. 126). O estágio decorreu no Puerpério, entre o dia 30 de setembro e 8 de novembro; na Unidade de Cuidados na Comunidade, entre o dia 11 de novembro e 20 de dezembro; no Bloco de Partos entre o dia 6 de janeiro e 11 de abril e depois de 21 de abril a 30 de maio; na Consulta de Ginecologia de 14 de abril a 24 de abril e, por último, na Consulta de Gravidez Patológica entre o dia 2 de junho e 11 de julho. Esta planificação difere da proposta inicial presente no projeto de estágio, pela necessidade de ajustamento do período do campo de estágio

no bloco de partos, a favor da dinâmica do serviço nesse período. No decorrer do estágio, foram cumpridas as experiências exigidas pela Diretiva da União Europeia, segundo DL n.º 322/87, de 28 de agosto, e pelo DL n.º 15/92, de 4 de fevereiro, bem como a integração e consolidação das competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do EEESMO, assim como os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a, 2019c, 2021; Ministério da Saúde, 1987).

Ao longo da prática clínica, a prestação de cuidados incidiu ao longo do ciclo vital da mulher/casal/família, desde o nascimento, à menarca, durante a puberdade, a mulher em idade reprodutiva, a parturiente, a puérpera, a mulher em processos patológicos e durante o climatério. Em todas estas etapas de vida foram identificadas alterações e mudanças (transições) que alteram a vida e por vezes a qualidade de vida destas mulheres. Foi neste intuito que ao longo da prática clínica foram desenvolvidas competências e atividades aplicando a Teoria das Transição de Afaf Meleis, de modo a promover o bem-estar e a qualidade de vida da mulher/casal/família. Esta Teoria de Enfermagem norteadora da prática clínica, mobilizada também no tema de interesse pessoal, serviu de mote para a componente de investigação, onde se pretendeu identificar as intervenções do EEESMO no processo de transição no climatério.

O climatério traduz-se num processo biológico no qual a mulher sofre alterações biopsicossociais, vivenciando transições que impactam a sua qualidade de vida, onde o EEESMO tem uma intervenção fundamental na sua promoção. Neste sentido, a abordagem à mulher nesta fase de vida, requer de uma visão biopsicossocial da mesma, permitindo dar resposta a todas as suas necessidades individuais e capacitá-la para o processo de adaptação, através de uma abordagem holística, multidisciplinar e centrada na mulher (Doubova et al., 2011; Freitas et al., 2016). Através de intervenções educativas e comportamentais de um estilo de vida saudável, consegue-se alcançar o empoderamento, a autonomia, estimular o autocuidado e perceber uma atitude positiva relativa ao climatério, permitindo atingir a longevidade e o envelhecimento ativo e saudável para uma melhor qualidade de vida (Araújo, 2021; Secção Portuguesa de Menopausa, 2021).

Estando as mulheres mais de um terço das suas vidas no pós-menopausa, torna-se crucial investir na formação e investigação nesta área, no sentido de dar resposta às necessidades de cada uma (Núñez & Méndez, 2014). Deste modo surge a segunda componente, que incluiu a realização de uma *scoping review* (ScR) e de um estudo qualitativo, cujo tema incidiu sobre o processo de transição vivenciado pelas

mulheres no climatério. Posto isto, foi aprofundada a temática através das duas metodologias enunciadas.

Deste modo, o relatório organiza-se a partir da articulação entre a reflexão sobre a prática clínica, o enquadramento teórico e a metodologia aplicada, permitindo uma compreensão integrada e fundamentada do papel do EEESMO na promoção da qualidade de vida nos processos de transição vivenciados ao longo do ciclo vital. Numa primeira fase, procedeu-se à caracterização dos contextos clínicos onde decorreu o estágio, descrevendo-se e refletindo-se sobre as atividades desenvolvidas em cada contexto, bem como as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do EEESMO que foram progressivamente consolidadas, de modo a atingir os objetivos inicialmente propostos no projeto individual de estágio. De seguida, abordou-se a aquisição de competências do grau de mestre segundo os descritores de Dublin. Seguidamente, é apresentado o enquadramento teórico e conceptual, no qual se evidencia a pertinência da promoção da qualidade de vida no climatério, bem como a teoria norteadora – Teoria das transições de Afaf Meleis. Na etapa seguinte, é aprofundada a componente metodológica, com especial enfoque na realização de uma ScR e de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, contemplando a estratégia de pesquisa, a metodologia do estudo qualitativo, a fase de colheita, o tratamento e análise dos dados obtidos e as considerações éticas que orientaram o desenvolvimento do estudo. A análise e discussão dos resultados encontram-se estruturadas de forma a articular os principais contributos da revisão da literatura com as evidências empíricas resultantes do estudo qualitativo. Por fim, o relatório integra as conclusões e recomendações decorrentes da investigação, direcionadas à prática profissional e à produção de conhecimento futuro na área da ESMO.

A sua realização constituiu um requisito fundamental para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cuja apreciação será sujeita a defesa pública.

O documento foi elaborado de acordo com as normas de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém / Instituto Politécnico de Santarém, em conformidade com as orientações da 7.<sup>a</sup> edição da APA.

## **1. APRESENTAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO**

Este capítulo divide-se em três subcapítulos. O primeiro subcapítulo, intitulado “Caracterização dos contextos de estágio”, onde consta a apresentação dos locais de estágio, as características físicas, organização e população-alvo. O segundo subcapítulo intitula-se “Análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvidas em estágio”. E o terceiro subcapítulo intitulado “Análise reflexiva das atividades desenvolvidas em estágio”, encontra-se dividido por cada campo de estágio, onde consta a reflexão crítica das atividades desenvolvidas, das competências adquiridas segundo o projeto individual de estágio (anexo I), que contém os objetivos do estágio, as atividades a desenvolver segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019) e os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2019a, 2019c, 2021). Na prestação de cuidados de enfermagem à mulher grávida, parturiente e puérpera, à mulher no climatério e à mulher em processos patológicos, bem como ao recém-nascido (RN) e ao acompanhante/família, procura-se dar resposta às necessidades e problemas deste grupo-alvo, preparando-os para as transições que os tornam mais vulneráveis e permitindo-lhes adquirir novas competências relacionadas com essas mesmas transições vivenciadas (Eyimaya & Tezel, 2021).

No anexo II encontra-se o registo das atividades desenvolvidas, que cumprem as exigências da Diretiva da União Europeia, segundo DL n.º 322/87, de 28 de agosto, e pelo DL n.º 15/92, de 4 de fevereiro (Ministério da Saúde, 1987).

### **1.1. Caracterização dos contextos de estágio**

Cada campo de estágio tem uma diversidade de ofertas de cuidados e recursos que permitem prestar cuidados de qualidade em prol do utente. Os campos de estágio foram numa Unidade de Cuidados na Comunidade/Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCC/UCSP) e num Hospital da Região Centro, no serviço de obstetrícia, no bloco de partos e na consulta externa. Cada campo de estágio caracteriza-se da seguinte forma:

UCC/UCSP - presta cuidados com o intuito de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população em articulação com parceiros e recursos da comunidade. Atua ao nível da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação de forma personalizada e centrada no utente, ao longo do ciclo vital, para a melhoria da

qualidade de vida dos utentes, família e comunidade. Este é constituído por um diretor clínico de saúde pública, 5 médicos de família, 8 secretários clínicos, 1 técnico superior de serviço social, 2 profissionais de psicologia, 1 profissional de higiene oral e por enfermeiros especialistas em psiquiatria, reabilitação, saúde infantil e pediatria e em saúde materna e obstétrica, num total de seis enfermeiros. Esta unidade é constituída por 6 gabinetes, uma sala de ginásio e o consultório de dentista (Serviço Nacional de Saúde, 2025).

Hospital da Região Centro – um hospital classificado no nível I, que se destina a prestar cuidados de saúde a uma população residente de cerca de 184,5 mil habitantes distribuídos por 9 concelhos numa área de 3500 km<sup>2</sup>, também presta cuidados a outros concelhos num total de cerca de 233 mil habitantes. No Departamento da Saúde da Mulher e da Criança encontra-se o serviço de Obstetrícia e Ginecologia e o de Pediatria. O estágio foi realizado no serviço de internamento de Obstetrícia II/Berçário/Neonatologia, no Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica, e na Consulta Externa na área Ginecológica, Obstétrica, Exames Especiais de Ginecologia, Unidade de Ecografia e Senologia.

O Internamento de Obstetrícia/berçário/neonatologia é constituído por 16 camas e 16 berços e onde se encontra também a neonatologia com 8 incubadoras. No Bloco de Partos encontra-se a Urgência Obstétrica e Ginecológica, composta pela triagem, uma sala de realização de CTG (Cardiotocografia), gabinetes de observação médica e o serviço de observação. O Bloco de Partos é composto por quatro salas de parto individuais (cada sala equipada com uma cama que se transforma numa cama de parto, um CTG com fios e por *wireless*, uma mesa de reanimação neonatal, uma bancada de apoio, rádio, televisão e casa de banho), duas salas de bloco para cesarianas (que neste momento não está em funcionamento, sendo que as cesarianas são realizadas no bloco operatório central, noutra piso do hospital), uma sala de recobro composta por quatro camas (utilizada para induções de trabalho de parto (TP) e pós parto imediato) e um “*Open Space*” que é um local comum aos profissionais de saúde com acesso às salas de parto individualizado. Este local integra também material para a prestação de cuidados, a farmácia do serviço, computadores para os registos e uma central de CTG, que permite a monitorização contínua das parturientes. A consulta externa de Ginecologia e exames especiais de ginecologia, é composta por vários gabinetes médicos e por um gabinete de enfermagem para a realização de colheitas de análises, vacinação contra o HPV (Vírus do papiloma humano) e tratamento de feridas. Este contexto engloba consultas de apoio à fertilidade, ginecologia geral, oncológica, uro-ginecologia, senologia e de planeamento familiar, sendo que são consultas realizadas pela equipa médica. Na

consulta externa de Obstetrícia, realiza-se a consulta de pré-conceção, medicina obstétrica, gravidez de alto risco, diabetes e gravidez, datação da gravidez para interrupção voluntária da gravidez e consulta de diagnóstico pré-natal. Esta é composta por vários gabinetes médicos e um gabinete de enfermagem, equipado com 2 CTG, materiais de colheita de sangue e material de apoio informático. A equipa é composta por 2 enfermeiras especialistas em ESMO e pela equipa médica de obstetrícia.

## **1.2. Análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista desenvolvidas em estágio**

A análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista permite avaliar criticamente o desenvolvimento profissional alcançado ao longo das atividades desenvolvidas nos diversos contextos de estágio. Este processo evidencia aprendizagens, consolidação de práticas baseadas na evidência e a reflexão crítica e sucinta do alcance dos objetivos propostos no plano de atividades mencionando no anexo I.

A primeira atividade a desenvolver no local de estágio é - **Integrar a equipa multidisciplinar, a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional dos serviços** – em cada contexto de estágio fui recebida pela chefia e o orientador que me apresentaram o espaço físico, a dinâmica organizacional e funcional do serviço. Fui integrada nas equipas, que se demonstraram sempre dispostas a ajudar e a colaborar na aprendizagem com a partilha de conhecimentos técnicos e teóricos. Considerei este aspeto relevante para o processo de aprendizagem, uma vez que contribuiu para um ambiente acolhedor e adequado ao desenvolvimento de competências. Outro ponto positivo foi a orientação ser realizada por um EEESMO, garantindo assim cuidados seguros, humanizados e baseados na evidência. Pois o EEESMO possui competências que promovem a integração de conhecimentos, o pensamento crítico e a prática centrada na mulher, assegurando uma formação adequada às exigências profissionais e éticas (OE, 2021, 2019c). Esta é uma das competências comuns do enfermeiro especialista, supervisionar as tarefas delegadas garantindo a segurança e qualidade através da orientação, instrução, demonstração e avaliação da execução das tarefas delegadas (OE, 2019a). Com a orientação e supervisão clínica, para além de aumentar a qualidade dos cuidados e aplicar práticas inovadoras, proporciona o apoio e suporte ao desenvolvimento da proteção dos interesses do utente (Carvalho, 2016).

Relativamente aos registos de enfermagem, estes eram feitos no sistema de informação Sclinico, da qual pude também ser integrada. Na UCC, estes eram

referentes ao Cuidados de Saúde Primários, onde centraliza a informação do processo clínico dos utentes, integra o registo de consultas e outras atividades como a vacinação. No bloco de partos, para além do sistema informático, também se realizava registos nos boletins de registo de saúde, na lista de verificação de parto seguro e no partograma. Tanto a lista de verificação de parto seguro como o partograma, são instrumentos de registo das intervenções realizadas, que permitem reduzir o risco de intercorrências e monitorizar a evolução do TP, prestando cuidados de qualidade e garantindo a continuidade dos cuidados (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2017; Prada & Rafael, 2016). No contexto de consulta o sistema informático era o mesmo, apenas diferia o plano de cuidados, que era adaptado ao contexto de consulta.

Relativamente à dinâmica funcional e organizacional de cada contexto de estágio e de modo a atingir o objetivo - **Desenvolver competências a nível da área da gestão, de recursos e de cuidados, com vista à otimização da qualidade dos cuidados de enfermagem** – pude observar e cooperar na gestão dos recursos e na gestão dos cuidados.

No puerpério a metodologia de trabalho utilizada era o trabalho em equipa, proporcionando interação entre os enfermeiros do serviço através da partilhada de informação sobre as puérperas e o RN para garantir a continuidade dos cuidados. Deste modo, o trabalho de equipa permite “a assistência centrada no cliente e implementada por reuniões diárias de equipa, nas quais todos discutem as necessidades de cada cliente e imaginam maneiras de atendê-las” (Costa, 2016, p. 238). A distribuição das utentes a cada enfermeiro era realizada de modo a garantir as dotações seguras definido pelo Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem nº 743/2019 (1 EEESMO para 6 mulheres em puerpério normal e 1 EEESMO para 3 puérperas patológicas), sendo esta gestão realizada pela enfermeira gestora ou pelo enfermeiro responsável por turno (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019b). Na UCC, cada enfermeiro integra uma equipa de saúde familiar, tendo utentes atribuídos, no entanto, na área de saúde materna e obstétrica, o EEESMO para além de dar resposta aos utentes atribuídos à sua equipa familiar, também dava resposta às utentes dos outros enfermeiros nas consultas de planeamento familiar, nas consultas de vigilância da gravidez, consulta de puerpério e visita domiciliária do pós-parto. Sendo que as dotações seguras para uma UCC é “(...) 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica por cada 200 nascimentos” (OE, 2019b, p.134). No Bloco de Partos, em cada turno estavam presentes 3 EEESMO, no entanto, de acordo com a afluência do serviço, a equipa era reforçada com mais um elemento. Deste modo, esta gestão realizada pela enfermeira gestora, garantia as dotações

seguras, conforme o referido pelo Regulamento n.º 743/2019, onde “o rácio de enfermeiros em qualquer posto de trabalho deve ser ajustado em função da elevada complexidade e intensidade dos cuidados, rotatividade ou características específicas dos clientes” (OE, 2019b, p. 143). Uma vez que, em 2024 houve 1934 partos (<https://transparencia.sns.gov.pt/>), a organização do serviço encontra-se enquadrada com o regulamento da norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, que afirma que é recomendada a permanência de dois EEESMO por cada 1000 partos/ano (OE, 2019b). Para além disso, a distribuição das utentes por enfermeiro, de modo a garantir as dotações seguras, consistia em dois enfermeiros alocados ao “*Open Space*”, sendo que um enfermeiro ficava com duas parturientes no 1º estúdio do TP e, quando a mulher entrava no 2º estúdio, o rácio era de um enfermeiro para uma parturiente até ao puerpério imediato. O terceiro elemento ficava na triagem da urgência, sendo que este tinha formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades. Quando havia induções de TP programadas, a equipa era reforçada com um 4º elemento que ficava na sala de recobro, com três grávidas em indução. No serviço de consulta ginecológica, o enfermeiro coopera nas consultas de ginecologia oncológicas (patologia cervical e patologia endometrial), na realização de exames e, nas consultas de senologia, onde realiza o tratamento às feridas cirúrgica e participa nas reuniões multidisciplinares. No serviço de consulta externa de obstetrícia, a equipa é formada por 2 EEESMO e pela equipa médica de obstetrícia, sendo que as dotações seguras para a consulta externa de obstetrícia, tal como nas UCC é “(...) 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica por cada 200 nascimentos” (OE, 2019b, p.134).

Ao observar esta dinâmica funcional e organizacional do serviço, pude compreender e consolidar as unidades de competência **C1 e C2** do Regulamento n.º 140/2019 das competências comuns do enfermeiro especialista, que implicam a organização e articulação da equipa e adequação dos recursos humanos à complexidade dos cuidados, garantindo a qualidade dos mesmos (OE, 2019a).

Relativamente à gestão dos recursos, pude identificar a forma de reposição, acondicionamento, manutenção e distribuição dos recursos existentes, bem como a rentabilização e os prazos de validade e, utilizar os recursos de forma eficiente. Segundo Inácio (2022), os stocks em saúde, são importantes para perceber as necessidades reais do serviço. Ao observar e colaborar nesta tarefa, permitiu alcançar o objetivo e desenvolver a competência comum do enfermeiro especialista na gestão e negociação dos recursos de acordo com as necessidades dos cuidados, tendo a responsabilidade de conhecer com antecipação o perfil de consumo da unidade, repor o material, analisar

a qualidade, quantidade e custo, e organizar o material de forma racional (Almeida et al., 2023; OE, 2019a). Esta aprendizagem teve um impacto positivo no meu futuro profissional, pois como enfermeiro gestor, é importante que seja empreendedor, que tenha conhecimentos e capacidades de gerir os recursos disponíveis atendendo aos custos da instituição (Aragão et al., 2016).

Relativamente a este objetivo, na questão da gestão dos cuidados, no contexto do bloco de partos e no puerpério, um dos grandes desafios foi priorizar os cuidados, de forma a gerir o tempo da prestação de cuidados. Após receber o turno e, de acordo com a informação transmitida, com pensamento crítico-reflexivo, priorizava os cuidados consoante as necessidades de cada mulher, dando respostas a estas com cuidados de qualidade e conhecimentos baseados na evidência, pois “(...) o raciocínio e a crítica, quando inseridos no pensar, são ferramentas mentais essenciais para a compreensão da realidade e ajuste do conhecimento.” (Peixoto & Peixoto, 2017, p. 126). Também no serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, onde realizei alguns turnos, tive a oportunidade de mobilização as competências do EEESMO, e de gerir os cuidados. Após identificar os sinais e sintomas da mulher, com pensamento reflexivo, apliquei conhecimentos teóricos e adaptei-me a cada situação clínica, onde adquiri a capacidade de “(...) decisão, os critérios de priorização e a ética que rege a prestação do seu cuidado (...)” (Marin, 2021, p. 48). Esta capacidade crítico-reflexiva tornou-se importante para o meu desenvolvimento enquanto EEEMO, uma vez que neste contexto de estágio pude experienciar os cuidados a mulheres com diversas complicações e patologias do foro obstétrico e ginecológico. Isto permitiu o desenvolvimento e a procura de conhecimentos de modo a ter uma prática fundamentada e prestar cuidados seguros, uma vez que se reflete sobre os problemas, “(...) onde o foco é a tomada de decisões clínicas, a fim de prestar cuidados seguros e eficazes (...)” (Peixoto & Peixoto, 2017, p. 126). Neste contexto, os motivos de internamento com que contactei foram: ameaças de parto pré-termo, ameaças de aborto, aborto, rotura prematura de membranas, pré-eclampsia, hipertensão sintomática, diabetes descontrolados, colestase gravídica, cólicas renais e infeções. Ao nível de ginecologia, pude prestar cuidados a mulheres com miomas, quistos dos ovários, hemorragias e doenças inflamatórias pélvicas.

Nos contextos de estágio em ambiente de consulta, gerir o tempo de cada consulta e organizar/priorizar os cuidados de acordo com cada situação, foi o mais desafiante. Em contexto de consulta, segundo o regulamento n.º 743/2019, o tempo de uma consulta de enfermagem especializada é de 30 min (OE, 2019b). Sendo que nestes contextos de estágio, a primeira consulta de vigilância da gravidez de baixo risco (na UCC), de termo e de alto risco (na consulta externa) eram de 1 hora, pois realizava-se

a anamnese, educação para a saúde, o esclarecimento de dúvidas e preparava-se as mulheres para as próximas consultas, as restantes consultas eram de 30 a 45 min. As consultas de planeamento familiar eram de 30 min, sendo que as que incluíam a colocação de um método contraceptivo, tinham uma duração de 45 min. Mesmo tratando-se do período recomendado pelo regulamento para as dotações seguras, a organização dos cuidados nesse tempo revelou-se um verdadeiro desafio, exigindo a necessidade de os priorizar por consulta. Isto porque, para além dos cuidados incluírem a promoção da saúde, a prevenção de complicações, as avaliações físicas e a educação para a saúde, era necessário ainda esclarecer dúvidas e responder às necessidades individuais das mulheres. Com o decorrer do estágio, e estando mais consciente das dinâmicas, dos registos e dos programas, bem como com o apoio e orientação do EEESMO, consegui desenvolver maior agilidade na identificação e priorização das necessidades. Também, Bolívar *et al.* (2018), refere que a adequação do tempo de consulta às reais necessidades do utente não pode ser limitada ao cumprimento dos procedimentos habituais, é essencial que permita uma interação que favoreça uma escuta efetiva, uma compreensão mútua e o apoio no processo de tomada de decisão.

Este aspeto leva-me à reflexão sobre a questão da relação terapêutica que é tão importante no contexto de consulta, pois tem de haver uma atitude de escuta, de disponibilidade e uma relação de confiança entre o profissional e a utente, para que haja a partilha das suas necessidades, medos e receios, e que o profissional consiga em parceria, valorizar e empoderar para que esta seja “(...)proactivo na consecução do seu projeto de saúde (...)” envolvendo também o companheiro e a família (Ribeiro *et al.*, 2016, p. 9). Algo que pude observar logo nas primeiras consultas, foi esta relação terapêutica entre as mulheres e a EEESMO, pois as mulheres que já eram seguidas pela enfermeira há algum tempo, apresentavam uma postura de escuta, empenho e demonstravam confiança no trabalho da mesma. Com o decorrer do estágio foi possível conquistar esta confiança, através do contacto frequente em consulta com as utentes, assim como com as grávidas no programa de preparação para o parto e parentalidade. O que favorece também esta relação é o conhecimento, ter conhecimento constantemente revisado e aprimorado para transmitir confiança na informação dada, que só se consegue através da procura constante da evidência científica mais atual, para a melhoria contínua dos cuidados.

O objetivo - **Prestar cuidados individualizados, com respeito e dignidade em conformidade com os princípios éticos de deontológicos** - foi cumprido através dos cuidados prestados segundo o código Deontológico de Enfermagem, onde era garantida a privacidade em todos os cuidados de enfermagem, fosse em consulta ou

observações/intervenções físicas, com recurso a uma cortina, e realizadas em gabinetes com porta fechada (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a). O consentimento informado foi sempre solicitado em todos os procedimentos realizados às mulheres, como regem os princípios do código deontológico (OE, 2015a). Para além deste aspeto o plano de cuidados era construído em parceria com a mulher, respondendo às suas necessidades individuais. Estas são uma das competências comuns do enfermeiro especialista, referentes à unidade de competência “demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” (OE, 2019a).

Também, o facto de vivermos numa sociedade multicultural, exige a prestação de cuidados que respeitem os direitos humanos, as crenças e diferenças culturais. O que também permitiu atingir o objetivo - **Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo**. Pude prestar cuidados a mulheres/famílias oriundas de diversas nacionalidades e com etnias e culturas diferentes, onde a barreira linguística foi um desafio na realização de educação para a saúde e na solicitação da sua colaboração. Um desafio que foi ultrapassado com estratégias que permitiram comunicar, através do uso da tecnologia e com o envolvimento de outras pessoas de referência, possibilitando prestar cuidados com respeito, dignidade e com os mesmos direitos no acesso aos cuidados de qualidade. Tal como é da competência comum do enfermeiro especialista, “demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” e “promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo” (OE, 2019a). Ao prestar cuidados a mulheres com diferentes culturas deparei-me com a imagética da gravidez diferente da nossa, tendo sido um desafio compreender estas diferenças e dar resposta às suas necessidades individuais, respeitando as suas diferenças culturais, os seus valores e práticas. Considerando que muitas destas mulheres não realizavam vigilância pré-natal nem frequentavam programas de preparação para o parto e parentalidade, o que revelava baixos níveis de literacia em saúde e conhecimentos assentes na cultura e nas suas próprias perceções, tornava-se necessária uma atenção redobrada na vigilância e na educação para a saúde prestada, respeitando sempre as particularidades culturais. A barreira linguística e o facto de muitas vezes a comunicação ser realizada diretamente com acompanhante, levou-me a refletir sobre outra questão que também era alvo de atenção em contexto de consulta. Uma vez que este ambiente permite-nos ter uma maior aproximação e atenção a determinados aspetos, nomeadamente a comunicação verbal e não verbal, ao longo do estágio pude estar atenta a sinais de possíveis conflitos familiares (situações de maior fragilidade emocional, instabilidade no suporte familiar,

expressões de receio, o domínio da palavra do companheiro). Deste modo, conseguia realizar o encaminhamento para os profissionais competentes (psicóloga, enfermeira especialista em psiquiatria, psiquiatria ou assistente social), desenvolvendo a competência comum do enfermeiro especialista “detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (OE, 2019a).

Também pude - **Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação referentes ao percurso de aprendizagem** – através da realização da autoavaliação e heteroavaliação das competências comuns do enfermeiro especialidade e das específicas do EEESMO desenvolvidas e adquiridas em cada contexto de estágio, foi possível, através da análise dos resultados da avaliação efetuada, reconhecer os aspetos onde apresentava maior grau de dificuldade (OE, 2019a). Através do estudo autónomo, do esclarecimento de dúvidas e da vivência de um maior número de experiências nos contextos de estágio, foi possível superar essas dificuldades de forma progressiva. De igual modo, a reflexão crítica sobre atividades desenvolvidas contribuiu para a melhoria contínua dos cuidados, sendo uma das competências do enfermeiro especialista (2019a). Bem como - **Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem** – através do estudo autónomo na procura pela prática baseada na evidência, ao longo do estágio, fui desenvolvendo esta competência do enfermeiro especialista onde “suporta a prática clínica em evidência científica” (OE, 2019a). Pois é imperativo “(...) uma atualização constante de saberes e de competências (...)” (Carvalho, 2016, p. 17), para poder acompanhar a evolução científica e tecnológica, de modo a garantir a qualidade dos cuidados (Carvalho, 2016). Para além deste processo de aprendizagem, nos contextos de estágio participei ativamente nas atividades passíveis de aprendizagem e colaborei na realização de atividades na área da qualidade, através da realização de conteúdo educativo atingindo assim o objetivo - **Realizar sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço**.

No puerpério, o projeto desenvolvido foi um folheto informativo (anexo III) onde se abordavam os seguintes temas: sinais de alerta, recurso na comunidade, sexualidade e contraceção, exercício de fortalecimento do pavimento pélvico, intervenções de apoio e proteção do aleitamento materno. Este constituiu um apoio adicional aos profissionais, uma vez que o folheto podia ser utilizado como *check list* aos ensinamentos a realizar no momento da alta. A necessidade de elaborar este folheto surgiu do facto de não existir suporte informativo sobre os cuidados direcionados à puérpera, pois apenas estava disponível informação centrada no RN, sendo fundamental capacitar as puérperas para o autocuidado após a alta da maternidade.

Na UCC, ao colaborar no programa de preparação para o parto e parentalidade, contribuí com a apresentação de conteúdo informativo sobre aspetos que identifiquei no campo de estágio do puerpério, como sendo um dos pontos onde as puérperas e pais sentiam mais dificuldade e insegurança, nomeadamente, técnicas para acalmar o RN e identificar as características das fezes e da urina, bem como saber quando pedir ajuda. Os aspetos abordados foram a técnica dos 5 “S” e as características das eliminações do RN (anexo IV). Deste modo promovi a independência na realização dos cuidados ao RN, promovendo a saúde do RN através da capacitação dos pais. Neste contexto de estágio, foi realizada uma formação em serviço sobre a consulta de enfermagem na menopausa (anexo IV), para sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a importância desta consulta durante o climatério, mobilizar conhecimentos sobre o climatério e identificar estratégias facilitadoras do processo de transição. Esta consulta surgiu, pois era uma necessidade da UCC, capacitar os profissionais para realizar esta consulta.

No bloco de partos, foi realizada uma formação em serviço com o tema “parir em movimento e parto verticalizado” (anexo V), pois uma das necessidades do serviço era investir na formação dos profissionais nesta área, uma vez que no serviço as parturientes passavam muito tempo do TP no leito, por falta de conhecimento sobre os movimentos e também pela falta de apoio e orientação dos profissionais. Também realizei um poster (anexo V), com o resumo da formação que, posteriormente, serviu de guia para os profissionais no apoio à parturiente em TP. De modo a contribuir para a melhoria contínua do serviço, investindo na formação e qualificação dos profissionais para cuidados de qualidade, procurei um profissional qualificado neste tipo de formação, estabelecendo contacto com o mesmo e deixando a respetiva referência no serviço para formações futuras.

No serviço de consulta ginecológica desenvolvi um folheto informativo sobre a menopausa (anexo VI), sendo um suporte educativo para o serviço partilhar com a mulheres nas consultas do foro ginecológico. Pois, deve o profissional, aproveitar todos os momentos de contacto com estas mulheres, para implementar estratégias que permitam uma abordagem holística biopsicossocial, multidisciplinar e centrada na mulher, com o objetivo de a empoderar e promover a saúde (Eyimaya & Tezel, 2021; Freitas et al., 2016; Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). A disseminação dos resultados preliminares relativos ao tema desta tese, tem vindo a ser desenvolvida ao longo do percurso académico, por se tratar de um tema de interesse pessoal, que foi sendo progressivamente contruído através de pesquisa preliminar, a qual foi aplicada na realização da formação na UCC e no folheto informativo referido anteriormente.

No Serviço de Consulta Externa de Obstetrícia foi elaborado um folheto informativo sobre diabetes gestacional (Anexo VII), uma vez que se verificava a dificuldade, durante a consulta, em transmitir de forma completa toda a informação considerada essencial sobre este tema. Este folheto foi apresentado aos profissionais do serviço, passando a constituir um recurso orientador nas intervenções de educação para a saúde realizadas em consulta, bem como um suporte informativo adicional para que as grávidas o pudessem consultar no domicílio.

Estas atividades enquadram-se na competência comum do enfermeiro especialista que se responsabiliza por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho. Ao identificar necessidades formativas do serviço e promover oportunidades de desenvolvimento de habilidades e competências para a equipa, procurei criar condições que favorecessem a atualização de conhecimentos e a melhoria das práticas, reforçando assim uma cultura de aprendizagem contínua no serviço (OE, 2019a). Tal como refere (Fernandes et al., 2024b, p. 4):

“(...) a intervenção autónoma do enfermeiro especialista reveste-se de crucial importância, nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade (...), onde se assume relevante o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente terapêutico e seguro.”

### **1.3. Análise reflexiva das atividades desenvolvidas em estágio**

#### **1.3.1. EEESMO NO PUERPÉRIO**

O puerpério é um período de grande vulnerabilidade para a mulher, sendo uma altura em que o seu foco é o RN em detrimento de si mesma. Além disso, são muitas as alterações hormonais, psicológicas e físicas (o cansaço, a privação de sono, as alterações no seio familiar, o seu novo papel – ser mãe), ou seja, são muitas as transições a decorrer em simultâneo. A transição de desenvolvimento, deixar de ser grávida e passar a ser puérpera; transição situacional, transição para a parentalidade, o tornarem-se pais, a mudança de papéis e passarem a ser cuidadores de um RN; transição de saúde-doença, a alteração da dependência no autocuidado, no caso das cesarianas, a dor no pós-parto, as alterações físicas e psicológicas; e a transição organizacional, organização de novas rotinas. Todas estas transições foram observadas neste campo de estágio. Tal como referido por Guimarães (2016), um dos fatores que indicam se a transição é um processo saudável ou não, é a consciencialização, a perceção que a mulher tem de estar a experienciar essa transição, ou seja, o

reconhecimento das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais, irá influenciar a forma como o esta se adapta, se envolve e se empenha no seu processo de transição. Cabe ao EEESMO facilitar e apoiar este processo, permitindo que a mulher/família consiga atingir uma percepção positiva, ou seja, sendo proativa na procura de cuidados e informação para atingir a qualidade de vida, atingindo o empoderamento. Neste sentido, ao longo deste campo estágio foram prestados cuidados à puérpera no sentido de dotá-la de conhecimentos relativos aos cuidados e vigilâncias de si e do RN, de modo a atingir o objetivo previamente proposto no projeto individual - **Cuidar da puérpera/recém-nascido/casal/família em processos de saúde-doença, em contexto de internamento hospitalar.**

Como nesta fase, por todas as alterações a que a mulher está sujeita, nomeadamente as alterações hormonais, a sua concentração e memória estarão afetadas (após na dequitação, há uma “queda nos níveis hormonais em questão de horas, e esta queda é apontada como causa determinante para a instalação do quadro de depressão”(Arrais & Araújo, 2017, p. 829)). Sendo, por isso, fulcral o apoio da família neste processo de transição. Para além disso, ao longo deste campo de estágio, foi promovido desde a admissão um ambiente acolhedor demonstrando disponibilidade, conhecendo a puérpera/acompanhante e, em parceria de cuidados, planear o plano de cuidados. Pois, a parceria de cuidados permite incluir a família nos cuidados, empoderando-os, e prestando cuidados de qualidade, permitindo a “(...) obtenção de melhores resultados, mas é também um fator da sua dignificação e cuidar holístico”. (Félix, 2019, p. 11). Só assim, através da colheita de dados, permitiu conhecer a puérpera (tipo de parto, antecedentes clínicos, situação atual de saúde) e prestar cuidados individualizados, respondendo às suas necessidades. Os cuidados prestados visaram a prevenção de complicações, mas também a autonomia no autocuidado e cuidados ao RN.

Realizou-se a avaliação do bem-estar físico e emocional, a avaliação da involução uterina, a avaliação das características dos lóquios, a avaliação do períneo, a avaliação da ferida cirúrgica no caso das cesarianas, a avaliação das mamas (características dos mamilos, presença de dor, alteração da coloração), sinais de trombose venosa dos membros inferiores e, deste modo, prevenir e identificar complicações no pós-parto (atonias uterinas, hemorragias, ingurgitamento mamário).

Para além dos cuidados realizados diretamente à puérpera, no sentido de **Capacitar a mulher puérpera/recém-nascido/casal /família visando o autocuidado e a tomada de decisão na transição de desenvolvimento em curso** – foi realizada educação para a saúde sobre os autocuidados e a prevenção de infeções (higiene do

períneo, troca do penso e cuidados com a ferida cirúrgica – perineorrafias, episiorrafias, sutura abdominal nas cesarianas), e desenvolvido um folheto informativo (anexo III), no sentido de empoderar e facilitar este processo de transição.

Um aspeto importante frisado neste folheto e abordado com as mulheres, foi a questão da incontinência urinária. Este é um aspeto importante para todas as mulheres pelo facto de os músculos do pavimento pélvico estarem fragilizados, uma vez que suportam o feto durante a gravidez, mas também nas puérperas de partos por via vaginal, pelo trauma perineal, e nas cesarianas, pois estas são algaliadas durante a cesariana até ao momento do levante, aumentando o risco de incontinência urinária (Lopes & Praça, 2012). Esta intervenção junto destas mulheres promoveu a importância do fortalecimento do pavimento pélvico durante a vida da mulher, estando assim a prevenir mais tarde, no climatério, problemas de incontinência urinária causados pelo “(...) comprometimento do suporte neuromuscular do assoalho pélvico, causando progressiva atrofia dos tecidos de sustentação (...)” (Zezi et al., 2016, p. 14). Deste modo, prepara-as para o climatério, uma vez que estes exercícios permitem isolar “(...) a musculatura do assoalho pélvico, o que proporciona um aumento na força mensurada” (Zezi et al., 2016), prevenindo problemas de incontinência urinária.

No que diz respeito aos cuidados com o RN, os cuidados prestados a este foram: a muda da fralda, cuidados de higiene, cuidados com o coto umbilical, vigilância das eliminações, promoção de conforto, promoção da amamentação, treino da sucção, promoção e participação na campanha de imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório, assim como a administração das vacinas do plano nacional de vacinação e realização do rastreio neonatal. Relativamente a estes cuidados ao RN, ressaltando os cuidados com o coto umbilical, a técnica utilizada era a “*dry care*”, onde o que se preconiza é o cordão limpo e seco, sem a aplicação de solutos (Quattrin et al., 2016). No que diz respeito ao primeiro banho do RN, este era protelado até às 24h de vida, assim como recomenda a *World Health Organization* (WHO), uma vez que melhora a transição para a vida extrauterina na promoção da termorregulação, da função antimicrobiana, reduzindo o risco de eritema tóxico e mantendo a pele hidratada (Lima et al., 2020; World Health Organization [WHO], 2017).

No sentido de potenciar a parentalidade responsável e promover o apoio à adaptação no pós-parto, para além de se realizar educação para a saúde dirigida aos pais, foi igualmente incentivado o envolvimento do pai na muda da fralda, bem como na realização do contacto pele a pele, especialmente quando o parto ocorria por cesariana. O pai foi envolvido nestes cuidados, porque nesta instituição, as cesarianas eram realizadas no bloco operatório ficando a puérpera no recobro no mínimo duas horas,

período no qual o RN ía para o internamento ficando junto do pai. Os cuidados de higiene, nomeadamente o banho ao RN, como era realizado no período da manhã por questões da gestão das dinâmicas do serviço e sendo as visitas do acompanhante a partir do meio-dia, as orientações eram prestadas apenas à mãe, salvaguardando sempre quando havia necessidade (por incapacidade da mãe) protelar para a hora da visita, promovendo o ensino ao pai se necessário.

Ao longo deste campo de estágio, foi verificado muitas vezes as lacunas que existem na literacia em saúde destas mulheres. Muitas destas apresentavam medos e receios, por falta de preparação e conhecimento relativamente aos cuidados a ter consigo e com o RN, nomeadamente, os sinais de alerta, a alimentação, as eliminações, o desenvolvimento e comportamento do RN, levando à ansiedade e insegurança, o que pode despoletar problemas psicológicos no pós-parto (Leitão, 2016). Como tal, ao longo do estágio foram prestadas orientações, procurando empoderá-las com conhecimentos relativos ao RN, nomeadamente quanto às alterações fisiológicas esperadas, aos sinais aos quais deveriam estar atentas e às manobras de desobstrução da via aérea. Neste mesmo sentido, promoveu-se a capacitação para a adaptação à parentalidade através da transmissão de conhecimentos sobre as mudanças face à chegada do RN, os cuidados ao RN, o desenvolvimento infantil e a vigilância e promoção da saúde; da promoção da autoeficácia e do desenvolvimento de competências parentais; e da educação para a saúde relativa ao significado atribuído aos comportamentos do RN, potenciando as capacidades dos pais para interpretar as necessidades do mesmo (Cardoso et al, 2024).

No que concerne às alterações psicológicas no pós-parto, foi possível observar no internamento uma puérpera com sinais de *baby blues*, associado às alterações hormonais, à exaustão resultante do parto, às dificuldades com a amamentação e aos receios em torno dos cuidados com o RN. Como EEESMO, torna-se crucial o apoio e suporte na adaptação do pós-parto e na amamentação (OE, 2019c). Estudos demonstram que o apoio de profissionais, o contacto pele com pele e a amamentação são fatores protetores associados ao *baby blues*, reduzem a ansiedade e favorecem a adaptação à maternidade (Barros et al., 2023; Vieira & Reis, 2017). Neste sentido a abordagem a esta puérpera passou pelo reforço positivo e informá-la sobre a normalidade da situação vivenciada, bem como promover a autonomia e autoconfiança no papel parental. Procurou-se compreender a rede de apoio, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados e a prevenção do isolamento social (Moreira et al, 2025). Por fim foram abordadas estratégias que contribuíam para acalmar o RN, como o contacto pele com pele e a aplicação do método do Drº Harvey Karp dos 5 “S”, promovendo a

bem-estar de ambos e fortalecendo o vínculo mãe e filho (Cardoso et al., 2024; Sequeira et al., 2020a).

As intervenções mencionadas anteriormente permitiram consolidar de forma integrada as competências específicas do EEESMO, nomeadamente a unidade de competência 4, através da promoção da saúde da mulher e do RN (4.1), da prevenção de complicações (4.2) e da prestação de cuidados em situações de risco (4.3) (OE, 2019c). Pois como mencionado, foram realizadas intervenções de informação, orientação e ensino à mãe/casal/família sobre cuidados ao RN, autocuidado materno, sinais de alerta, sexualidade e contraceção, promoção do aleitamento materno e adaptação ao pós-parto. Também se evidenciou a identificação precoce de alterações clínicas, monitorização do estado de saúde da puérpera e do RN, realizando o encaminhamento de situações fora da área de atuação e cooperação com outros profissionais.

Estas experiências permitiram consolidar competências técnicas, de comunicação e de tomada de decisão, promovendo uma abordagem holística, centrada na mulher, no RN e na família, e potenciando a parentalidade responsável.

Todos estas intervenções e orientações educativas permitiram - **Promover a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível do puerpério e período neonatal em contexto hospitalar.**

Outro aspeto relevante a considerar prende-se com o receio do julgamento que muitas mulheres experienciam ao optar por não amamentar. Durante o estágio, observou-se o caso de uma puérpera reinternada com mastite, que decidiu não prosseguir com a amamentação, uma vez já não estar a ser saudável para si. Apesar de se tratar de uma decisão fundamentada, a utente demonstrava algum receio relativamente à perceção e avaliação por parte de terceiros. Neste contexto, as competências do EEESMO assumem particular importância, na medida em que promovem a tomada de decisão informada, capacitando a mulher com conhecimentos acerca das vantagens e desvantagens da amamentação, bem como das soluções e estratégias disponíveis em caso de dificuldades. Adicionalmente, torna-se essencial reforçar a necessidade de estabilidade emocional para o cuidado do RN, sublinhando que o corpo lhe pertence e que a decisão é exclusivamente sua. Apenas desta forma a mulher poderá exercer uma decisão consciente, autónoma e isenta de receios relacionados com o julgamento externo.

Durante o estágio, a colaboração com a equipa multidisciplinar revelou-se essencial para a prestação de cuidados integrados e de qualidade. Destacou-se a

articulação com a equipa da dor, através do feedback sobre o conforto da puérpera e o posterior ajusto na analgesia, bem como a colaboração com a nutricionista, a pedido do enfermeiro, para a adequação das dietas em situações de restrições alimentares ou diabetes. O enfermeiro também interveio na mobilização da assistente social, perante casos de vulnerabilidade socioeconómica ou ausência de rede de apoio. Também na neonatologia, onde foi possível realizar um turno de observação, permitiu compreender a importância do trabalho conjunto com outros profissionais, como a terapeuta da fala no treino de sucção do RN prematuro.

Estas experiências evidenciam a relevância da cooperação interdisciplinar na área da obstetrícia, reconhecendo que a prestação de cuidados de excelência exige a articulação entre diferentes profissionais de saúde, para a promoção de cuidados centrados na mulher/família/RN. Permitiu refletir sobre as competências específicas do EEESMO, onde este assume um papel central na cooperação com a equipa multidisciplinar, assegurando uma resposta integral e humanizada às necessidades da mulher e da família (2019c).

### **1.3.2. EEESMO NA COMUNIDADE**

Os cuidados de saúde na comunidade permitem a articulação com parceiros e recursos da comunidade, de modo a dar respostas à necessidade da população e contribuir para a melhoria do estado de saúde da mesma. Sendo uma área de grande abrangência de cuidados na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de forma personalizada e centrada no utente, ao longo do ciclo vital.

Neste sentido, as funções do EEESMO neste contexto são fundamentais para a prestação de cuidados à mulher/casal/filhos/família/comunidade, uma vez que acompanha todas as fases do ciclo vital. Esta particularidade do contexto de cuidados em questão, torna-se desafiante para a prestação de cuidados de enfermagem, numa abordagem segundo a teoria de Afaf Meleis, pois são muitas as transições vivenciadas neste grupo de atuação, exigindo uma versatilidade nos cuidados prestados.

Como EEESMO, a mulher é o foco principal nos cuidados, trabalhando em parceria com a mulher/casais, promovendo a capacitação/empoderamento dos mesmos, inerentes à tomada de decisão, realizando orientação e preparação destes no planeamento familiar, no período preconcecional, na gravidez, no puerpério e no climatério (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015b).

Ao longo deste campo de estágio, foram alcançados os objetivos propostos e desenvolvidas competências do EEESMO. Seguidamente, será realizada uma reflexão crítica e sucinta do alcance dos objetivos propostos no plano mencionando no anexo I.

Os cuidados de enfermagem permitem preparar a mulher para as transições que a tornam vulnerável, através da promoção do processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as suas experiências nas transições vivenciadas (Eyimaya and Tezel, 2021). Assim relativamente aos objetivos que permitiram o desenvolvimento das competências do EEESMO, das unidades de competência 1, 5 e 6, neste estágio no que concerne aos objetivos - **Cuidar da mulher/casal/família e grupos-alvo em processos de saúde-doença, no período de preconção e na vivência positiva da sexualidade; Capacitar a mulher/casal/família e grupos de recursos visando o autocuidado e a autovigilância; Promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível dos Cuidados de Saúde Primários** - realizei consultas de planeamento familiar e de preconção, promovi a saúde sexual e reprodutiva, assisti a mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, e assim promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade (OE, 2019c).

Na consulta de planeamento familiar, realizou-se educação para a saúde no sentido de prevenir a obesidade, o tabagismo, comportamentos aditivos (em todas as consultas era avaliado o uso de álcool, tabaco e comportamentos de adição), e caso se aplicasse, encaminhar para a consulta de sessão tabágica, caso a utente pretenda-se. De modo a promover um estilo de vida saudável, eram avaliados os sinais vitais e o peso, realizados educação para a saúde sobre alimentação saudável e vigilância da tensão arterial em situações com valores alterados. Também, em todas as consultas, era verificado o cumprimento do plano nacional de vacinação e o rastreio do cancro do colo do útero e da mama. Neste seguimento, realizei 10 rastreios do cancro do colo do útero (o organizado a partir dos 30 anos até aos 65 anos) e promovi o autoexame da mama (a partir dos 20 anos) através da elaboração de um cartaz informativo (anexo IV). No foro ginecológico, realizei 28 consultas onde orientei as mulheres em relação à saúde ginecológica, abordei aspetos relacionados com o climatério, e a vivência da transição saúde-doença. Na consulta sobre a menopausa, eram abordados alguns desconfortos (como a secura vaginal, incontinência urinária) e fornecidas orientações sobre estratégias para melhorar a qualidade de vida destas mulheres, nomeadamente os exercícios de *kegel*, o uso de lubrificante e de pomadas vaginais.

Também nas consultas de planeamento familiar era realizada educação para a saúde sobre a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis e aconselhamento contraceptivo, pois “as utentes devem ser informadas corretamente e de forma clara sobre os métodos de contraceção disponíveis (...)” e o profissional deve promover as condições “(...) para uma opção individual e livre considerando a situação ou condição médica, as necessidades e as expectativas” (Sociedade Portuguesa da Contraceção et al., 2020, p. 10). Neste contexto de estágio tive a oportunidade de colocar 7 sistemas intrauterinos e 5 implantes, desenvolvendo assim competências técnicas, e adquirindo destreza manual na colocação dos mesmos. Apesar de existirem “(...) diferentes métodos de contraceção disponíveis para distribuição gratuita procurando assegurar a liberdade, a individualização e a segurança na escolha contraceptiva (...)” (Sociedade Portuguesa da Contraceção et al., 2020, p. 9), neste campo de estágio verificou-se uma oferta limitada de métodos contraceptivos disponíveis. Apesar desta pequena diversidade de opções disponíveis, a sua escolha era sempre em consonância com as situações individuais e condições médicas especiais de cada utente, tendo em consideração os critérios de elegibilidade, as preferências da mulher ou casal e os benefícios não contraceptivos (dismenorreia, fluxo menstrual, controlo do acne). Eram sempre transmitidas orientações sobre o uso correto de cada método, da sua eficácia, dos possíveis efeitos adversos e riscos, dos benefícios não contraceptivos, bem como da forma de atuação em caso de falha de utilização ou utilização simultânea de outros medicamentos. Assim como também era fornecida informação sobre a contraceção de emergência, reforçando a sua segurança, acessibilidade e conduta posterior (Sociedade Portuguesa da Contraceção et al., 2020).

Apesar do planeamento familiar e a contraceção já existirem há mais de 50 anos em Portugal, e desde 1984 surgirem as primeiras leis sobre a educação sexual nas escolas, ainda existe muita desinformação sobre o tema, bem como gravidezes indesejadas e na adolescência (Sociedade Portuguesa da Contraceção et al., 2020).

Neste contexto, contactei com a gravidez na adolescência. Houve um caso de uma interrupção voluntária da gravidez, no qual foi realizada educação para a saúde relativamente aos métodos contraceptivos, desmitificados mitos e reforçada a informação sobre as infeções sexualmente transmissíveis, considerando que “as utentes devem ser informadas corretamente e de forma clara sobre os métodos de contraceção disponíveis, promovendo o profissional de saúde condições para uma opção individual e livre considerando a situação ou condição médica, as necessidades e as expectativas” (Sociedade Portuguesa da Contraceção et al., 2020, p. 10). Outra situação, foi a prestação de cuidados a uma puérpera adolescente, tendo sido desafiante abordar

alguns aspetos relacionados com o envolvimento familiar e do casal, em relação aos cuidados com o RN, mas também tendo atenção ao processo de transição múltiplo que aquela adolescente estava a vivenciar. A gravidez na adolescência é considerada um período de mudanças profundas, no qual a adolescente “que engravida e decide pela maternidade, necessita de desempenhar determinadas tarefas e papéis, mesmo sem estar ainda preparada para tal do ponto de vista cognitivo, emocional, social e de desenvolvimento” (Faria & Ramos, 2016, p. 95). Segundo Faria e Ramos (2016), uma gravidez na adolescência tem maior impacto na saúde física e emocional, pois há uma interrupção da educação formal, limitações nas oportunidades de carreira e possíveis dificuldades financeiras, levando ao comprometimento dos outros processos de transição. Cabe ao enfermeiro, em cooperação com a equipa multidisciplinar, acompanhar e orientar para a adoção de estilos de vida saudáveis, promover o apoio dos familiares e o envolvimento das pessoas mais próximas da jovem, na tomada de decisões de um modo coerente, consciente e realista, e referenciar situações que estão para além da área de atuação. Assim, consegui atingir os objetivos que permitem adquirir as competências do EEESMO na unidade de competência 4 (Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade) (OE, 2019c).

Para além do apoio e orientação de modo a facilitar este processo de transição no puerpério, prestei cuidados a 6 puérperas saudáveis. Onde, em contexto de consulta (consultas entre a 4<sup>o</sup> e a 6<sup>o</sup> semana de pós-parto), pude avaliar o estado emocional da puérpera, através da observação da linguagem corporal, realizando questões simples e diretas, no sentido de entender de que forma esta nova etapa de vida influenciava o seu bem-estar em relação a si própria, à convivência com familiares, assim como à qualidade do vínculo entre mãe e filho, fazendo o encaminhamento para a psicóloga caso houvesse necessidade. O facto desta consulta ser realizada entre a 4<sup>a</sup> e a 6<sup>a</sup> semanas após o parto, permite focar a atenção da puérpera nela mesma, uma vez que nesta fase está mais disponível para falar do seu estado emocional do que no internamento do pós-parto, onde o RN se torna o foco das suas preocupações (Santos & Baptista, 2016). Também, esta consulta, permite esclarecer dúvidas que tenham surgido nos cuidados ao RN ou no seu autocuidado, bem como a adaptação ao aleitamento materno ou artificial, podendo avaliar sinais de alerta, maceração dos mamilos, ingurgitamento mamário, obstrução de ductos, assim como a pega do RN. Para além destas, também realizava a avaliação do bem-estar físico materno: a presença de lóquios; avaliação das suturas (episiorragias, perineorragias, ferida cirúrgica

no caso de cesarianas); avaliação do pavimento pélvico (sinais de incontinência urinária ou fecal, desconfortos nas relações sexuais); e avaliação do peso e sinais vitais. Realizava o rastreio do cancro do colo do útero caso este tivesse sido realizado há mais de um ano (Santos & Baptista, 2016). Também sensibilizava sobre o uso de contraceção e a importância do espaçamento entre gravidezes. Ainda era realizada educação para a saúde de modo a prevenir complicações e promover o autocuidado (estilos de vida saudáveis, sexualidade, cuidados de higiene e exercício de prevenção de incontinência urinária), e a adaptação e o bem-estar da díade/tríade a este novo papel (Santos & Baptista, 2016).

Se o puerpério é uma fase de adaptações ao novo papel, voltando um pouco atrás no ciclo, o processo adaptativo da gravidez requer também ela muitas alterações físicas e emocionais. Sendo que o conceito de saúde sexual e reprodutiva pressupõe uma visão holística ao longo do ciclo de vida reprodutiva, os resultados e ganhos em saúde durante a gravidez são obtidos pelo conjunto de intervenções que se inicia no pré-concepcional e termina na consulta de puerpério. Por isso, o Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) enquadrada na Rede de Referência Materno-Infantil, associa os cuidados especializados na gravidez, aliados à educação para a saúde das grávidas, prevenindo complicações e capacitando-as para a vivência de uma gravidez saudável, diminuindo a morbidade e mortalidade materno-infantil (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015a).

Assim, ao longo do estágio e de modo a atingir os objetivos que permitiram o desenvolvimento das competências do EEESMO da unidade de competência 2 - **Cuidar da mulher/mãe/casal/feto/família e grupos-alvo em processos de saúde-doença, no período pré-natal nas dimensões da ESMO; Capacitar a mulher/casal/família e grupos de recursos visando o autocuidado e a autovigilância; Promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível dos Cuidados de Saúde Primários;** - Foram realizadas consultas de vigilância da gravidez, seguindo o PNVGBR, onde se diagnosticava precocemente, antecipando e prevenindo problemas, e se promovia um processo adaptativo à gravidez com qualidade (DGS, 2015a). Assim, pude adquirir competências na interpretação de exames (análises clínicas e ecografias), destreza na realização da avaliação do bem-estar materno fetal (avaliação da altura fundo do útero, manobras de Leopold, avaliação da frequência cardíaca fetal com doppler) e personalizar as orientações e os cuidados à grávida de acordo com as suas necessidades. Abordei aspetos relativos à prevenção de infeções (toxoplasmose, urogenitais), identificando e orientando em caso de complicações (estados

hipertensivos, diabetes, infeções genitourinárias, ameaças de parto pré-termo). Orientei sobre estratégias de alívio dos desconfortos da gravidez e promovi a saúde realizando educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis durante a gravidez (hábitos de higiene, alimentação e hidratação, exercício físico, cessão de hábitos nocivos). Sendo a gravidez um contexto promotor de saúde, onde a grávida é considerada responsável pela sua própria saúde, além de promover a mesma durante a gravidez, também é uma oportunidade de modificar hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, criança e agregado familiar. Assim permite prevenir situações de risco de patologia futura, como o risco de diabetes gestacional e de doenças cardiovasculares (DGSa, 2015). Preparando-a e capacitando-a para uma transição saúde-doença facilitadora e com qualidade de vida. A educação para a saúde realizada em contexto de consulta permite consolidar atividades de educação para a saúde em conjunto com ações e condições de vida da mulher que levam à saúde e bem-estar, permitindo que estas adquiram conhecimentos sobre os fatores que determinam a sua saúde, capacitando-as para terem controlo sobre a mesma e que a possam melhorar, atingido o seu empoderamento (Amendoeira, 2022b). Ou seja, através da promoção da saúde, dota-se a grávida e família de conhecimentos em saúde e capacidades, para que consigam tomar decisões relacionadas com o seu estado de saúde (Kayser et al., 2019).

Também o programa de preparação para o parto e parentalidade, permitia fornecer orientações para aumentar a autoconfiança dos pais e reduzir os níveis de ansiedade, através da abordagem de temas relacionados com as transformações físicas e psicológicas da gravidez e parentalidade, o crescimento e desenvolvimento fetal, a saúde oral, o TP, os tipos de parto, a analgesia no parto, o papel do acompanhante, os cuidados no puerpério e ao RN, o aleitamento materno e questões relacionadas com os direitos e deveres parentais.

A colaboração no programa de preparação para o parto e parentalidade, levou-me a refletir sobre a importância e o impacto que este tem na vivência da gravidez, assim como no parto e pós-parto. O facto de estes serem realizados em grupo, permitia a partilha de receios e experiências, promovendo o apoio mútuo e aumentando a compreensão e empatia. Este programa tinha a colaboração de uma psicóloga que realizava algumas das sessões sobre a saúde mental na gravidez e no pós-parto. Considerei muito relevante haver esta intervenção junto das grávidas, na promoção da saúde mental, pois apesar de ser uma preocupação, a saúde mental pré-natal ainda não recebe a importância que lhe é devida (Bailey L., et al 2021). Os autores salientam que a depressão na gravidez ronda “os 7,4% no primeiro trimestre, 12,8% no segundo

trimestre e 12-13% no terceiro trimestre, (...) sendo que a maioria dos estudos reforça o agravamento da sintomatologia por volta das 32 semanas, possivelmente associada ao medo do parto ou à ansiedade face à maternidade” (Leitão, 2016, p. 443). Pelas múltiplas alterações que ocorrem durante a gestação, no parto e pós-parto, torna-se desafiante para as mulheres/famílias, sendo que esta intervenção multidisciplinar é um contributo positivo para a prevenção do surgimento de patologias do foro mental ou exacerbação de condições pré-existentes que podem traduzir-se em desfechos perinatais desfavoráveis (Vescovi G., et al., 2022). Neste contexto pude presenciar uma grávida que expressou o sentimento de solidão e fazer o encaminhamento para a psicóloga, antecipando complicações, através da identificação de desvios ao padrão de adaptação à gravidez e da referenciação de situações que estão para além da área de atuação do EEESMO, permitindo a promoção da saúde mental na vivência da gravidez, como define as competências específicas do EEESMO (OE, 2019c).

Deste modo constatei o impacto que este programa tem neste processo de aprendizagem constante, e que esta partilha permitia a interação social, a gestão de expectativas, reduzindo a ansiedade e aumentando a autoconfiança do casal (Cardoso et al., 2023). Para além de promover o bem-estar psicológico e social, permitia o envolvimento do pai.

Segundo a DGS (2015a, p. 13) “cada vez mais se reconhece que, sempre que possível, deve ser promovida a participação do pai”, por isso para além da sua participação no programa, também realizei uma agenda para o pai (anexo IV), para que este tivesse uma participação ativa no projeto da maternidade. Pois, hoje sabe-se que a presença pró-ativa do pai é fundamental ao longo de toda a gravidez, facilitando o vínculo entre pai e filho. Assim, através da sua participação nas consultas e no programa de preparação para o parto e parentalidade, para além de assumir responsabilidades no sentido de estar atento a sintomas e saber como atuar, ficava a par de todo o processo da gravidez e capacitado a participar ativamente no TP e nos cuidados ao RN (DGS, 2015a).

### **1.3.3. EEESMO NA SALA DE PARTOS**

O parto, apesar de ser em contexto hospitalar, preconiza-se que seja fisiológico, assim como as expectativas da mulher em ter uma “experiência de parto positiva”. Neste sentido, os cuidados são centrados na mulher numa abordagem holística, permitindo assim, que a experiência do parto seja “(...) *one that fulfils or exceeds a woman’s prior personal and sociocultural beliefs and expectations, including giving birth to a healthy*

*baby in a clinically and psychologically safe (...)*” (World Health Organization [WHO], 2018, p. 10), concomitantemente com o apoio emocional e prático de um acompanhante e de uma equipa tecnicamente competente e empática (WHO, 2018).

Neste sentido as funções do EEESMO neste contexto, são fundamentais para a prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2019c).

Ao longo deste estágio, foram alcançados os objetivos propostos e desenvolvidas competências do EEESMO. Em seguida, será realizada uma reflexão crítica e sucinta do alcance dos objetivos propostos no plano mencionando no anexo I.

Quanto aos objetivos que permitiram o desenvolvimento das competências do EEESMO, da unidade de competência 3, neste estágio no que concerne ao objetivo - **desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no acolhimento da mulher grávida / parturiente / acompanhante no Bloco de Partos, tentando promover o seu bem-estar e conforto** - na admissão de uma grávida era realizado o acolhimento da mesma, através da apresentação da equipa, do espaço físico, das normas e rotinas do serviço e como seria o seu percurso, demonstrando disponibilidade e criando uma relação empática e terapêutica (OE, 2015b). Sendo importante este acolhimento de modo a favorecer a adaptação ao novo ambiente, tornando-o mais acolhedor e reduzindo assim aspetos geradores de ansiedade. Também neste sentido era envolvido o acompanhante, uma vez que a grávida tem o direito de ter um acompanhante para estar presente durante o TP e parto, como refere a Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro (Assembleia da República, 2019). O serviço de bloco de partos dispõe de condições físicas nas salas de parto para o acompanhante estar presente, podendo acompanhar a mulher parturiente desde o início em que entra, até à transferência para o internamento. Nas cesarianas, apenas era permitido a entrada do acompanhante nas cesarianas eletivas, ou quando reunidas condições de segurança para a parturiente e RN. Nas situações de emergência não era possível, ficando o acompanhante na zona de espera junto ao bloco operatório central, e quando os enfermeiros do serviço de obstetrícia fossem buscar o RN, este acompanhava-os, ficando junto do RN até a mãe ter alta do recobro. Quando o acompanhante assistia à cesariana, o seu acolhimento era realizado pelos enfermeiros do bloco operatório onde era garantido os direitos descritos na alínea 4 do artigo 16º da Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro (Assembleia da República, 2019).

No acolhimento da mulher/casal, realizava a colheita de dados através da anamnese à mulher, da informação transmitida pela equipa de enfermagem e médica

do serviço de urgência de obstetrícia, da observação física, da consulta do processo clínico informático, do boletim de saúde da grávida e de exames complementares de diagnóstico. Através da colheita de dados, permitia personalizar os cuidados às necessidades reais de cada mulher, sendo este aspeto fundamental para proporcionar um parto humanizado (Ribeiro et al., 2025; Santos et al., 2024). Pois, este acolhimento permite prestar cuidados centrados na mulher, uma vez que são consideradas as suas necessidades, os seus desejos e crenças, de modo a respeitar as particularidades culturais, sociais e emocionais de cada parturiente, promovendo a participação nos cuidados, através da tomada de decisão informada e esclarecida, empoderando a mulher (Hora et al., 2021; OE, 2015b). Deste modo, favorece um ambiente acolhedor, seguro, respeitoso e facilitador da construção de uma relação de confiança entre o profissional e a parturiente, o que gera maior conforto emocional, contribuindo para uma experiência de parto positiva (Ribeiro et al., 2025).

Também através do plano de partos, permitia estabelecer esta parceria de cuidados (OE, 2015b). Na admissão, a mulher era questionada sobre o plano de parto, que nos facultava e em conjunto era lido e interpretado e, caso houvesse algum desejo que não fosse possível cumprir, era explicado naquele momento e a mulher compreendia. Algumas das situações impossíveis de realizar, foram por questões estruturais do bloco de partos, como o parto na água, ou por questões protocoladas no serviço, como a necessidade de monitorização contínua do CTG, apesar desta ser desaconselhada junto da comunidade científica. Segundo Devane et al. (2017), não há estudos que defendem o benefício do uso de CTG contínuo na admissão das mulheres de baixo risco em TP. Em determinados casos o plano de parto tinha sido realizado em casa, sem nenhuma orientação de um profissional, sendo que nestas situações eram discutidos alguns aspetos de modo a garantir a tomada de decisão informada, com base em informação fidedigna e baseada na evidência científica. Refletindo, apesar do plano de partos ser uma ferramenta onde a mulher expressa os seus desejos, por vezes, este não é possível de concretizar na íntegra, visto haver uma ambivalência entre aquilo que o casal deseja e o que está protocolado no serviço. Pois, apesar dos conhecimentos e competências do EEESMO, em ambiente hospitalar, as monitorizações, os registos e as medicações estão protocolados, levando ao EEESMO a cumprir esses mesmos protocolos (Lopes, 2016). Por exemplo, na realização de CTG as guidelines recomendam o uso de monitorização intermitente em gravidez de baixo risco, no entanto muitas parturientes tinham perfusões de oxitocina por trabalhos de parto prolongado, o que implicava a monitorização contínua (Silveira & Júnior, 2020). Também relativamente à oxitocina, por vezes as mulheres tinham descrito que não queriam nenhum método de

indução, no entanto, por falha de progressão no TP (na fase ativa com 4 horas antes dos 6 cm ou com 2 horas após os 6 cm sem progressão), após técnicas não farmacológicas, havia indicação médica para a colocação de oxitocina, sendo explicado ao casal a sua necessidade levando à colaboração do mesmo (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015b). O mesmo acontecia com a administração de antibióticos durante o TP no caso de mulheres com *Streptococcus B* positivo. Posto isto, “(...) o cumprimento do plano de parto por parte dos profissionais (...) é respeitado desde que não colida com os procedimentos de vigilâncias e segurança técnica impostos pelos hospitais (...)” (Lopes, 2016, p. 168). No entanto, o plano de parto é crucial, pois permite ao casal pensar e refletir sobre estas questões, promovendo assim o empoderamento, ficando mais confiantes e capazes de questionar, pois em algum momento da gravidez já ouviram ou leram sobre o que lhes estão a propor, aumentando a aceitação e adesão aos procedimentos médicos.

Deste modo:

“(...) o enfermeiro atua como facilitador da expressão de desejos, medos e expectativas da mulher, essa escuta qualificada orienta decisões clínicas mais individualizadas, ao reconhecer a singularidade de cada gestante, o enfermeiro promove uma assistência ética e humanizada” (Ribeiro et al., 2025, p. 18).

Para tal, era elaborado o plano de cuidados à grávida/parturiente/acompanhante, em conformidade com o plano de partos, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.

Ainda no seguimento deste objetivo, no sentido de criar uma relação terapêutica com a mulher/casal em caso de aborto espontâneo ou morte fetal, pude prestar cuidados a mulheres nestas duas situações. Em especial, uma situação de morte fetal às 33 semanas de gestação (um feto com trissomia 21), onde prestei cuidados desde o TP até ao período expulsivo, onde realizei o parto eutócico. Durante todo o TP demonstrei sempre empatia e suporte emocional ao casal, esclarecendo dúvidas, explicando os procedimentos, auxiliando a parturiente na gestão da dor através de medidas não farmacológicas e farmacológicas e, posteriormente, durante o período expulsivo orientando e dando tempo e espaço para o casal assimilar a situação, assim como no momento que viram o feto. Neste último momento foram respeitados o silêncio e o espaço para lidarem com a perda. Deste modo, foi possível desenvolver a competência do EEESMO “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal”, uma vez que foi realizado o “acolhimento empático,

disponibilidade para ouvir e para ajudar (...) criando um ambiente de confiança (...)" (Sousa, 2016, p. 290), num momento de grande impacto, pois

“os pais vivenciam momentos de angústia com sentimentos de culpa, arrependimento, medo, tristeza que podem ser acompanhados de frustração ou alterações psicológicas. Estes momentos podem ser facilitados se existir um contato positivo precoce com profissionais de saúde que auxiliem e apoiem as famílias que vivenciam tal perda” (Santos, A., 2018 citado Meireles, 2023, p.43).

Relativamente ao objetivo - **Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher grávida/parturiente/acompanhante no 1º estágio do Trabalho** – foram prestados cuidados segundo o plano de cuidados previamente estabelecido. Onde pude realizar a vigilância e a prestação de cuidados a 126 parturientes. Este elevado número de contactos, permitiu desenvolver competências técnico-científicas e práticas.

O 1º estágio do TP, que se intitula “dilatação e apagamento do colo uterino”, divide-se em duas fases, a fase latente que se caracteriza por contrações dolorosas, com a dilatação do colo até aos 5 cm; e a fase ativa, onde há contrações dolorosas e regulares, com dilatação do colo uterino dos 5 cm até aos 10 cm (WHO, 2018). Nesta fase, a felicidade e excitação coexistem com os medos e a apreensão, fazendo escalar a dor e interferindo com a experiência do parto. Daí ser importante o acompanhamento constante e a transmissão de informação à mulher sobre a duração prevista para cada fase e o que caracteriza cada uma, através de uma atitude empática envolvendo a parturiente e o acompanhante, criando assim um ambiente acolhedor (Monteiro et al., 2020; WHO, 2018).

Também nesta fase, era respeitada a sua privacidade e dignidade, prestando cuidados com segurança e qualidade. Realizava-se a avaliação do bem-estar materno-fetal através da monitorização contínua, da avaliação dos sinais vitais e da realização da cervicometria, avaliando o índice de Bishop. Este último procedimento foi onde surgiram as maiores dificuldades, no sentido da sensibilidade para a identificação do índice de Bishop, que só com o decorrer do estágio pude adquirir mais aptidão (Varela et al., 2020). Este procedimento não era realizado de forma rotineira, seguindo as orientações da WHO (2018), que refere que deve-se realizar de 4 em 4 horas a partir da fase ativa, no sentido de minimizar o risco de infeção e de lesões associadas aos toques frequentes, respeitando a integridade da mulher, promovendo o bem-estar e um parto humanizado (WHO, 2018). Esta avaliação, para além de permitir determinar a fase do TP e identificar se o TP estava estacionário ou não, de modo a poder determinar as medidas seguintes, também era benéfico no sentido de perceber a relação da

apresentação fetal com os planos da bacia e assim orientar para os exercícios de mobilidade. No caso de TP prolongado, era dada a indicação médica para a colocação de oxitocina caso a utente, após deambular e mobilizar-se, não apresentasse evolução na dilatação, ou também era realizada a amniotomia. Apesar desta última não ter indicação para ser realizada de forma rotineira pela WHO (2018), era um procedimento utilizado neste campo de estágio com critérios específicos, permitindo-me identificar as condições para o realizar e perceber a pertinência do mesmo consoante cada caso. Este para além de ser utilizado para reduzir o tempo do TP num TP prolongado, uma vez que leva à libertação de prostaglandinas e oxitocina, também era utilizado para identificar as características do líquido amniótico de modo a avaliar o bem-estar fetal (Smyth *et al.*, 2013). Ao realizar a técnica, era garantida que a apresentação fetal estava bem apoiada, reduzindo assim o risco do prolapso do cordão (Fonseca, 2016). Na execução desta intervenção também foi sentida alguma dificuldade pela destreza manual necessária para realizar a técnica com o amniótomo que, só com o decorrer do estágio e com a sua execução, foi possível adquirir destreza.

Relativamente ao parir em movimento, encorajava e transmitia orientações sobre os exercícios facilitadores à progressão do TP e da descida da apresentação fetal, como pode ser observado no (anexo V). Esta intervenção era aplicada tanto à mulher como ao companheiro, envolvendo aqui o pai, para que ele se sentisse participativo neste momento tão importante. Deste modo, era promovido o vínculo, o controlo da dor (a mulher podia optar por posições mais confortáveis, havendo libertação de endorfinas e assim diminuir a sensação dolorosa) e a progressão do parto (a ação da gravidade favorece o encaixe, a descida da apresentação fetal, maximiza os esforços expulsivos e diminui incidência de episiotomias e lacerações) (Mineiro *et al.*, 2016; Torres *et al.*, 2018). No que diz respeito a estes exercícios, havia alguma resistência por parte das mulheres na sua realização, ou porque não conheciam e nunca tinham realizado durante a gravidez, ou porque não se queriam/podiam levantar pela presença de analgesia epidural com bloqueio motor ou de fluidos endovenosos. Relativamente a estes aspetos, sabe-se que a educação para a saúde durante a gravidez é fundamental para aumentar a confiança das mulheres para gerirem o TP, ou seja, é necessário empoderá-las, orientá-las e capacitá-las para que consigam colaborar no parto proporcionando uma experiência positiva (Mohammed *et al.*, 2025). Este aspeto facilita o processo de transição saúde-doença, pois permite maior perceção do TP, controlo da dor e mais proatividade durante o TP (Mohammed *et al.*, 2025).

Relativamente à gestão da dor durante esta fase do TP, as medidas farmacológicas disponíveis no campo de estágio foram as seguintes: analgesia epidural

(onde pode colaborar com os anestesistas na técnica de colocação, auxiliando no posicionamento da mulher, transmitindo tranquilidade à mesma e preparando o material); analgesia com opioides e analgesia inalatória com protóxido de azoto.

No que diz respeito às medidas não farmacológicas, foram utilizadas: a aplicação de calor através de sacos de água quente ou de idas ao chuveiro, o que permitia a “(...) liberação de endorfinas, bem como estimula recetores de toque e temperatura, amenizando a sensação de dor” (Mascarenhas et al., 2019, p. 355); e o uso de bola de pilates ou bola amendoim no caso das mulheres que não se conseguiam/podiam levantar quer por exaustão ou por não reunirem as condições de segurança, promovendo assim a mobilidade. Segundo a Associação de Enfermeiros Especialistas em Saúde da Mulher Obstétrica citado por Fernandes (2023, p. 39)

“(...) referem que, nestes casos, o uso da bola amendoim é uma alternativa à bola de nascimento convencional, devido ao seu formato (duas extremidades maiores que se afinam no meio), o que permite que as mulheres coloquem a bola entre e/ou por baixo dos joelhos proporcionando, deste modo, um maior controlo e estabilidade da bacia, favorecendo, principalmente, o movimento unilateral em dois planos e a realização de exercícios em diversas posições (por exemplo, lateral, supina ou sentada)”.

As condições que não garantem segurança para a realização do levante constituem a presença de rotura prematura de membranas com apresentação fetal alta, a gravidez com menos de 37 semanas, a perda de sangue vaginal ou a presença de bloqueio motor. A avaliação das condições de segurança na presença de analgesia epidural, realizava-se através da escala de Bromage modificada, avaliando assim a bloqueio motor.

A técnica de pressão e contrapressão e massagem à parturiente, consistia noutra medida não farmacológica para o alívio da dor e para a promoção do envolvimento do acompanhante, uma vez que o contacto e o amor entre os dois, facilitava a libertação de oxitocina (Monteiro et al., 2020). A musicoterapia também era utilizada, dando liberdade ao casal para colocar música na sala de parto. O uso de terapias não farmacológicas nesta fase do TP, permite alcançar um parto humanizado, saudável, seguro e o mais fisiológico possível, sem intervenções invasivas e desnecessárias (Monteiro et al., 2020; Pinheiro, 2016). Para tal, os profissionais de saúde devem estar dotados de conhecimentos baseados na evidência, de modo a promover o bem-estar da mulher e feto, e “(...) procurar flexibilizar protocolos e rotinas institucionais de acordo com a preferência da mulher (...)” (Fernandes, 2023, p. 38). Relativamente às rotinas institucionais, não eram realizados os procedimentos de rotina: enema de limpeza, tricotomia perineal e descolamento de membranas no pólo inferior,

como recomendado pela WHO (2018). Em contrapartida, era protocolado o uso de fluídos intravenosos a todas as parturientes, no sentido de prevenir hipotensões associadas a medicações, não sendo recomendado pela WHO (2018), uma vez que pode levar ao excesso de fluídos e à redução da mobilidade da mulher durante o TP.

Concluindo, nesta primeira fase do TP, o apoio contínuo do EEESMO promove um parto natural, com maior satisfação e diminuição da ansiedade, envolvendo a parturiente e o acompanhante, facilitando o processo do TP (Monteiro et al., 2020).

De modo a - **Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher parturiente/acompanhante no 2º estágio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar e conforto e facilitando a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina** – realizei 40 partos eutócicos, três deles de RN prematuros, colaborei em 13 partos distócicos (com ventosa) e assisti a 2 cesarianas, onde foram explicadas as fases da cirurgia e dos procedimentos habituais que ocorrem no decurso da mesma. Nos partos distócicos prestei cuidados imediatos ao RN e acompanhei a mulher. Prestei cuidados a 55 RN saudáveis e colaborei com a equipa de pediatria na prestação de cuidados a 1 RN em situação de risco que necessitou de auxílio nas manobras para adaptação à vida extrauterina.

Este estágio caracteriza-se pelo período expulsivo, onde a dilatação está completa e inicia-se os esforços expulsivos até à saída do feto. A duração pode variar entre minutos a 3 horas, sendo que há vários fatores que influenciam, nomeadamente, a “(...) eficácia das contrações, analgesia, condição física e emocional, posição da parturiente, paridade e adequação pélvica no trabalho de parto, tamanho, apresentação e situação do feto e o apoio recebido pelos profissionais de saúde” (Fatia & Tinoco, 2016, p. 310). Esta fase foi uma das mais desafiantes, pois a ansiedade instala-se assim que a mulher inicia os esforços expulsivos, onde tudo parece estar a decorrer dentro da normalidade e, num instante, surgem imprevistos, tendo de gerir a intensidade do momento, focar na parturiente/casal e orientar para um TP eficaz. Com a o decorrer do estágio, houve uma evolução positiva no percurso de aprendizagem na gestão emocional e na destreza manual para a execução do parto.

Nesta fase, orientava a parturiente a posicionar-se, sendo que neste campo de estágio, a posição mais adotada pelas mulheres era a litotomia, por resistência da equipa médica a colaborar no posicionamento mais verticalizado, pois “a posição de supina é mais confortável para o profissional, na medida em que facilita a captação do registo do traçado cardiotocográfico, a acessibilidade ao períneo e promove o descanso da parturiente” (Amaral et al., 2020, p. 127). De modo a permitir a escolha da parturiente

e de algum modo verticalizar um pouco mais a posição, articulava a cama, elevando mais a cabeceira e utilizava as barras laterais para incentivar a mulher a puxar, colocando-a numa posição mais sentada. Sendo que a posição verticalizada, pela ação da gravidade favorece o encaixe, a descida da apresentação fetal, maximiza os esforços expulsivos e diminui incidência de episiotomias (Mineiro et al., 2016; Torres *et al.*, 2018). Deste modo concretizei o objetivo - **Capacitar a parturiente/casal visando o autocuidado e a tomada de decisão na vivência do processo de parto** – disponibilizando orientações sobre como deveria posicionar e fazer força.

Durante o período expulsivo protegia o períneo com compressas quentes e aplicava gel lidocaína para favorecer a distensão dos tecidos e, realizava a manobra de Ritgen, controlando a velocidade da saída da cabeça, de modo a prevenir a deflexão súbita da cabeça e lacerações da uretra (Fatia & Tinoco, 2016; WHO, 2018). Estas medidas contribuíam para a prevenção de incontinências futuras, promovendo melhor qualidade de vida da mulher no pós-parto e no futuro longínquo. Neste campo de estágio, nos 40 partos que realizei, fiz 17 episiotomias após avaliar a elasticidade do períneo, observando alterações da coloração e com uma atitude expectante e fisiológica quando se inicia a coroação. Realizei 23 perineorrafias (2 lacerações de grau I e 3 de grau II), e houve 5 períneos íntegros.

Outra medida que também era promovida, eram os esforços expulsivos expiratórios nos puxos espontâneos. No entanto, no campo de estágio era incentivado por profissionais de saúde a manobra de Valsalva, com puxos dirigidos no sentido de encurtar o tempo do período expulsivo. Atualmente, esta medida não é recomendada pela WHO (2018), havendo evidência sustentada que comprova um aumento do período expulsivo (Pacheco & Néné, 2020). Para além de que esta manobra leva à diminuição da oxigenação, com consequente aumento da exaustão da parturiente e menos oxigenação para o feto. Também leva ao aumento do risco de lesões do pavimento pélvico pela pressão abdominal exercida, que provoca uma distensão rápida do períneo quando os tecidos estão tensos devido ao esforço da manobra, não contribuindo para um parto humanizado, uma vez que esta manobra é solicitada à mulher logo após os 10 cm de dilatação, independentemente da sua vontade (Ahmadi et al., 2017; Barasinski et al., 2020; Lee et al., 2019). Ao contrário do esforço expulsivo espontâneo, onde a parturiente naturalmente, quando sente vontade de puxar, realiza a técnica expiratória (expirando continuamente pela boca, contraindo os músculos abdominais e relaxando o períneo), havendo menor pressão abdominal, levando a uma lenta distensão perineal, reduzindo o trauma perineal e aumentando a satisfação e controlo emocional da mulher, respeitando a fisiologia do parto (Ahmadi et al., 2017; Araujo et al., 2021). Com a

orientação do EEESMO, implementei esta técnica durante os partos que assisti, podendo desenvolver uma prática baseada na evidência, garantindo intervenções de qualidade (OE, 2019c).

Por vezes, este esforço expulsivo espontâneo, pela presença de analgesia epidural, não está tão presente, pois a diminuição da sensibilidade na região perineal leva à ausência do reflexo de Ferguson<sup>1</sup>. Existindo assim um maior risco de lacerações, pois estes esforços expulsivos já não são realizados no momento certo. Assim, para além das medidas acima descritas, a ausência deste reflexo, implica a orientação e o incentivo da parturiente a realizar a força expulsiva, através da observação da contração no CTG e sentido o fundo do útero a contrair com a mão (Amaral et al., 2016).

Após a restituição e rotação externa da cabeça fetal, era verificada a presença de circulares, sendo que dos 40 partos realizados, presenciei 13 circulares apertadas e 7 circulares largas. Nas circulares cervicais apertadas, era realizada a laqueação precoce do cordão, não tendo executado a manobra de Somersault neste campo de estágio o que, refletindo, foi uma lacuna no processo de aprendizagem. Deste modo, não pude promover a laqueação tardia do cordão, como recomenda as guidelines, que permite que o volume de sangue retorne ao RN, aumentando assim a sua hemoglobina e prevenindo anemias futuras (Souza et al., 2021). No caso das circulares cervicais largas, era passado o cordão pela cabeça para desfazer a circular, e nos RN sem circulares, após o cordão deixar de pulsar (1-3min) era realizado o corte. Nestes casos, era questionado ao acompanhante ou à mulher se gostariam de realizar o corte, continuando a promover o sentimento de realização e a participação no momento do parto. Esta era, sem dúvida, uma das fases mais emotivas do parto, quando colocava o RN sobre o abdómen da mãe e observava a reação do casal ao receber o seu filho, com felicidade e sentimento de proteção, promovendo o crescimento do vínculo entre a tríade.

Outros momentos causadores de grande ansiedade, eram as situações de distocia de ombros, sendo estas uma emergência obstétrica que exige conhecimento e uma ação rápida. Neste campo de estágio, pude presenciar duas situações que foram resolvidas com a Manobra de McRoberts e de Rubin I, onde para além de adquirir competências técnicas face à resolução de situação, também pude trabalhar questões

---

<sup>1</sup> “À medida que a cabeça do feto desce e o colo do útero e os tecidos moles associados começam a distender, os recetores desses tecidos criam um ciclo de feedback para aumentar a produção de ocitocina – resultando em fortes contrações expulsivas, também conhecidas como reflexo de Ferguson” (Cardoso et al., 2023, p. 40).

emocionais, mantendo a tranquilidade crucial para não transmitir o medo à parturiente, e, deste modo, permitir que esta se mantivesse focada a colaborar no período expulsivo.

Após a expulsão do feto, era realizada a expressão manual das vias aéreas, de modo a prevenir a aspiração pulmonar de secreções, avaliado o índice de APGAR, a sua adaptação à vida extrauterina e promovido o contacto pele-a-pele e o início da amamentação na 1ª hora de vida, como recomenda (WHO & United Nations Children's Fund [UNICEF] (2020). Deste modo, era estimulado o processo de vinculação precoce e a promoção da lactação, sendo um dos benefícios desta prática, para além de promover o bem-estar e diminuir a ansiedade associada a este momento do parto nos pais, facilitando este processo de transição (Sá & Rabelo, 2021). Nos partos realizados pela obstetra e que requeriam a presença do pediatra (exemplo: partos distócicos, RN prematuros, CTG patológicos, intercorrências na gravidez ou parto, patologia materna ou fetal previamente conhecida), pude colaborar e realizar a receção do RN. Colaborava com a equipa de pediatria na avaliação e adaptação do RN à vida extrauterino. Nos partos eutócicos, que foram realizados pela equipa de obstetrícia, realizava, com a orientação do EEESMO, a avaliação do índice de APGAR no 1º, 5º e 10º minuto de vida; a observação Céfalo-caudal (observação física, neurológica e comportamental, identificação de malformações ou traumatismos provocados pelo parto); a aspiração de secreções; a pesagem do RN; a administração da injeção de fitomenadiona; e a identificação do RN com pulseira de identificação. Estes cuidados imediatos ao RN são prestados na sala de partos, na presença dos pais, promovendo a relação precoce da tríade e amamentação (Nunes, 2019). Esta “relação de parceria durante o internamento promove nos pais o sentimento de confiança e competência para prestação de cuidados no domicílio” (Umberger et al., 2018 citado por Nunes, 2019, p. 27). Neste sentido era incentivada a participação do pai no momento de vestir o RN, integrando-o nos cuidados ao RN, ensinando, instruindo e treinando-o de modo a desenvolver competências parentais (Nunes, 2019).

Estas intervenções permitiram alcançar o objetivo - **Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados imediatos ao RN e até às duas primeiras horas de vida na adaptação à vida extrauterina.**

No que diz respeito ao objetivo - **Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher parturiente/acompanhante no 3º estágio do TP, segundo a metodologia científica** - após o corte do cordão umbilical aguardava pela dequitação (processo fisiológico que se dá desde a exteriorização do feto até à expulsão da placenta),

observando os sinais de descolamento da placenta (saída súbita de sangue à vulva, contração uterina, descida do cordão, mudança da forma discoide para ovoide do útero e elevação do fundo uterino acima do umbigo), sendo esta uma conduta passiva através de uma atitude expectante e de observação do processo fisiológico sem intervenções (Fatia & Tinoco, 2016; Sequeira et al., 2020b). Por vezes, de modo a ter uma a "(...) *small reduction in blood loss and a small reduction in the duration of the third stage of labour as important*" (WHO, 2018, p. 161), quando se presenciava um fluxo aumentado de sangue na saída da vagina (ou por lacerações ou por dequitudas de Ducan) e após o consentimento da mulher, era realizada uma conduta ativa, através da manobra de Brandt-Andrews (tração cuidadosa e controlada do cordão umbilical, com uma mão a efetuar pressão moderada suprapúbica sobre o útero, para prevenir a inversão uterina) (Sequeira et al., 2020b). Durante a sua expulsão foi realizada a manobra de Jacob-Dublin (saída da placenta em fuso realizando movimentos de rotação, de modo a auxiliar na exteriorização completa das membranas, prevenindo a retenção de fragmentos). Após a expulsão da placenta era administrado oxitocina (30 ml em 1 L de dextrose em soro a 5%) em perfusão e avaliada a formação do globo de segurança de Pinard. Neste processo de dequitude, desenvolvi competências na identificação dos sinais da mesma, dos mecanismos de Schultz e Ducan e na inspeção placentar detalhada, onde verificava a integridade e características das membranas fetais e da placenta, garantindo que não existia a retenção de nenhum fragmento na cavidade uterina, analisava o cordão umbilical, a presença de duas artérias e uma veia e o local de inserção. No caso de retenção, era solicitado o apoio da obstetra para a realização da dequitude manual, sendo que nestes casos a vigilância era mais apertada, no sentido de monitorizar as perdas sanguíneas, avaliar o perfil hemodinâmico e, caso houvesse indicação médica, era administrado antibiótico profilático.

Após esta avaliação era realizada a inspeção ao canal de parto, a observação de lacerações no colo uterino, nas paredes da vagina e lábios vaginais que necessitavam de ser suturados e a identificação do grau das lacerações. Neste campo de estágio tive oportunidade de realizar a reconstrução do períneo, o que me proporcionou adquirir competências práticas e instrumentais nesta área. Após identificar a necessidade de reconstrução do períneo, eram criadas as condições assépticas para realizar a técnica, preparados os materiais de sutura e identificado os tecidos a suturar (sendo que esta foi uma das intervenções que senti maior dificuldade). O ponto Donatti era a técnica mais utilizada no serviço pela maioria dos profissionais de saúde, sendo que a reflexão que fiz sobre a preferência desta técnica é o facto de estes pontos permitem a aproximação do "(...) tecido subcutâneo e propiciam a eversão das bordas,

garantindo uma cicatrização mais adequada. Ademais, essas suturas que envolvem o tecido subcutâneo apresentam menor incidência de infecção incisional de sítio cirúrgico” (TUDINO et al., 2024, p. 2). Em relação às suturas, os aspetos onde senti maior dificuldade e que requeriam maior atenção era respeitar a anatomia, mantendo o alinhamento correto dos tecidos e não realizar suturas demasiado tensas com risco de causar futuramente dispareunia (Fatia & Tinoco, 2016). Sendo que com o decorrer do estágio, fui adquirindo mais destreza manual na técnica de suturar.

No final, realizava a revisão da vulva e do períneo para a identificação das zonas de solução de continuidade da pele e para a pesquisa da integridade da ampola retal, prestando cuidados de higiene e solicitado a colocação de gelo de modo a diminuir o edema ou hematomas e controlar a dor (Peleckis et al., 2017).

Por fim destas fases do parto, realizava os registos referentes ao parto no sistema informático, no Boletim de Saúde da Grávida e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

No ultimo estágio do TP (puerpério imediato), foi atingido o objetivo - **desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher puérpera / recém-nascido / acompanhante no 4º estágio do TP, promovendo o bem-estar e facilitando o processo de transição para a parentalidade** – após as duas horas do parto, era realizada a avaliação da puérpera, no sentido da vigilância do bem-estar materno, prevenção de hemorragias e promoção da vinculação, promovendo o contacto pele a pele e a amamentação. Nesta fase realizava a avaliação céfalo-caudal da puérpera: os sinais vitais; características da pele e das mamas; verificava a existência de globo vesical incentivando a micção; e avaliava a involução uterina. Nesta fase de avaliação da involução uterina, era realizada uma expressão de modo a avaliar a quantidade de lóquios e características dos mesmos, no sentido de detetar alguma atonia uterina. Também realizava a avaliação do períneo e da sutura, observando edemas, hematomas e sinais inflamatórios. Promovia a remoção do cateter epidural, caso tivesse, e dava a indicação para o início de dieta. Num último contacto, transmitia informação sobre o internamento, as normas e rotinas do serviço, os cuidados a ter com o períneo, as vigilâncias dos lóquios e esclarecia dúvidas. No final, realizava os restantes registos em sistema informático e, após reunidas as condições de segurança e de bem-estar da mulher e do RN, era realizada a transferência para o serviço de internamento de obstetrícia e ginecologia, após passagem de todos os dados clínicos do parto e do pós-parto às colegas do internamento. Deste modo, era garantida a continuidade dos cuidados.

#### **1.3.4. EEESMO EM GINECOLOGIA**

A atuação do EEESMO em ginecologia, foca-se maioritariamente nos processos de transição saúde-doença que as mulheres estão a vivenciar, no sentido de potenciar a saúde, promovendo a saúde ginecológica, através do diagnóstico precoce e prevenção de complicações, capacitando-a de modo a facilitar o processo de adaptação à nova realidade (OE, 2019c). Também no climatério, a atuação do EEESMO recai sobre os mesmos princípios, promover a saúde e apoiar no processo de transição, promovendo melhor qualidade de vida.

Ao longo deste estágio, foram alcançados os objetivos propostos e desenvolvidas competências do EEESMO. Em seguida, será realizada uma reflexão crítica e sucinta do alcance dos objetivos propostos no plano mencionando no anexo I.

Assim, ao longo do estágio e de modo a atingir os objetivos que permitiram o desenvolvimento das competências do EEESMO, das unidades de competência 5 e 6 - **Cuidar da mulher/família no domínio da ginecologia em processos de saúde-doença, em serviços de ambulatório; Capacitar a mulher visando o autocuidado e a autovigilância; Promover a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível da vivência de processos de saúde/doença ginecológica em contexto de consulta** - realizei a vigilância e prestação de cuidados a 47 mulheres do foro ginecológico. Cooperei nas consultas de patologia cervical, na realização de citologias e colposcopias nas mulheres cuja citologia prévia vinha alterada ou positiva para HPV, sendo que estas mulheres eram encaminhadas do centro de saúde ou já estavam a ser acompanhadas em consulta hospitalar por antecedentes ginecológicos anteriores. Também observei a realização de excisões da zona de transformação, sendo que esta só era realizada na presença de lesões de alto grau quando HPV 16 e 18, ou lesões de baixo grau com citologia positiva ao fim de 1 ano, ou por decisão médica após a observação citológica. Para além deste procedimento, também pude observar e cooperar na realização de histeroscopias, onde o enfermeiro tinha uma intervenção prévia ao exame através da chamada telefónica, dava orientações relativamente à suspensão de anticoagulantes, à necessidade de tomar misoprostol, caso houvesse prescrição médica, e à toma de analgésico prévio ao exame. No dia do exame era reforçada a educação para a saúde relativa aos cuidados pós-cirúrgicos, incluindo cuidados a ter e sinais de alerta.

Neste contexto foi possível perceber, como se realiza o exame, auxiliar na preparação do material necessário, preparar psicologicamente a mulher, promover um

ambiente acolhedor, promover a privacidade e auxiliar no posicionamento, no final orientava sobre os cuidados a ter após o exame. Deste modo, houve a possibilidade de desenvolver as competências específicas do EESMO, no que concerne a providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação (OE, 2019c). Refletindo, com a cooperação nestas consultas, pude observar algumas alterações e suspeitas de lesões do colo uterino (com recurso ao teste de Schiller), contribuindo assim para o meu processo de aprendizagem, sendo importante, em contexto de cuidados de saúde primários, o EEESMO ter a competência de realizar citologias de forma autónoma e identificar alterações no colo de modo a notificar e orientar para consulta médica. Sendo esta uma competência específica do EESMO “Diagnostica e monitoriza afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2019c, p. 13564).

Nestas consultas deparei-me com a falta de literacia em saúde, pois a maioria das mulheres iam à consulta hospitalar apenas por terem sido notificadas, sem conhecimento do motivo, nem do que iam fazer. Isto fez-me refletir sobre a necessidade iminente de aumentar a literacia em saúde e do desenvolvimento de competências, através da educação para a saúde. Com o empoderamento das mulheres, espera-se que estas consigam tomar decisões e assumir um comportamento, face à sua saúde, proativa e eficaz, de modo a controlá-la, no sentido de a melhorar (Pereira, 2017, citado por Amendoeira, 2022b). Sendo que, qualquer contacto com profissionais de saúde é uma oportunidade para educar e promover a saúde, capacitando a mulher para que seja responsável pela sua própria saúde. Para tal, é imperativo que os profissionais de saúde adotem estratégias para a melhoria da qualidade de vida, a partir de orientações e intervenções centradas na pessoa que promovam a literacia em saúde, pois “Estudos internacionais indicam que a literacia das mulheres é um preditor significativo da utilização do RCCU, sendo que sem essa educação, a adesão ao RCCU pode diminuir em 67%” (Fernandes et al., 2024a, p. 7).

Neste seguimento, e de modo a desenvolver as competências do EEESMO – “Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa;” e “Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa” (OE, 2019c, p.5) – neste campo de estágio e como ligação ao meu tema, desenvolvi um folheto informativo sobre a menopausa (anexo VI). No qual, abordei os tipos de menopausa, os desconfortos e algumas estratégias para alívio dos mesmos, servindo assim de guia orientador para muitas mulheres que, muitas vezes, nestas consultas aproveitavam o contacto com profissionais de saúde da área (ginecologia) para

esclarecer dúvidas e receios. Deste modo, promovi o empoderamento das mulheres, contribuindo para uma transição bem-sucedida.

No que concerne à patologia da mama, pude presenciar o tratamento de feridas pós-cirúrgicas da mama (mastectomias parciais ou radicais, colocação de prótese), onde estas mulheres estão mais frágeis emocionalmente pela patologia em si, mas também pela influência que tem na sua imagem corporal, com impacto na sua autoestima e sexualidade. Por este motivo, estas consultas de enfermagem eram realizadas num ambiente intimista e com respeito à privacidade. Estes tratamentos estão associados a necessidades psicológicas e educativas que condicionam o bem-estar durante o tratamento da doença (Gomes, 2021). Neste sentido, a abordagem da equipa de enfermagem, de modo promover a qualidade de vida destas mulheres, realizava-se através de estratégias de alívio de desconfortos, fornecendo material (oferecido ao hospital por voluntários) como: um protetor do cinto do carro, uma almofada para pôr debaixo do braço, um avental para colocar os drenos e uma ortótese na forma de mama para o preenchimento do sutiã, melhorando assim a autoimagem durante o processo de recuperação. Estes pequenos gestos, com o uso de materiais de origem não hospitalar, promoviam um ambiente mais intimista, acolhedor e empático para estas mulheres que, durante muito tempo, se deslocavam àquele local gerador de ansiedade. Pois, através de gestos simples, com atitudes respeitosas e práticas motivadoras, atinge-se um cuidado humanizado (Oliveira et al., 2022). Além destas estratégias, estas mulheres tinham a intervenção de uma fisioterapeuta para a promoção de exercício que lhes facilitava o autocuidado, promovendo a adaptação psicossocial.

Esta experiência foi relevante para o meu percurso de aprendizagem, pois nestes contextos aborda-se muito a doença e a pessoa doente, onde gerir as emoções negativas acrescido com a capacidade de comunicação e de relação terapêutica, torna-se ainda mais relevante, pois só assim é possível orientar a mulher para uma melhor capacitação na gestão do processo saúde-doença e para o autocuidado, "(...) com vista ao bem-estar e melhoria da qualidade de vida" (Gomes, 2021, p. 15).

### **1.3.5. EEESMO NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA**

A gravidez é um processo fisiológico, no entanto em função da saúde materna e do desenvolvimento fetal, há critérios que exigem o acompanhamento à "(...) luz do princípio mais riscos, mais cuidados" (DGS, 2015a, p. 7). A identificação do risco depende da história familiar e pessoal, do exame físico, das avaliações clínicas e dos

antecedentes ginecológicos e obstétricos, sendo que esta avaliação é realizada pela parte médica com recurso à tabela de Goodwin Modificada onde, se a classificação for médio ou alto risco, a grávida é encaminhada para a consulta hospitalar da especialidade (Orfão, 2016). Nas últimas décadas tem-se assistido a uma modificação a nível social e das escolhas reprodutivas que colocam desafios acrescidos aos cuidados de saúde, nomeadamente o adiamento da maternidade, gravidez em mulheres com patologia associada, que antes dos avanços da medicina, não lhes era possível engravidar, necessitando assim de respostas específicas às suas necessidades.

Posto isto, as funções do EEESMO neste contexto, são fundamentais para a prestação de cuidados à mulher/casal/filhos/família, tendo em conta cada patologia ou fator de risco associado, sendo que a abordagem implica uma ação multidisciplinar. Numa abordagem segundo a teoria de Afaf Meleis, estas mulheres vivenciam uma transição saúde-doença num período das suas vidas onde se trata de algo fisiológico, neste sentido, torna-se desafiante gerir as expectativas, fornecer apoio emocional e estratégias que lhes permitam vivenciar esta transição de forma positiva e com qualidade de vida. Neste campo de estágio, realizei consultas de vigilância da gravidez de alto risco, onde prestei cuidados a mulheres com gravidez gemelar, gravidez na adolescência e gravidez na idade avançada; grávidas toxicodependentes, com risco de pré-eclampsia, abortos de repetição, antecedentes obstétricos e ginecológicos patológicos, anemias, talassemias e doenças da hemoglobina, diabetes gestacional ou diabetes prévios à gravidez; e ainda tive a oportunidade de cooperar nas consultas de diagnóstico pré-natal, onde colaborei na realização de amniocentese (realizadas por alterações no rastreio genético e por infeção por toxoplasmose). As mulheres eram encaminhadas para a consulta externa através do centro de saúde ou então já estavam a ser acompanhadas no hospital por antecedentes obstétricos.

Ao longo deste estágio foram alcançados os objetivos propostos e desenvolvidas competências do EEESMO. Em seguida, será realizada uma reflexão crítica e sucinta do alcance dos objetivos propostos no plano mencionando no anexo I.

Assim ao longo do estágio e de modo a atingir os objetivos que permitiram o desenvolvimento das competências do EEESMO, das unidades de competência 2 - **Cuidar da mulher grávida/feto/família em situação de risco, em contexto de consulta hospitalar; Capacitar a mulher grávida/família visando o autocuidado e a tomada de decisão no processo de doença conducente à obtenção de um melhor nível de saúde; Promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível da gravidez patológica** - realizei consultas de vigilância da gravidez, utilizando o

PNVGBR, como guia orientador das consultas, tendo em consideração e adaptando a cada situação de risco de gravidez. Aqui pude desenvolver competências de raciocínio clínico, pois neste contexto, para além dos aspetos que temos na vigilância da gravidez, acresce a patologia, os sintomas, os sinais de alarme de cada uma, a educação para a saúde específica e a atuação personalizada, possibilitando o desenvolvimento de uma grande capacidade de análise crítico-reflexiva de situações e fundamentação das mesmas, com base no conhecimento técnico-científico. Apesar de ter sido um dos desafios, a capacidade de integrar de forma mais sistemática os conhecimentos face às patologias específicas e adequar a minha atuação permitiu a melhoria continua dos cuidados. Ao aprofundar os conhecimentos sobre as patologias, analisando o histórico de cada mulher (antecedentes, medicação, sintomas), permitiu correlacionar vários aspetos e atuar em conformidade, pois o “(...) enfermeiro utiliza julgamento independente, ou seja, de atuar suportado por uma avaliação racional da situação (...)” (Peixoto & Peixoto, 2017, p. 126). Assim, “(...) o raciocínio e a crítica, quando inseridos no pensar, são ferramentas mentais essenciais para a compreensão da realidade e ajuste do conhecimento.” (Peixoto & Peixoto, 2017, p. 126), sendo esta uma ferramenta fundamental enquanto EESMO, no sentido da tomada de decisões clínicas, a fim de prestar cuidados seguros e eficazes.

Nas consultas de alto risco, prestei cuidados e realizei a vigilância a 152 grávidas em situação de risco, onde foram muitas as situações que levaram a medidas de deteção precoce de complicações, como o caso de suspeitas de infeções urinárias, onde era realizado um teste rápido à urina para um diagnóstico de presunção de uma infeção. Sabe-se que na gravidez pela alteração anatômica, hormonal e bioquímica, estão sujeitas a infeções, e o tratamento precoce diminui o risco de partos pré-termo e de RN com baixo peso (Silva & Neves, 2016). Assim como o despiste de pré-eclampsia, em caso de sintomas suspeitos de pré-eclampsia (cefaleias, edemas dos membros inferiores, hipertensão, dores de estômago), era realizada a colheita de urina para pesquisa de albuminas, alertada a equipa médica e, caso esta prescrevesse, eram realizadas colheitas de sangue para análise. Nestes casos havia a necessidade de reforçar as orientações educativas sobre os sinais de alerta, hábitos alimentares, exercício físico e o reforço hídrico (Silva & Neves, 2016). Também foi possível neste contexto prestar cuidados a grávidas nos extremos da idade, tanto gravidez precoce como gravidez tardia. A idade materna, por si só, não indica risco obstétrico, porém, considerando as vulnerabilidades biológicas da maturação endócrina destes extremos de idade, estas levam a um risco aumentado de complicações para o bem-estar materno-fetal, necessitando, por isso, de uma abordagem assertiva (Faria & Ramos,

2016). Esta abordagem implica um acompanhamento regular, com ênfase na educação de estilos de vida saudáveis e no apoio emocional. Na gravidez precoce, no sentido de promover o desenvolvimento de competências parentais e de aumentar a compreensão relativa à gravidez, foi invocada a importância de participarem no programa de preparação para o parto no centro de saúde de referência, e de envolverem a pessoa de referência que acompanhava as consultas. Na gravidez tardia, eram desmitificados alguns receios relativos à idade e ao estigma, dando exemplos de outras mulheres que também se encontravam no extremo da idade, criando empatia e tranquilidade. Com estas intervenções pretendia promover uma gravidez salutar apesar das vulnerabilidades, facilitando assim o processo de transição vivenciado, como compete ao EEESMO (OE, 2019c). Assim como identificar e monitorizar desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da área de atuação (OE, 2019c).

A abordagem neste contexto de vigilância de alto risco, requer um enfoque no apoio emocional e “(...) evitar atitudes redutoras e estigmatizantes (...)” (Faria & Ramos, 2016, p. 97). Assim, o enfermeiro torna-se mediador no ajustamento da grávida ao meio circundante, facilitando e promovendo o bem-estar materno e familiar. Pois, associada ao fator de risco acresce uma interpretação, por parte destas mulheres, em relação aos cuidados de saúde que exigem maior rigor e regularidade, como algo “(...) exacerbado e justificativo de uma gravidez complicada e arriscada (...)”, levando ao sentimento de culpa e frustração, podendo comprometer o vínculo com o futuro bebé (Faria & Ramos, 2016, p. 97). Esta ansiedade tem tendência a aumentar e, por esse motivo, haver a necessidade de uma intervenção multidisciplinar (Faria & Ramos, 2016). Neste contexto havia a colaboração da assistente social e do apoio da psiquiatria para a vigilância destas mulheres.

Ainda nas consultas de risco, prestei cuidados a duas grávidas com gravidez gemelar, onde pude desenvolver competências na colocação e interpretação do CTG. Assim como no campo de estágio na UCC, também adquiri competências na interpretação de exames e destreza na realização da avaliação do bem-estar materno-fetal. Nomeadamente a monitorização da frequência cardíaca fetal com doppler e a CTG, realizando um total de 171 exames pré-natais, e personalizando os ensinamentos e cuidados à grávida de acordo com as suas necessidades. Os CTG eram realizados nas consultas de alto risco, a partir das 30 semanas de gestação, sempre que houvesse queixas (dores, contrações, diminuição dos movimentos fetais) e sempre a partir das 36 semanas de gestação. Nas consultas de termo, eram realizados a partir das 37 semanas de gestação, semanalmente. Neste campo de estágio, pude continuar a consolidação

de conhecimentos na interpretação de CTG, já desenvolvidos no estágio do bloco de partos.

Nestas consultas também eram abordados aspetos relacionados com a prevenção de infeções, estratégias de alívio dos desconfortos da gravidez, promoção de estilos de vida saudáveis. Nas consultas de termo, eram esclarecidas dúvidas sobre amamentação, TP, parto, sinais de TP e discutido o plano de partos. O facto de ter realizado o estágio do bloco de parto e o puerpério na mesma unidade hospitalar, permitiu-me estar dotada de conhecimentos sobre as dinâmicas e alguns protocolos dos serviços, podendo assim transmitir às grávidas/casais, alguns aspetos importantes sobre os mesmos, bem como esclarecer dúvidas relativas a procedimentos ou dinâmicas dos serviços. O plano de parto, sendo ele uma ferramenta importante para os pais, pois permite que estes expressem os seus desejos e as suas vontades, importa que “(...) disponham de informação fidedigna e baseada na evidência científica, sem censura para esclarecimento e decisão informada (...)” (Lopes, 2016, p. 167), tendo aqui o EESMO um papel fundamental. Nas consultas de termo as grávidas vinham com o plano de parto previamente realizado e era neste contexto que o discutíamos. Os conhecimentos e experiência prévia obtidos nos anteriores campos de estágio, facilitaram esta intervenção, levando à criação de uma relação terapêutica que permitiu à mulher/casal expressarem as suas necessidades e, em parceria, obter a informação e os esclarecimentos necessários para encontrarem as soluções mais adequadas, tendo em conta a sua vivência, cultura e contexto de vida (Lopes, 2016). Deste modo promovi o plano de parto, aconselhei e apoiei a mulher na decisão (OE, 2019c).

Também nestas consultas incentivava a visita à maternidade (bloco de partos, puerpério e neonatologia), sendo esta atividade importante, pois permite que estes conheçam previamente os profissionais, as instalações, criando uma relação de confiança, segurança e respeito, que promove relaxamento, algo importante para o desenrolar do TP (Batista & Pereira, 2016). Sendo uma fase de mudança na vida do casal, esta intervenção facilita o processo, no sentido de proporcionar uma experiência positiva, onde há o envolvimento da grávida/casal ao longo de todo o processo do nascimento (Batista & Pereira, 2016).

Sendo a gravidez um contexto promotor de saúde, onde a grávida é considerada responsável pela sua própria saúde, para além de promover a mesma durante a gravidez, é uma oportunidade de modificar hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, criança e agregado familiar. Assim, permite modificar situações de risco de patologia futura como o risco de diabetes e de doenças cardiovasculares, preparando e capacitando-a para uma transição saúde-doença

facilitadora, com perspetiva de uma experiência positiva nesta transição, levando a adotar hábitos de vida saudáveis (DGS, 2015a). Neste estágio, nas consultas de diabetes e gravidez, fosse por diabetes gestacional ou diabetes prévia à gravidez, a educação para a saúde recaía sobre os hábitos de vida. Como já referido, foi realizado um folheto educativo (anexo VII) sobre a diabetes gestacional. De ressaltar que, neste folheto, criei um plano alimentar geral, no sentido de orientar as grávidas sobre a sua alimentação, visto que, muitas das vezes, só eram chamadas para a consulta de nutrição no final da gravidez. Posto isto, desenvolvi a competência do EESMO “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável” (OE, 2019c, p. 13562). Ainda nesta linha de pensamento, relativo à promoção de saúde e prevenção de complicações futuras, realizei um poster informativo sobre a massagem perineal (anexo VII) de modo a reduzir o risco de lacerações no parto e, conseqüentemente, o risco de incontinências futuras (Álvarez-González et al., 2021, 2022; Chen et al., 2022).

Nas consultas de diagnóstico pré-natal, colaborava na realização da amniocentese com a equipa médica, na preparação e facultação do material e prestava orientações relativos aos cuidados e sinais de alerta após o procedimento. Também neste seguimento, era realizada uma consulta de enfermagem após a primeira consulta médica, onde a grávida era informada sobre a necessidade de realizar o procedimento. Esta era uma oportunidade de gerir a ansiedade, as expectativas e transmitir apoio emocional através do envolvimento do familiar de referência e do esclarecimento de dúvidas. Fornecia informações pertinentes sobre o exame para a tomada de decisão informada, reforçando o que a equipa médica transmitia sobre a necessidade do mesmo e as implicações que havia da não realização. Mesmo que, culturalmente ou pelos seus valores, não quisessem interromper a gravidez (no caso de haver indicação médica), era explicada a importância da realização do exame para se poder preparar o parto e os cuidados ao RN aquando do nascimento, respeitando os valores de cada família. Por fim, demonstrava disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas futuras e promovia o acesso ao apoio de psicologia caso fosse necessário. Com isto, pude refletir sobre a importância da comunicação, onde o utente tem uma participação ativa, ou seja, é ouvido e expressa as suas preocupações, crenças e expectativas. Este tem por sua vez um “(...) efeito positivo na receção da comunicação, conferindo uma maior perceção de controlo ao utente e, portanto, menos stress e menor ansiedade (...)” (Teixeira, 1996, citado por Bicho, 2013, p. 7). Estas atividades permitiram desenvolver as competências específicas do EEESMO no que diz respeito a cooperar com outros profissionais no

tratamento da mulher com complicações na gravidez ou com patologia associada e/ou concomitante, e promover a saúde mental (OE, 2019c).

Durante o período deste campo de estágio não tive oportunidade de realizar a consulta de *follow-up* após aborto, o que constituiu uma lacuna no meu processo de aprendizagem e uma área na qual pretendo aprofundar os meus conhecimentos no futuro.

## **2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE**

O percurso formativo ao nível do grau de mestre, permite aprofundar conhecimentos e promover a capacidade de os aplicar de forma crítica nos diversos contextos com autônoma e responsabilidade profissional, essenciais para o exercício responsável do enfermeiro especialista. De acordo com os descritores de Dublin, o grau de mestre deve assegurar uma compreensão profunda da área de especialização, a capacidade de aplicar o conhecimento em contextos novos e complexos, e o desenvolvimento de competências que permitam uma prática crítica, reflexiva e baseada na evidência científica.

A aquisição destas competências resultou da integração entre a formação teórica, a prática clínica supervisionada e o desenvolvimento de capacidades de investigação. Durante a formação, foi realizada a análise crítica da evidência científica disponível e a tomada de decisões fundamentadas em situações clínicas complexas. Estas competências permitiram enfrentar situações desafiadoras nos campos de estágio, aplicando práticas baseadas em evidência e mantendo um processo contínuo de autoaprendizagem, contribuindo assim para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista: a prática clínica especializada em evidência científica, garantindo a qualidade da mesma; e a colaboração em programas de melhoria contínua (OE, 2019a). Isto também vai de acordo com os Padrões de Qualidade estabelecidos para a ESMO, onde o enfermeiro tem as competências profissionais para prestar e gerir cuidados especializados, com responsabilidade ética e legal, integrar os resultados de investigação científica no processo de tomada de decisão clínica e na implementação de intervenção, garantindo o respeito e satisfação do cliente e dos profissionais e, prestando cuidados com menos custos (OE, 2021).

Em síntese, o grau de mestre representa um nível de qualificação que combina conhecimentos aprofundados, capacidade de análise crítica e competência prática especializada.

O percurso termina com a elaboração e apresentação de um relatório de estágio, que resume todo o processo de aprendizagem e comprova a aptidão do enfermeiro mestre para contribuir de forma relevante para a melhoria dos cuidados de saúde e para o desenvolvimento da profissão.

### **3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL**

#### **3.1. Contextualização**

A vigilância da mulher inicia-se com a menarca, continua no decurso da idade fértil, no planeamento e vigilância da gravidez e, continuamente, no sentido de promover um envelhecimento saudável. Durante a sua vida reprodutiva, especialmente na gravidez, esta vigilância intensifica-se e, após esta fase de vida, a mulher maioritariamente procura os cuidados de saúde no sentido de obter terapias de reposição hormonal e realizar exames complementares de diagnóstico. Ou seja, a procura e os cuidados são focalizados na prevenção de processos patológicos, descorando a promoção da qualidade de vida nesta etapa de vida (Silva et al., 2015).

O climatério, segundo Utian (1999 – citado por Silva et al., 2015), inicia-se por volta dos 45 anos, sendo considerado um processo biológico ao longo do qual ocorre o declínio progressivo da função ovárica (por hipoestrogénio), levando a um conjunto de sinais e sintomas (síndrome do climatério) da mulher com alterações biológicas, sociais e psicológicas, que podem comprometer a sua qualidade de vida. Esta fase divide-se em três, a pré-menopausa (início do declínio da função ovárica), a transição menopáusica (início da irregularidade menstrual até à última menstruação) e o pós-menopausa (após a última menstruação) (Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). A síndrome do climatério é composta por alterações do sono, irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações de humor, síndrome geniturinária, comprometimento da atividade sexual, alterações cutâneas, complicações cardiovasculares, osteoporose e doenças neurocognitivas, que ocorrem de acordo com a fase do climatério (Freitas et al., 2016; Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). Segundo os dados de um inquérito de 2018, com mulheres entre os 45 e os 55 anos, divulgados pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia, mais de metade (57%) afirmava que os sintomas da menopausa interferem com a sua vida diária (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

Neste sentido, a abordagem à mulher nesta fase de vida requer uma visão holística, permitindo dar resposta a todas as suas necessidades individuais e capacitando-a no processo de adaptação, permitindo que estas tenham qualidade de vida. Esta abordagem é considerada multidimensional, influenciada por fatores biopsicossociais e diferente de pessoa para pessoa, uma vez que a sua atitude e perceção relativa à menopausa também irá influenciar, sendo que uma associação de autoconfiança leva a melhores resultados (Freitas et al., 2016).

Durante o climatério a mulher vai sofrendo alterações biopsicossociais, o que leva a um conjunto de transições ao longo desse período. Segundo Afaf Meleis, uma transição consiste em passar de algo estável para outro igualmente estável, requerendo para tal, que as pessoas sejam incorporadas de conhecimento, de alterações do seu comportamento e mudanças na definição de si mesmo (Meleis et al., 2000). A Teoria das Transições de Afaf Meleis é constituída por: natureza das transições, condições de transição, padrões de resposta e terapêutica de enfermagem. Assim, segundo esta teoria, as características na natureza das transições no climatério podem ser do tipo: saúde-doença (alterações na qualidade de vida, os desconfortos, situações patológicas); situacional (alteração de papéis, saída dos filhos de casa); organizacional (mudanças no trabalho, reforma, implicações económicas) e de desenvolvimento (mudanças no ciclo vital). Sendo que todas estas transições podem ter um padrão simples (apenas uma), múltiplos (mais do que uma), sequenciais (com intervalo de tempo diferente entre elas) ou simultâneos (relacionadas umas com as outras) (Meleis et al., 2000). Para além destas características, a natureza das transições possui propriedades que são essenciais e influenciam a experiência da transição. Estas estão inter-relacionadas, uma vez que a perceção de que está a experienciar essa mesma transição (como o reconhecimento das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais), irá influenciar a forma como o indivíduo se adapta, se envolve e se empenha no seu processo de transição (Guimarães, 2016). Neste sentido, o que se pretende com as intervenções do EEESMO é que a mulher/família consiga atingir uma perceção positiva, ou seja, sendo proativa na procura de cuidados e de informação, para atingir a qualidade de vida, que seja empoderada.

Segundo Kayser, o *empowerment*, quando relacionado com a saúde, pretende dotar o indivíduo e a família de literacia em saúde e capacidades para contribuir nas decisões relacionadas com o seu estado de saúde (Kayser et al., 2019). Da mesma maneira incentiva a mudança, através da aquisição de competências cognitivas e comportamentais (Pereira, 2017, citado por (Amendoeira, 2022b) “(...) desenvolver autoconfiança, autoestima e habilidades de enfrentamento para gerenciar os impactos de sua doença na vida cotidiana” (Kayser et al., 2019,p.3), promovendo a qualidade de vida. Também, Antonovsky (1996), refere que através de atividades educativas e preventivas, se permite atingir o bem-estar físico, mental e social, num sentido proativo onde, através do conhecimento, consigam tomar decisões informadas para terem controlo sobre a sua própria saúde.

Todas as transições desencadeiam mudanças e para compreendê-las é fundamental identificar os efeitos e seus significados. Segundo a Organização Mundial

da Saúde (OMS), a qualidade de vida define-se como “*individuals perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns*” (World Health Organization [WHO], 2012, p. 11). Trata-se de um conceito abrangente que engloba questões relacionadas com o domínio: Físico (dor/desconforto, energia/fadiga, dormir/descansar, nível de independência - dependência de medicamentos, capacidade de trabalho, atividades de vida diária afetadas por outros domínios); Psicológico (sentimentos positivos, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal/aparência, sentimentos negativos); Relações Sociais (relacionamento com pessoas, apoio social, atividade sexual); e Ambiente (recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de acesso à saúde e assistência social, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação e lazer) (WHO, 2012). Ou seja, a experiência vivenciada durante as transições, leva a mudanças que podem afetar qualquer domínio, afetando a qualidade de vida do indivíduo, assim como cada domínio pode também influenciar a experiência de transição. Cabe ao EEESMO conhecer os condicionantes pessoais, sociais e da comunidade que facilitam o processo de transição saudável, de modo a implementar estratégias promotoras de qualidade de vida (Meleis et al., 2000). No que concerne ao climatério, o EEESMO pode intervir na condicionante pessoal, de modo a promover um significado positivo da transição, desmitificando estigmas existentes em relação ao climatério, implementando estratégias que promovam a saúde mental, realizando a preparação e fornecendo conhecimentos prévios, uma vez que estes conhecimentos facilitam “(...) a experiência de transição, ao passo que a falta de preparação e de conhecimento é um inibidor (...)” (Guimarães, 2016, p. 3). Ao nível da comunidade e parte social, o EEESMO deve envolver sempre a família no seu processo de cuidados e fornecer toda a informação referente aos apoios e recursos sociais que existem.

Através dos padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) ao processo de transição, consegue-se determinar se a transição foi saudável para que o indivíduo tenha qualidade de vida. Assim, as intervenções do EEESMO pretendem que o indivíduo: se sinta ligado e que interaja com redes sociais de apoio (família, profissionais de saúde e pessoas na mesma situação), de modo a ajustar os comportamentos de resposta às transições; e que esteja situado no tempo e espaço, de modo a desprender-se do passado e enfrentar os novos desafios, utilizando os recursos e desenvolvendo estratégias para adquirir confiança e lidar com a situação. Para além de isto, os indicadores de resultado pretendem que o indivíduo tenha “maestria” (domine novas competências) e que integre a identidade (reformulação de identidade, mais fluida

e dinâmica) (Guimarães, 2016). Ou seja, se as mulheres nesta fase de vida tiverem conhecimentos e apoios suficientes, irão sentir-se mais interligadas e em interação, desenvolvendo autoconfiança para lidar melhor com o processo de transição no climatério.

O EEESMO, para além de compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição, tem de prestar um cuidado “(...) humanizado, científico, partilhado e holístico, o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e de sua família, no decorrer do seu ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade” (Guimarães, 2016, p. 4). Dando assim resposta às necessidades reais do indivíduo para alcançar a qualidade de vida.

Assim, segundo Meleis e as competências específicas do EEESMO, o EEESMO “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa”, onde, através da prática baseada na evidência, o EEESMO: Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio, de promoção e proteção da saúde durante o climatério, prevenindo complicações associadas ao climatério e referenciando as situações que estão além da sua área de atuação; Identifica, informa e orienta a mulher sobre as alterações associadas ao climatério e os recursos disponíveis; Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções e medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com alterações/patologias associadas ao climatério, incluindo conviventes significativos; Cooperar com outros profissionais de saúde no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério (OE, 2019c). Estes cuidados de enfermagem, para além de serem executados com base na fundamentação teórica já referida, permitem também corresponder aos padrões de qualidade definidos no regulamento dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021). Assim, através destas competências consegue-se **promover a saúde e prevenir complicações, organizando os cuidados de enfermagem** com atividades de educação para informar e capacitar o utente, onde o princípio do foco dos cuidados é o utente e a **satisfação das suas necessidades**, de modo a alcançar a qualidade de vida (Amendoeira, 2022b; OE, 2021). Tal como Meleis afirma na sua Teoria das transições, o enfermeiro deve conhecer as condicionantes da transição, ou seja, identificar as suas necessidades e ter uma abordagem terapêutica em conformidade, com o intuito de que a utente seja líder (empowerment) na **readaptação às novas condições de saúde com autocuidado, autocontrolo e mestria**. Também Kayser, defende que o

empoderamento e a promoção de saúde em parceria com o utente, têm o propósito do bem-estar, tornando-o capaz de tomar decisões e orientar para uma qualidade de vida de forma informada (Antonovsky, 1996; Kayser et al., 2019; OE, 2021).

### **3.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis**

No desenvolvimento da disciplina de enfermagem, as teorias de enfermagem permitiram “(...) *shaping the characteristics of the discipline as a human science, a practice science, a science with social goals to empower nurses to provide effective and quality care, and one in which gender differences and the need for understanding minorities are areas of primary concern*” (Meleis, 1992, p. 112).

Segundo Afaf Meleis, uma transição consiste em passar de algo estável para outro igualmente estável, requerendo para tal, que as pessoas sejam incorporadas de conhecimento, de alterações do seu comportamento e mudanças na definição de si mesmo (Meleis et al., 2000). Tendo a intervenção do enfermeiro, o papel de facilitar o processo de transição de modo a promover transições saudáveis (Guimarães, 2016). Sendo que estes processos de transição são pessoais, diversos e com múltiplas dimensões, criando experiências individuais de acordo com a perceção de cada pessoa (Guimarães, 2016). Cabe ao enfermeiro entender estas dimensões e atuar em conformidade com as necessidades de cada uma (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis é então constituída por:

“**Natureza das Transições**” - são as características que criam uma experiência de transição que têm tipos, padrões e propriedades. Aplicando à temática em estudo, as características da natureza das transições no climatério quanto ao tipo podem ser de: saúde-doença (alterações na qualidade de vida, os desconfortos, situações patológicas), situacional (alteração de papéis, saída dos filhos de casa), organizacional (mudanças no trabalho, reforma, implicações económicas) e de desenvolvimento (mudanças no ciclo vital). Quanto ao padrão, este pode ser: simples (apenas uma), múltiplos (mais do que uma), sequenciais (com intervalo de tempo diferente entre elas) ou simultâneos (relacionadas umas com as outras) (Meleis et al., 2000). Relativamente às propriedades essenciais às experiências de transição, estas são: a consciencialização, o envolvimento, a mudança (rotinas, relações, perceção) e a diferença (sentir-se diferente), o espaço temporal (início de sintomas, perceção da mudança, instabilidade até atingir novamente a estabilidade, podendo ser aspetos que influenciam o tempo da transição), eventos e pontos críticos que levam à consciência da mudança (ex: nascimento, cessão da menopausa, doença crónica) (Eyimaya & Tezel, 2021; Meleis et al., 2000).

As propriedades das transições são importantes e influenciam a experiência da transição, sendo que estão inter-relacionadas, uma vez que a percepção de que está a experienciar essa mesma transição (como o reconhecimento das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais), irá influenciar a forma como o indivíduo se adapta, se envolve e se empenha no seu processo de transição (Guimarães, 2016). No entanto, existem condicionantes que iram influenciar e cabe ao enfermeiro conhecê-las, de modo a facilitar esse processo de transição.

**“Condições de Transição”** – são fatores que podem facilitar ou inibir uma transição, estas englobam condições: personais, sociais e da comunidade (Meleis et al., 2000). No que concerne ao climatério, o EEESMO pode intervir na condicionante pessoal, de modo a promover um significado positivo da transição, desmitificando estigmas existentes em relação ao climatério, implementando estratégias que promovam a saúde mental, realizando preparação e fornecendo conhecimento prévio. Ao nível da comunidade e parte social, o enfermeiro deve envolver sempre a família no seu processo de cuidados e fornecer toda a informação referente aos apoios e recursos sociais que existem.

Todas as transições desencadeiam mudanças e, para compreendê-las, é fundamental identificar os efeitos e seus significados.

**“Padrões de Resposta”** – são indicadores do processo de transição, que determinam se a transição foi saudável para que o indivíduo tenha qualidade de vida. Estes são indicadores de processo e indicadores de resultado. Através das intervenções do enfermeiro, pretende-se que o indivíduo: se sinta ligado e que interaja com redes sociais de apoio (família, profissionais de saúde e pessoas na mesma situação), de modo a ajustar os comportamentos de resposta às transições; e que esteja situado no tempo e espaço, de modo a desprender-se do passado e enfrentar os novos desafios, utilizando os recursos e desenvolvendo estratégias para adquirir confiança e lidar com a situação. Para além de isto, os indicadores de resultado pretendem que o indivíduo tenha “maestria” (domine novas competências) e que integre a identidade (reformulação de identidade, mais fluida e dinâmica)” (Guimarães, 2016, p. 4). Aplicando à temática, se as mulheres nesta fase de vida tiverem conhecimentos e apoios suficientes, irão se sentir mais interligadas e em interação, desenvolvendo autoconfiança para lidar melhor com o processo de transição no climatério (Eyimaya & Tezel, 2021).

**“Intervenções Terapêuticas de Enfermagem”** - o enfermeiro para além de compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição, tem de prestar um cuidado “(...) humanizado, científico, partilhado e holístico, o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e de sua

família, no decorrer do seu ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade” (Guimarães, 2016, p. 4). Dando assim resposta às necessidades reais do indivíduo, promovendo a qualidade de vida.

O esquema explicativo da Teoria de Médio Alcance das Transições, pode ser consultado no anexo VIII.

## 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Uma vez que a investigação visa contribuir para alargar o conhecimento de uma determinada área científica, de modo a explorar o tema acima descrito, foi desenvolvido um projeto de investigação com duas estratégias metodológicas: um ScR (protocolo no anexo IX) e um estudo qualitativo com mulheres no climatério, as quais são detalhadas de seguida (Vilelas, 2022).

### 4.1. Scoping Review

Uma ScR é um método que permite “(...) *map the key concepts that underpin a field of research, as well as to clarify working definitions, and/or the conceptual boundaries of a topic.*” (Peters et al., 2021, p. 408).

A ScR foi elaborada segundo o protocolo de Joanna Briggs Institute (JBI), sendo este importante para planear a revisão e não haver “(...) *the occurrence of reporting bias.*” (Peters et al., 2021, p. 414). Para tal, o protocolo deve apresentar os critérios a utilizar de modo a incluir e excluir fontes de evidência e identificar os dados relevantes, bem como a forma como os dados serão extraídos e apresentados.

A questão de revisão definida foi: **“Quais as estratégias de enfermagem promotoras de qualidade de vida da mulher no processo de transição no climatério?”** (formato PCC)

A partir da questão de revisão, foi definido o objetivo da ScR: **Mapear a evidência científica sobre as estratégias do EEESMO promotoras de qualidade de vida da mulher no climatério.**

Após elaborar a questão de revisão e identificar os objetivos, prosseguiu-se para a identificação dos critérios de inclusão, de acordo com as dimensões da Questão de Revisão – População, Conceito, Contexto – de modo a “(...) sistematizar o sentido e o significado dos elementos / dimensões da Questão” (Amendoeira, 2022a, p. 6). Assim foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- **PARTICIPANTES:** Mulheres dos 45 aos 55 anos e família;
- **CONCEITOS:** Qualidade de Vida, Cuidado de Enfermagem, Saúde da Mulher, Climatério, Menopausa;
- **CONTEXTO:** Aberto;
- **TIPOS DE ESTUDO:** Todos os tipos de desenho de estudo com menos 10 anos e *full text*.

### Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa tem como objetivo a identificação de artigos científicos que contribuem para a compreensão da questão de investigação. Na fase inicial da estratégia de pesquisa, denominada “Pesquisar Termos”, foram pesquisados os termos que produziram resultados (Amendoeira, 2022a): *climacteric*<sup>2</sup>, *women's health*<sup>3</sup> e *nursing care*<sup>4</sup>. De seguida, foram validados como descritores na plataforma Mesh Browser (URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>) a 8 de maio de 2025.

Na segunda fase, nomeada “Redigir a expressão de pesquisa” (Amendoeira, 2022a), com recurso aos booleanos “AND” e “OR”, chegou-se à seguinte expressão final: (“MH Climacteric” OR “MH Women's Health”) AND “MH Nursing Care”.

Na terceira e quarta fase “Selecionar as bases de dados eletrónicas” e “Decidir os limitadores a utilizar” (Amendoeira, 2022a), a pesquisa foi realizada nas bases de dados das plataformas PubMed e EBSCOhost Integrated Search (MEDLINE Complete, CINAHL Complete). Definiram-se como limitadores universais de pesquisa: *Free Full Text*, *Resumo Disponível*, *Publication Date: 10 years (08/05/2015 – 08/05/2025)*, *Humans e Sexo Feminino*; e como limitadores específicos de cada base de dados: *Faixa etária: 45-64 anos*.

Com a expressão de pesquisa referida e os limitadores identificados, foi obtido o número de artigos identificados no apêndice II - *Search strategy* do anexo IX, onde é possível verificar o cruzamento entre os descritores.

### **Seleção dos estudos**

De modo a garantir a avaliação da qualidade metodológica das fontes, foi elaborado o diagrama *PRISMA Flow Diagram 2020* – figura 1, tendo por base as pesquisas efetuadas nas bases de dados selecionadas. Por conseguinte, foi possível chegar ao número total de artigos resultantes da pesquisa nas bases de dados mobilizadas.

Na primeira fase do PRISMA, designada “*Identification*”, foi identificado o número de artigos encontrados na base de dados, totalizando 48 artigos. Posteriormente, foram rejeitados artigos devido à presença de duplicados (2 artigos) ou ilegibilidade (1 artigo em coreano), ficando 45 artigos para a segunda fase do PRISMA.

O “*Screening*” constitui a segunda fase do PRISMA, onde, após a análise do título do artigo e do *abstract*, foram rejeitados aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos, de acordo com o método PCC, nomeadamente os

---

<sup>2</sup> Período fisiológico, caracterizado por alterações endócrinas e somáticas com o término da função ovariana na mulher.

<sup>3</sup> O conceito que abrange as condições físicas e mentais das mulheres.

<sup>4</sup> Cuidados prestados aos pacientes pelo pessoal do serviço de enfermagem.

critérios de inclusão referentes aos participantes. Assim, dos 45 artigos da segunda fase, foram rejeitados 22, por não incluírem os participantes deste estudo. Restando 23 artigos para leitura integral, onde foram rejeitados 20 artigos. Todos estes artigos eliminados podem ser consultados no apêndice III - *List of studies excluded with reasons* do anexo IX.

Surge, assim, a terceira fase do PRISMA “*Included*”, onde se verifica um total de 3 artigos, sendo que os 3 remetem para o paradigma quantitativo.

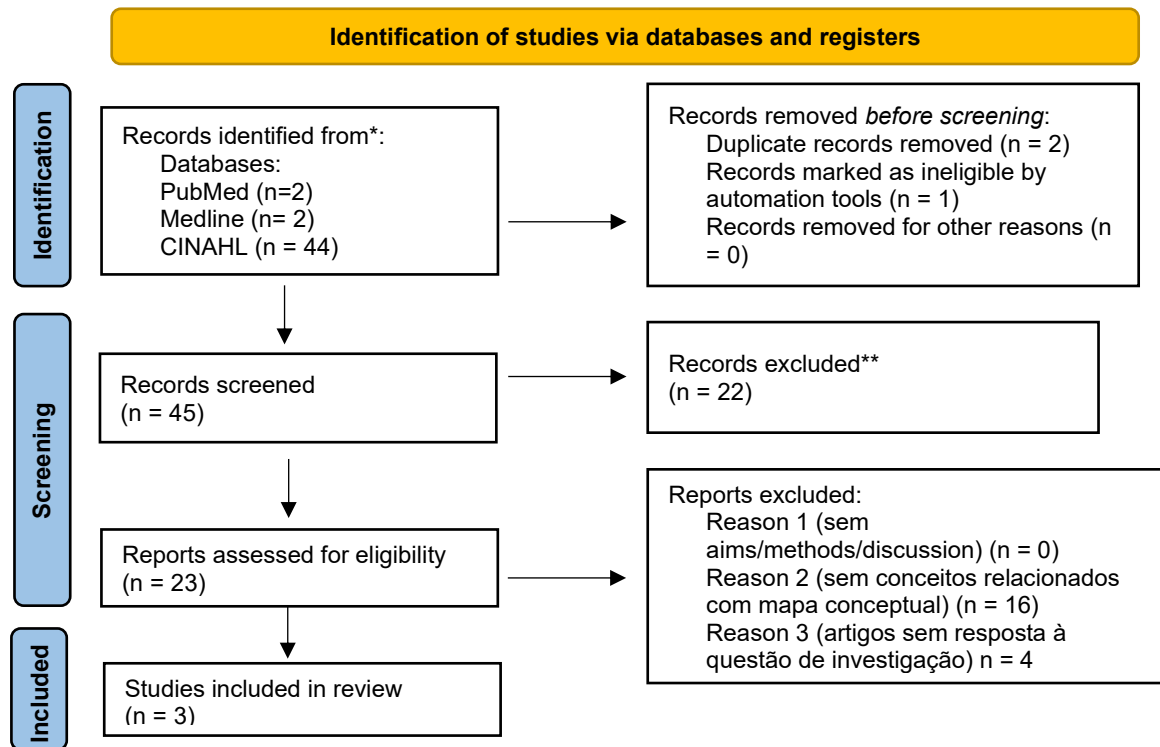


FIGURA 1 – PRISMA 2020 FLOW DIAGRAM

A partir da análise destes três artigos, foram extraídas as informações que permitem um “(...) resumo lógico e descritivo dos resultados que se alinha com o objetivo e pergunta da ScR” (Vilelas, 2022, p. 129). Deste modo e, de acordo com o proposto por JBI, foi utilizado uma tabela de extração de dados constituída por 10 variáveis (autor(es), ano de publicação, país de origem, base de dados, metodologia/nível de evidência, métodos (técnica de colheita), participantes, fenómeno de interesse, resultados/conclusões do autor e conclusões dos revisores), que permitiram a extração de dados, a caracterização dos estudos e os resultados significativos. A tabela encontra-se no apêndice IV – *Data Extraction* do anexo IX.

### **Síntese dos conceitos resultantes da ScR**

De acordo com o objetivo da ScR, os artigos foram analisados e as intervenções sintetizadas de forma a identificar as estratégias do EEESMO relativos à promoção de qualidade de vida da mulher no climatério. Sendo que as estratégias do EEESMO têm como principal objetivo a diminuição da gravidade dos sintomas causados pela menopausa, melhorando a qualidade de vida e, conseqüentemente, facilitar este processo de transição. Para tal o EEESMO deve:

- Organizar, planear e implementar cuidados individuais e em grupo de acordo com as características (sociodemográficas, socioeconómicas e menopáusicas) e necessidades individuais de cada mulher/família, uma vez que os sintomas da menopausa são uma combinação de alterações físicas, influências culturais e percepção individual.
- Discutir a importância da qualidade de vida, percepção sobre a transição para a menopausa, encorajar a expressão e discussão de sentimentos, medos, dúvidas, crenças, experiências e encorajar para o pensamento positivo relativo à transição da menopausa;
- Realizar educação sobre: as alterações que surgem na menopausa (vasomotores, psicossociais, físicas e sexuais) e como lidar com elas, sobre atividades na comunidade, redes de apoio, cuidados pessoais, estéticos, atividade física, alimentação, sono, repouso adequado à menopausa, vida sexual e contraceção, exercícios kegel, exercício respiratório e o uso de medicação. De modo a informar e capacitar as mulheres para promover o autocuidado, promover a saúde (com melhoria dos sintomas) e promover uma atitude e percepção da menopausa mais definida e positiva, levando a uma maior motivação, empenho e envolvimento para a mudança e adaptação ao processo de transição.
- Incentivar o apoio e interação social, familiar e com profissionais de saúde.

Ou seja, através do empoderamento da mulher, pretende-se que esta adquira conhecimentos sobre como lidar com os problemas

(Bezerra et al., 2016; Eyimaya and Tezel, 2021; Polat & Aylaz, 2022).

## 4.2. Trabalho de Campo

### OBJETIVO DO ESTUDO

“Compreender as necessidades, percepções e experiências das mulheres na fase do climatério, de modo a identificar as estratégias do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica que possam facilitar o processo de transição”.

### TIPO DE ESTUDO

Perante o objetivo do estudo, o paradigma qualitativo é o que melhor se adapta, uma vez que este estuda o modo como “(...) as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem” (Vilelas, 2022, p. 199). Assim através desta **abordagem qualitativa**, permite explorar os comportamentos, os conhecimentos, as experiências, as perspetivas das pessoas onde o investigador, através de uma abordagem holística dos fenómenos humanas, realiza uma interpretação dos fenómenos e atribui significados sem recurso a técnicas estatísticas, com base nos dados recolhidos diretamente da amostra (Vilelas, 2022).

Quanto à natureza do estudo, este é **descritivo e exploratório**. Descritivo, uma vez que se pretende conhecer as características da população, nomeadamente as suas necessidades, percepções, os comportamentos e as experiências relativas ao climatério. E exploratório, tendo em conta que pretende conhecer um fenómeno ainda pouco explorado, no sentido de caracterizar, formular hipóteses para estudos posteriores, ou seja, descrever as estratégias do EEESMO que facilitem o processo de transição.

### AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra do estudo é constituída por mulheres que trabalham numa unidade hospitalar privada da região Oeste. Sendo que os critérios de inclusão para determinar a amostra foram:

- Idade compreendida entre os 45 e os 55 anos;
- Encontram-se em qualquer fase do climatério;
- Estão numa fase ativa da vida profissional, com responsabilidades profissionais e pessoais, e mantêm uma convivência social;
- Terem a capacidade de manifestar o seu consentimento individual em participar no estudo.

Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência e intencional, na medida que só participaram funcionárias da unidade hospitalar selecionada pelo

investigador por conveniência, e as participantes foram selecionadas em função dos critérios mencionados, representando assim as mulheres nesta faixa etária em processo de transição no climatério, ou seja, na mesma fase de vida do ciclo reprodutivo da mulher.

#### INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento utilizado foi o questionário, uma vez que este permite pesquisar dados de “(...) sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos” (Vilelas, 2022, p. 359), sendo este o objetivo do estudo. Apesar de os estudos qualitativos recorrerem a entrevistas, há autores que referem que pode ser utilizado o questionário, onde a análise é interpretativa (Andrade, 2023). A estrutura do questionário era formada por questões fechadas e abertas, dentro do qual havia questões norteadoras e sub-questões. Estas questões foram elaboradas com base no enquadramento teórico e relacionadas com o objetivo do estudo. Este foi organizado por temáticas, para a extração da informação de forma sistemática e ordenada, de modo que a recolha dos dados permitisse dar resposta ao objetivo do estudo (Vilelas, 2022). O facto de haver perguntas abertas, possibilitou a expressão livre das experiências, enquanto as perguntas fechadas foram utilizadas de modo a organizar e contextualizar, para que o foco da análise se dirigisse às categorias previamente determinadas. Este foi realizado na plataforma Google Form e enviado por e-mail, com um breve texto que incluía a fundamentação e objetivo do estudo e o consentimento para a participação dos sujeitos. O facto de não haver contacto entre o inquirido e o inquiridor, permitiu o anonimato e reduzir a possibilidade de algum tipo de constrangimento com as questões, evitando respostas socialmente aceites e sim mais realistas (Vilelas, 2022). O questionário encontra-se no anexo X.

#### FASE DE COLHEITA DOS DADOS

Os dados foram recolhidos durante o mês de junho de 2025. O previsto no cronograma seria no mês de março, mas devido à demora na resposta da Comissão de Éticas e Proteção de Dados da entidade onde foi realizada a colheita dos dados, protelou-se para o mês de junho.

#### TRATAMENTO DOS DADOS

A análise foi realizada por meio de uma abordagem qualitativa, uma vez que esta permite estudar fenómenos humanos, compreendendo fenómenos através da colheita dos dados, como referido anteriormente (Vilelas, 2022). Mais especificamente, os dados do questionário foram tratados através da análise de conteúdo, com recurso à análise

categorial segundo Bardin (2016), citado por Vilelas (2022) de modo a compreender as necessidades, percepções e experiências das mulheres na fase do climatério e identificar as estratégias do EEESMO que possam facilitar o processo de transição. A análise da qualidade de vida das mulheres foi, posteriormente, realizada sob orientação dos domínios/facetas que se encontram no WHOQOL-BREF<sup>5</sup> (World Health Organization Quality of Life – Bref).

As respostas ao questionário foram transferidas para um documento em Excel, podendo assim ter acesso a todas as respostas dos participantes num documento único, ou seja, o “corpus”. Posteriormente, procedeu-se à análise do conteúdo. Na fase inicial (pré-análise), organizou-se e sistematizou-se as ideias em consonância com o objetivo inicial do estudo, de modo a interpretar de forma sistemática as respostas ao questionário (Vilelas, 2022). Procedeu-se à leitura flutuante de todas as respostas a serem analisadas e deixaram-se fluir as primeiras impressões, selecionando assim as unidades de registo (“segmento de texto que é objeto de (...) seleção para análise” (Vilelas, 2022, p. 435)), que serve de suporte para a construção das categorias (Vilelas, 2022). Na segunda fase de análise de conteúdo, procedeu-se à exploração do material, codificando e categorizando, de modo a simplificar, ordenar e estabelecer um significado às ideias (Vilelas, 2022). Relativamente às questões fechadas, as categorias já estavam pré-definidas no questionário, nesta fase agrupou-se algumas em categorias mais amplas com base na literatura, de modo a facilitar a interpretação dos resultados, e contou-se a frequência que cada categoria foi selecionada. Nas perguntas fechadas, onde havia a possibilidade de escolher mais do que uma categoria, o número total de respostas nas categorias ultrapassa o número de participantes, uma vez que a mesma participante poderia selecionar mais de uma opção. Nas questões abertas, procedeu-se à identificação das categorias emergentes das unidades de registo. Efetuou-se a codificação das unidades de registo (fragmentos das frases das respostas às perguntas abertas) que foram agrupadas nas categorias definidas, ou pela repetição de conteúdos comuns à maioria das respostas, ou por ser conteúdo semelhante e importante para o estudo (Vilelas, 2022). Nas categorias (conjuntos semanticamente coerentes das unidades de registo sob um título comum), os elementos que as constituem seguiram os princípios da homogeneidade (há congruência dentro de cada categoria), da pertinência (são importantes para a mensagem), objetividade (exprimem significado importante para responder aos objetivos do estudo) e da produtividade (úteis para a conclusão) (Vilelas, 2022).

---

<sup>5</sup> WHOQOL, escala que avalia a “*perceived quality of life*” dos indivíduos (WHO, 2012, p. 11).

A construção de um sistema de categorias pode ser feita à priori, à posteriori ou misto. À priori, onde as categorias já estão pré-definidas (que neste caso eram as opções de escolha múltiplas), são relacionadas com o problema que se pretende estudar e com as ideias iniciais, permitindo assim formular um sistema de categorias, onde o importante é identificar a presença ou ausência dessas categorias no corpus (Vala, 1986). Segundo Vala (1986), esta categorização à priori da colheita dos dados, consiste na existência de um pressuposto teórico para a sua elaboração, sendo que neste estudo resultou da conceptualização do enquadramento teórico e das ideias principais que surgiram de pesquisas preliminares. À posteriori, as categorias surgem depois da análise, onde estas emergem dos dados analisados. Neste estudo, usou-se uma abordagem mista, à priori com categorias já pré-definidas como explicado, mas também houve a possibilidade, durante a análise de conteúdo, de ajustar, melhorar e reformular as categorias que emergiam das unidades de registo.

Neste sentido elaborou-se uma grelha de dimensões a analisar que se encontra no anexo XI – “Tabela de dimensões a analisar”.

Na última etapa, realizou-se o tratamento e interpretação dos dados. Os dados foram apresentados em tabela – “Matriz de análise dos resultados” (anexo XII), sendo que as unidades de registo foram transcritas, respeitando as regras de Bardin, o “E” significa o entrevistado, “P” a pergunta a que corresponde a resposta, “l” a linha a que pertence a frase retirada do discurso e “(...)” refere que um excerto da transcrição não foi relevante para o estudo (Vilelas, 2022). Os dados foram analisados qualitativamente, ou seja, compreendeu-se o significado de cada categoria surgir mais ou menos vezes (a contagem dessa frequência foi utilizada como apoio descritivo e não com técnica estatística) e relacionou-se com a literatura existente de modo a identificar as necessidades das mulheres nesta fase de vida, o impacto que tem na sua qualidade de vida e as estratégias que poderão facilitar o processo de transição no climatério, através da interpretação dos relatos das experiências vivenciadas por essas mulheres nesta fase de transição.

Portando a técnica utilizada foi análise categorial de Bardin, onde houve o “(...) desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos” que “(...) visam descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, preocupando-se com a frequência desses núcleos (...)” (Vilelas, 2022, p. 438).

Os dados sociodemográficos e socioeconómicos podem ser observados no anexo XIII - “Perfil da amostra e contexto em que vivem o climatério”. Estes dados apresentados foram exclusivamente para caracterização da amostra.

A interpretação dos dados das duas metodologias, foi realizada na discussão dos resultados, no capítulo 5.

### CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Sendo uma das responsabilidades dos enfermeiros “(...) realizar, promover e participar em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (OE, 2015a, p. 103), e tendo em consideração os princípios éticos e legais, foram seguidas as normas estabelecidas no Código Deontológico.

No que diz respeito ao sigilo profissional, na elaboração do trabalho de investigação, foi aplicado o dever de sigilo, que consta no artigo nº 85, onde o “enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (...)”, tendo o dever de “ a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico (...); d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados “ (OE, 2015a, p. 78). Estes foram garantidos através do questionário em anónimo, onde a partilha do mesmo foi realizada pela entidade onde foi aplicado o questionário e os e-mails não foram partilhados com o investigador (esta opção estava bloqueada no questionário). Relativamente ao armazenamento, os dados serão armazenados no Google Drive e no disco rígido do investigador, durante 5 anos após o término da investigação sendo, posteriormente, eliminados com o compromisso ético e legal aplicável. A sua utilização destina-se exclusivamente a fins académicos.

Relativamente ao dever de informar, assim como consta no artigo nº 84 do Código Deontológico, “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2015a, p. 73), e “A pessoa deve ser informada e compreender a informação dada para fazer a sua escolha” (OE, 2015a, p. 74). No início do questionário havia um texto explicativo do estudo, um resumo do enquadramento teórico, o objetivo e a pertinência do estudo, a explicação do que consistia o questionário, como seria garantida a confidencialidade e qual o destino dos dados recolhidos, assim como os contactos em caso de dúvidas. Nesta fase, estava disponível o link de acesso ao consentimento informado para a autorização na participação do estudo.

Previamente foi realizado o pedido de autorização à Comissão de Ética e ao Departamento de Proteção de Dados da entidade onde foi partilhado o questionário, obtendo o parecer favorável à realização do estudo (anexo XIV). Neste processo de autorização, a elaboração do consentimento informado foi realizada segundo as orientações das entidades referidas (anexo XV).

## 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A análise dos dados obtidos com as duas estratégias metodológicas permite enquadrar os resultados do estudo qualitativo na evidência já conhecida (Vilelas, 2022). À luz do enquadramento conceptual, irá ser apresentada a análise dos artigos selecionados na ScR e interrelacioná-los com os dados dos questionários, de modo a examinar a qualidade de vida das mulheres, identificando as necessidades e encontrar estratégias promotoras de qualidade de vida.

Relativamente aos dados sociodemográficos e socioeconómicos que caracterizam a amostra e o contexto em que vivem o climatério, verificou-se que ter conhecimento sobre estas características é importante na medida que permite personalizar os cuidados consoante as necessidades específicas de cada mulher, levando assim a um cuidado holístico. Eyimaya e Tezel (2021) afirmam que se os enfermeiros tiverem conhecimento sobre as características sociodemográficas, possibilita maior apoio e orientação em lidarem com os sintomas da menopausa. Também Bezerra et al. (2016) refere que, para definir as intervenções consoante o diagnóstico de enfermagem “*Readiness for enhanced self-health management*” e “*Sedentary lifestyle*”, de modo a promover estilos de vida saudável com as alterações de comportamentos, é necessário ter em conta as condições socioeconómicas. No modelo conceptual de cuidados integrados no climatério de Doubova et al. (2011), este implementa uma intervenção com base na análise e compreensão das características sociodemográficas e, de forma integral, das necessidades biopsicossociais, de modo a potencializar os recursos individuais ou sociais para prevenir ou resolver problemas de saúde através do empoderamento para melhorarem a sua qualidade de vida e terem controlo sobre este período do climatério. Através da “(...) *through acquiring knowledge, building on and utilizing individual strengths, making informed choices, setting personal goals, skills and attitudes necessary for better management of their environment and health-related self-care, which is called empowerment*” (Doubova et al., 2011, p. 3). Também, numa abordagem segundo a teoria das transições de Afaf Meleis, cabe ao enfermeiro conhecer os condicionantes pessoais, sociais e da comunidade que facilitam o processo de transição, de modo a implementar estratégias promotoras de qualidade de vida (Meleis et al., 2000). Um estudo transversal, realizado em 2014, com o objetivo de avaliar o impacto dos fatores sociodemográficos na qualidade de vida de mulheres entre os 45 e os 65 anos, constatou que estes fatores influenciavam esta qualidade de vida, sendo importante conhecer as características para intervir em conformidade (Żołnierczuk-Kieliszek et al., 2014).

No que diz respeito às características sociodemográficas da amostra, mostrou que 13 das participantes encontram-se numa faixa etária entre os 45 e os 50 anos, enquanto 8 encontra-se entre os 50 e os 55 anos. Estes dados sugerem que a amostra se caracteriza maioritariamente por mulheres mais novas, o que pode influenciar a forma como cada mulher experiencia o climatério, os sintomas e o impacto que tem na sua qualidade de vida. Uma vez que há estudos que revelam que idades mais jovens (40 a 49 anos) têm melhor qualidade de vida, uma vez que o processo de falência ovárica está no início, e por isso, os níveis hormonais ainda não se encontram muito baixos, o que leva a menos sintomas (Albuquerque et al., 2019).

O grau de escolaridade também é uma das características que influencia esta experiência, na medida que quanto maior o grau de escolaridade menor é a sintomatologia, sendo que nesta amostra apenas uma participante tem o ensino básico. No estudo realizado por Żołnierczuk-Kieliszek et al. (2014), verificou que um maior nível de escolaridade tinha impacto positivo na qualidade de vida, pois permite uma melhor compreensão da informação relativa ao processo do envelhecimento e maior procura de hábitos de vida saudáveis, reduzindo a intensidade dos sintomas e melhorando o autocuidado. Albuquerque et al. (2019), no seu estudo transversal, realizado com 98 enfermeiras de cuidados primários, que pretendia avaliar a qualidade de vida no climatério, verificou que as enfermeiras com maior graduação académica apresentavam melhores resultados na qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-Bref, pelo facto de potenciar o autoconhecimento e de permitir melhores condições salariais, o que ajuda nas necessidades socioeconómicas que possam surgir. Isto revela a importância que a literacia em saúde tem no impacto da qualidade de vida destas mulheres. O facto de todas as participantes se encontrarem empregadas, sugere que a dependência económica não se aplica, ou seja, não influenciará este o processo de transição no climatério. O facto de estarem empregadas, também leva a refletir que não estão num processo de transição organizacional, sendo este menos um fator de preocupação e de influência na vivência do climatério, no entanto pode haver outros fatores que têm impacto na vida profissional destas mulheres.

No que diz respeito ao estado civil, a grande maioria da amostra encontra-se casada/união de facto. Esta também é uma característica importante a avaliar na abordagem a estas mulheres, sendo um fator também considerado influenciador no processo de transição (Eyimaya & Tezel, 2021). Num estudo realizado por Almeida et al. (2016), com 330 mulheres na fase do climatério, 73% delas tinham vida sexual ativa o que indicou que a presença de um companheiro, nesta fase de vida, apresentava

benefícios na estabilidade emocional e na intimidade sexual, influenciado o estado de saúde e a sexualidade da mulher.

Estas características sociodemográficas e socioeconómicas influenciam as queixas das mulheres nesta fase de vida, como foi constado por Eyimaya e Tezel (2021), onde referem que estas são influenciadas pelo: nível de escolaridade, profissão, independência económica, nível de rendimentos, vida conjugal, estado civil, tamanho da família, obtenção de conhecimentos sobre o climatério, mudanças de papéis e a representação social da mulher na sociedade. Neste processo são muitas as alterações vivenciadas que influenciam a forma como a mulher vive a transição. As características sociodemográficas da amostra, mostrou que 18 das participantes ainda vivem com os filhos, enquanto 2 vivem apenas com o marido e outras 2 vivem com o marido e com pais/sogros. Esses dados sugerem que uma parte significativa da amostra ainda vai vivenciar a transição da saída dos filhos de casa, assim como as que vivem com os pais/sogros em casa vivenciam a mudanças de papéis (onde passam a ser cuidadores dos pais/sogros), levando a transições situacionais. Estas transições implicam a necessidade de apoio às mulheres, pois podem influenciar a experiência do climatério com a reorganização de rotinas, as responsabilidades familiares e o tempo disponível para o autocuidado (Eyimaya & Tezel, 2021). Também Meleis et al. (2000), refere que é fundamental o enfermeiro estar consciente que diferentes tipos de transições podem ocorrer ao mesmo tempo. Além disso, a forma como os acontecimentos da vida se interligam, influencia diretamente a maneira como a pessoa experiência essas transições.

Relativamente ao contexto em que vivem o climatério, dos dados recolhidos consegue-se perceber em que fases do climatério se encontram e o tipo de menopausa. Constatou-se que 12 estão na pré-menopausa ou na transição menopáusicas (uma vez não tendo sido questionado a regularidade dos ciclos menstruais), 3 encontram-se na perimenopausa, 3 no pós-menopausa precoce e 3 no pós-menopausa tardio. Quanto ao tipo, 1 teve menopausa precoce e 2 tiveram uma menopausa iatrogénica. Estes dados foram retirados consoante as respostas às perguntas: “Ainda menstrua?”; “Desde quando não menstrua?”; e “A menopausa foi por causa médica?”, correlacionando com as definições do Consenso Nacional sobre Menopausa (Secção Portuguesa de Menopausa, 2021).

A integração dos dados, permitiu perceber que os fatores contextuais podem intensificar ou modificar a perceção dos sintomas e o impacto da menopausa na vida da mulher, reforçando a importância de considerar o contexto de vida na compreensão do climatério.

A discussão da análise de conteúdo, irá ser organizada segundo os temas e as categorias da matriz de análise dos resultados de modo a evidenciar os contributos para o objetivo do estudo: “Compreender as necessidades, perceções e experiências das mulheres na fase do climatério, de modo a identificar as estratégias do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica que possam facilitar o processo de transição”; e a questão de revisão: “Quais as estratégias de enfermagem promotoras de qualidade de vida da mulher no processo de transição no climatério?”.

**Tema: “Conhecimento sobre o climatério” e respetivas categorias no anexo XII.**

O conhecimento que as mulheres têm em relação ao climatério, vai influenciar a forma como o vivenciam. Cabe ao EEESMO avaliar esse conhecimento, para poder identificar as necessidades, diagnosticar e, assim, orientar as intervenções a implementar (Bezerra et al., 2016). Este tema mostra o conhecimento das mulheres relativamente ao climatério. O conhecimento sobre esta fase de vida é importante na medida que possibilita a mulher a procurar soluções para melhorar os sintomas e que consiga tomar decisões sobre a sua saúde, portanto que seja empoderada para que a sua perceção e atitude face a estes sintomas seja mais positiva (Gomes et al., 2017). Apesar da menopausa ser um processo fisiológico, está muitas vezes associada à transição saúde-doença que é vivenciada pelo surgimento de sintomas que pode levar ao comprometimento do bem-estar. Apesar deste aspeto, o processo de transição no climatério deve ser encarado como natural e não como uma doença. A categoria **“Associação ao processo fisiológico, ao momento em que deixa de menstruar”**, mostra que o conhecimento sobre a menopausa está relacionado com algo natural, que ocorre no organismo e leva ao cessar de um ciclo, o ciclo reprodutivo. As unidades de registo que ilustram esta categoria:

“Que se trata de um processo normal, na vida da mulher.” (P4 secção 4, E2);

“Processos hormonais (...).” (P4 secção 4, E10, I1);

“Que é um período em que a mulher deixa de ser fértil.” (P4 secção 4, E13).

Por outro lado, a categoria **“Associação às alterações consequentes da menopausa”**, expõe a visão das mulheres sobre a menopausa, relacionando-a com os sintomas, os desconfortos, mas também com as mudanças positivas ou negativas que ocorrem na vida. No estudo de Polat e Aylaz (2022), incluído na ScR, estes também verificaram que as mulheres não tinham uma perceção da menopausa como um processo natural. Também Gomes et al. (2017) no seu estudo, onde pretendia descrever como é vivenciado o período do climatério, na perspetiva das mulheres com SIDA, verificou que esta fase era empiricamente relacionada pelas mulheres à “(...) *cessation*

*of menstruation, loss of reproductive capacity, hormonal treatments, and female aging*” (Gomes et al., 2017, p. 2768). As unidades de registo que ilustram o mesmo nesta categoria:

“Que é uma fase diferente na vida de uma mulher (...).” (P4 secção 4, E3, I1)

“É incomodativa.” (P4 secção 4, E5);

“Que tudo muda na vida da mulher, tanto a nível físico como psicológico.” (P4 secção 4, E8);

“Processo transição que poderá envolver algumas alterações na mulher.” (P4 secção 4, E9);

“Muitos desconfortos.” (P4 secção 4, E16);

“(...) As mulheres podem apresentar uma serie de sintomas tais como: ondas de calor, suores noturnos, alterações de humor, alterações no sono, diminuição da libido, cefaleias, enxaquecas etc.” (P4 secção 4, E19, I5, I6, I7).

A “**perceção da necessidade de conhecimento sobre o climatério**”, também é um aspeto importante, uma vez que leva a refletir sobre a necessidade de procurar ajuda e de perceber as suas necessidades. As unidades de registo que demonstram isso:

“Pouco” (P4 secção 4, E1, E6 E17, E20);

“(...) que deve ser preparada com o máximo de informação e acompanhamento possíveis.” (P4 secção 4, E3, I1);

“Não aprofundi ainda por ser recente, mas quero muito saber sobre o tema.” (P4 secção 4, E7);

“Vou estudando/ lendo alguma informação.” (P4 secção 4, E14).

Assim como no estudo incluído na ScR, Eyimaya e Tezel (2021) referem que ao terem realizado o questionário sobre a qualidade de vida na menopausa, levou à consciencialização sobre o tema e encorajou as mulheres a “(...) *be more careful with their bodies and learn more about the meaning of menopause (...)*” (Eyimaya & Tezel, 2021, p. 119), o que leva ao empoderamento. Também, segundo Meleis, a consciencialização influencia a forma como o indivíduo se envolve e se empenha no processo de transição levando, neste caso, à procura de mais informação (Guimarães, 2016).

Sendo o climatério um período de transição, este tem propriedades importantes e que influenciam a experiência da transição. Uma vez que a perceção irá influenciar a forma como vivencia a transição e, por sua vez, impactando a qualidade de vida, o enfermeiro deve promover uma perceção positiva relativa à menopausa, visto que a qualidade de vida é “*individuals perceptions of their position in life in the context of the*

*culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns*” (WHO, 2012, p. 11).

**Tema: “Significado atribuído ao climatério” e respetivas categorias no anexo XII.**

Neste tema conseguiu-se determinar qual o significado atribuído a esta fase de vida da mulher, ou seja, qual a perceção das mulheres face à vivência deste período, sendo importante na intervenção com as mulheres entender a perceção que têm relativa à transição que estão a vivenciar, de modo a promover a mudança com consciencialização (Eyimaya e Tezel, 2021). Perante a seleção das categorias pré-definidas, verificou-se que as categorias mais frequentes foram os desconfortos/mal-estar e mudanças negativas, onde se agrupou na categoria **“Fase de transição difícil”**. Isto revela que na perceção das mulheres, o mal-estar, os desconfortos e os problemas de saúde impactam esta transição no climatério negativamente, comparativamente às categorias associadas à **“Fase de transição fácil”**, que só foram selecionadas por 7 das participantes. Relatos como “Envelhecimento, alterações a nível psicológico” (P5 secção 4, E5), ilustram como a fase da menopausa impacta a vida destas mulheres. No estudo realizado por Eyimaya e Tezel (2021), a amostra do estudo apresentava uma perceção relativa à menopausa negativa. Também Žmuda et al. (2025), no estudo cujo objetivo era analisar a relação dos sintomas da menopausa e as atitudes em relação à menopausa e à satisfação com a vida nesta fase, constatou que os sintomas associados à menopausa influenciavam negativamente a perceção que as mulheres tinham desta fase de vida. Apesar das perdas de familiares ser também um fator que afeta o dia a dia da mulher climatérica, neste estudo não houve referência a este aspeto pelas participantes (Freitas et al., 2016).

Durante o climatério vão surgindo muitas alterações biopsicossociais que têm implicações na qualidade de vida das mulheres, sendo importante conhecer essas alterações de modo a identificar as necessidades das mulheres nesta fase, e assim intervir em conformidade para as capacitar neste processo de transição, atingindo a qualidade de vida (Freitas et al., 2016).

**Tema:” Implicações na qualidade de vida” e respetivas categorias no anexo XII.**

Verificou-se que houve mais participantes a selecionar desconfortos de carácter físico do que psicológico, este resultado sugere que para a maioria das participantes, o climatério é vivenciado sobretudo através de manifestações corporais, confirmando a centralidade dos sintomas físicos nesta transição. No entanto, os sintomas emocionais (ansiedade/irritabilidade e alterações no sono) também foram considerados com uma

frequência significativa, o que demonstra que embora em menor proporção, também existe impacto ao nível psicológico. Esta dimensão é igualmente relevante, pois pode condicionar a qualidade de vida e a perceção global do climatério. De referir que as alterações biológicas recorrentes no climatério têm influência nas sociais e, por consequente, nas psicológicas. As alterações físicas e os fatores sociais associados ao envelhecimento levam a tristeza e baixam a autoestima, afetando o estado psicológico da mulher (Freitas et al., 2016). Também os estudos analisados previamente na ScR evidenciaram elevada prevalência de alterações físicas e psicológicas durante o climatério, reforçando a interligação entre as dimensões físicas e emocionais. Assim, os resultados do presente estudo permitem compreender que a experiência do climatério não se reduz a um fenómeno biológico, mas envolve também repercussões no bem-estar psicológico e social das mulheres. Como afirmam Eyimaya e Tezel (2021) que os sintomas físicos, nomeadamente os vasomotores, têm um impacto negativo na qualidade de vida física, psicológica, social e sexual.

Na categoria agrupada “**alterações físicas**”, verificou-se que das categorias pré-definidas, as selecionadas mais vezes foram “afrontamentos/suores noturnos”, “aumento de peso”, “cansaço”, “secura/prurido vaginal” e “dores articulares. Estas alterações afetam a qualidade de vida na medida que, da escala WHOQOL-Bref, a faceta dor/desconforto está comprometida pela presença de sensações desagradáveis como as dores, a secura e o prurido (WHO, 2012). A faceta imagem corporal também se encontra prejudicada pela referência ao aumento de peso, levando a uma visão do seu corpo alterada e, consequentemente, a faceta autoestima é afetada como referido em algumas unidades de registo. A faceta energia e fadiga está igualmente afetada pela sensação de cansaço. Estes aspetos foram verificados também noutros estudos. No estudo de Polat e Aylaz (2022), incluído na ScR, verificaram que os desconfortos mais referidos pelas mulheres foram os sintomas somáticos (vasomotores e dores articulares). Também Eyimaya e Tezel (2021), no seu estudo referiram que as queixas incidiam mais nos suores, dores articulares e musculares. No estudo de Gomes et al. (2017), os sintomas físicos mais referidos pelas mulheres foram os afrontamentos, seguindo da secura vaginal e o aumento de peso que tiveram impacto na qualidade de vida da mulher, este último com impacto na autoimagem. Estes sintomas têm repercussões na vida quotidiana, assim como a incontinência urinária que, apesar de neste estudo não ter sido das alterações mais mencionadas, num estudo analisado por Eyimaya e Tezel (2021), 50% das mulheres eram afetadas pela incontinência urinária (Shifren & Gass, 2014, citado por Eyimaya & Tezel, 2021). As alterações na pele o no cabelo também não foram das mais selecionadas, no entanto sabe-se que estas

ocorrem por alterações hormonais da menopausa, que afetam os níveis de colagénio tecidual, de melanócitos e de androgénios/estrogénios, verificando-se a diminuição da espessura e elasticidade da pele, alterações na pigmentação da pele (manchas), a alopecia (perda de cabelo) e o aumento da pilosidade facial (Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). No estudo realizado por Eyimaya e Tezel (2021), também se verificou que as queixas relativas ao aumento de pêlos faciais não foram as mais referidas.

No estudo realizado por Albuquerque et al. (2018), que avaliou a qualidade de vida de enfermeiras de cuidados de saúde primários, verificou que os domínios psicológicos, sociais e do meio ambiente, eram os mais afetados em comparação com o físico. Dentro da categoria agrupada “**alterações psicológicas**”, as categorias pré-definidas mais selecionadas foram a “ansiedade/irritabilidade” e as “insónias”, apresentando impacto na qualidade de vida, uma vez estarem associados às facetas da escala WHOQOL-Bref. Na faceta dormir/descansar que pelas insónias encontra-se comprometido e, na faceta sentimentos negativos, que pela presença de tristeza, ansiedade e o mencionado na unidade de registo ilustram o mesmo. Relativamente às alterações psicológicas, a sensação de cansaço, memória fraca e ansiedade, também foram considerados os sintomas mais presentes, no estudo de Eyimaya e Tezel (2021) e no estudo de Polat e Aylaz (2022). Estes dados são coincidentes com outros estudos realizados com o objetivo de descrever como o climatério é vivenciado, onde se verifica a incidência de sintomas como ansiedade e insónia, que comprometem o desenvolvimento das atividades de vida diária, levando ao afastamento do meio social (Gomes et al., 2017).

Neste estudo, realizando a análise de conteúdo das respostas abertas e fechadas, verificou-se que as alterações físicas e psicológicas levaram a sentimentos maioritariamente negativos, como a sensação de tristeza, a baixa autoestima, indiferença, desmotivação e sem energia, correspondentes à categoria agrupada “**sentimentos negativos**”. Estes resultados sugerem que as alterações recorrentes no climatério têm repercussões a nível pessoal, profissional, social e sexual. As unidades de registo ilustram como estas alterações afetam a experiência do climatério nestas dimensões:

**“Impacto a nível pessoal”:**

“Afetaram essencialmente a minha vida sexual, as restantes alterações tenho sabido lidar, exceto o aumento de peso” (P3 secção 5, E5)

“A nível pessoal, perda de autoestima, menos vontade de sexo pois devido á secura tornou se doloroso (...)” (P3 secção 5, E8, I1, I2)

“Piora a minha relação com marido porque naturalmente é com ele que eu mais tenho reações de irritação.” (P3 secção 5, E10)

**“Impacto a nível profissional”:**

“essencialmente a vida profissional consequência das insónias” (P3 secção 5, E14)

“Maior esforço e procura de motivação” (P3 secção 5, E15)

“Sem vontade de fazer nada” (P3 secção 5, E20)

“sinto me mais cansada” (P3 secção 5, E21)

**“Impacto a nível social”:**

“(…) pressão social das "amigas",

**“Desconfortos associados ao ato sexual”:**

“Secura e falta de libido” (P7 secção 6, E5)

“menos libido, menos lubrificação” (P7 secção 6, E8)

“Dor e sem vontade” (P7 secção 6, E 17)

Relativo ao impacto social, este aspeto é confirmado com estudos prévios, como já referido por Gomes et al. (2017) que os sintomas ao afetarem o desenvolvimento das atividades de vida diária, levam ao afastamento social. Já Eyimaya e Tezel (2021), analisaram que os sintomas da menopausa são uma junção de alterações físicas com as perceções individuais, das influências culturais e do valor que a sociedade atribui às mulheres. Ou seja, a questão social também tem consequências nos sintomas da menopausa, influenciando a experiência da transição, podendo trazer conotações negativas referentes ao climatério, como observado neste estudo pela unidade de registo: “(…) pressão social das "amigas", tás velha, tens tantas rugas” (P3 secção 5, E8, I2, I3). No estudo de Silva et al. (2016), que pretendeu compreender as representações sociais elaboradas por 28 enfermeiros de família na prestação de cuidados a mulheres no climatério, constatou que as mulheres são influenciadas pela imagem social da mulher baseada em valores de beleza, juventude e fertilidade, levando a valores sociais referentes ao climatério como uma fase negativa da vida das mulheres e com a exacerbação de alguns sintomas.

Relativamente ao impacto pessoal e sexual, estas encontram-se interligadas, uma vez que as alterações físicas referidas influenciam o bem-estar sexual e, conseqüentemente, o pessoal, como referido acima nas unidades de registo. A atividade sexual na escala WHOQOL-Bref refere-se ao desejo e satisfação sexual, que pelas alterações mencionadas encontra-se comprometido (WHO, 2012). Também Gomes et al. (2017) referiu que a perda de libido e as alterações corporais podem impactar as relações sexuais, assim como, Eyimaya e Tezel (2021) analisou que a disfunção sexual

impactava a qualidade de vida das mulheres. Apesar de ter sido o verificado na unidade de registo, em contrapartida, na amostra, ao nível da componente sexual, a maioria das participantes apresentam uma atividade sexual ativa (18), sendo que 15 não apresenta desconfortos, o que não vai ao encontro do que foi observado noutros estudos e referido nas unidades de registo. Este facto pode ser justificado pelo impacto positivo que as estratégias utilizadas pelas mulheres têm na sintomatologia (secura) referida no estudo com uma frequência significativa (9 das participantes referem secura vaginal). Outro fator que pode ter levado a este resultado foi, tal como Polat e Aylaz (2022) verificaram, as mulheres não apresentavam muitas queixas ao nível da atividade sexual por questões socioculturais referentes à sexualidade, sendo um assunto por vezes constrangedor e, por isso, não tão mencionado. Este resultado também poderá ser justificado pelo facto da amostra se encontrar maioritariamente na transição menopáusica, não tendo ainda vivenciado o impacto que estas alterações têm na sua vida sexual. Nos estudos referidos anteriormente, onde verificaram esta relação, as idades das participantes variavam dos 40 anos até acima dos 55 anos, ou seja, estas queixas surgiam no pós-menopausa, como verificado por Ribeiro et al. (2015), que avaliou os sintomas no climatério e a influência na qualidade de vida de 80 mulheres com idade entre os 40 e os 65 anos, onde as mulheres no pós-menopausa apresentavam menor qualidade de vida referente à sexualidade pela presença de maiores alterações físicas, a secura vaginal e diminuição de líbido.

No que diz respeito ao impacto profissional, pode-se verificar que este é consequente das alterações psicológicas que surgem, impactando a qualidade de vida nesta dimensão. Uma vez que segundo a escala WHOQOL-Bref, a faceta capacidade de trabalho está comprometida pela capacidade de realizar o trabalho, como referido nas unidades de registo: “Sem vontade de fazer nada” (P3 secção 5, E20); “sinto me mais cansada” (P3 secção 5, E21). Não se analisou como o tipo de trabalho, a carga horária e a responsabilidade profissional podiam impactar a qualidade de vida destas mulheres nesta fase de vida. No entanto, no estudo realizado por Albuquerque et al. (2018), refere que *“perhaps the physical and emotional exhaustion of the nursing profession is cumulative and, when coupled with the climacteric symptoms, might negatively impact (...)”* (Albuquerque et al., 2018, p. 159).

Perante todas estas alterações e o impacto que tem na qualidade de vida, é fundamental o apoio e suporte por parte dos familiares, amigos e colegas de trabalho, uma vez que é com estes que passam a maior parte do seu tempo. Neste estudo constatou-se que a maioria das participantes recebiam “Apoio e empatia”, ainda assim, em alguns casos, os familiares/amigos/colegas reagiam com indiferença perante as

alterações. Quando questionadas sobre se partilhavam com estes os seus medos e receios, apenas 14 das participantes o faziam. Este fator tem impacto na qualidade de vida destas mulheres, uma vez que segundo o domínio das relações sociais, na faceta relacionamentos pessoais, verifica-se que há envolvimento e apoio pelos familiares/amigos/colegas, levando à oportunidade de ter intimidade e o sentimento de que podem partilhar com estes os seus medos, receios e angústias. O apoio e a envolvimento destes, foram verificados como benéficos na qualidade de vida das mulheres pelos autores dos artigos mencionados na ScR. Polat e Aylaz (2022), no sentido de promover a saúde nesta fase de vida da mulher, referem a importância de incentivar a envolvimento da família, uma vez que leva a uma maior motivação para se adaptar, envolver e empenhar no processo de transição. Também Eyimaya e Tezel (2021), nas intervenções segundo a Teoria das Transições de Meleis, referem que é importante incentivar a expressão dos medos e encorajar o apoio e interação familiar, com impacto positivo nos domínios da qualidade de vida no climatério. Assim como Bezerra et al. (2016) também afirma a importância da interação familiar no processo terapêutico, para que esta esteja consciente dos cuidados a ter. Esta partilha e apoio por parte dos familiares e amigos, é crucial para que a mulher se consiga redescobrir nesta nova fase de vida, identificando possibilidades e limitações (Gomes et al., 2017).

Perante a identificação das necessidades das mulheres na fase do climatério e consoante o impacto que têm na sua qualidade de vida, é crucial a definição de estratégias do EEESMO para facilitar o processo de transição no climatério.

**Tema: “Estratégias para melhorar a qualidade de vida o processo de transição no climatério” e respetivas categorias no anexo XII.**

Na síndrome do Climatério surge a síndrome geniturinária da menopausa e atrofia vulvovaginal, causadas pela diminuição do estrogénio que leva a alterações na mucosa vaginal, aumento do pH vaginal, com conseqüente redução da espessura do epitélio e diminuição dos tecidos de suporte e lubrificação (Carneiro et al., 2020; Secção Portuguesa de Menopausa, 2021; Silva et al., 2015). Em conseqüência, surgem sintomas como a secura e prurido vaginal, irritação/dor/ardor a urinar, incontinência, infeções urinárias e dispareunia. A disfunção sexual, como já referido, é conseqüente destas alterações combinadas com fatores psicossociais e culturais relacionados com o envelhecimento, que levam à baixa autoestima, alterações no desejo sexual e perturbações do orgasmo (Silva et al., 2015). Neste sentido e, perante as alterações mais mencionadas pelas participantes como já referido, as estratégias utilizadas pelas mesmas foram o uso de lubrificante, como demonstra as unidades de registo:

“Uso um gel lubrificante receitado pela minha ginecologista” (P8 secção 6, E5)

“uso gel lubrificante, mas ainda assim...” (P8 secção 6, E8)

O uso de lubrificantes durante as relações sexuais apresenta efeito no alívio da secura vaginal e da dor durante o coito (Carneiro et al., 2020; Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). Assim como o uso de cremes vaginais e gel íntimo com pH adequado à menopausa, apresentam benefícios na sintomatologia urogenital, uma vez que o mecanismo de ação consiste em alterar o conteúdo fluido do epitélio e baixar o pH vaginal (Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). Relativo a estes últimos aspetos, na análise de conteúdo foram incluídas na categoria “**autocuidado**”, verificou-se que poucas utilizavam creme vaginal e que, apesar da maioria se autocuidar com gel íntimo, algumas ainda utilizam outro sabão ou apenas água. Esta análise, permitiu concluir sobre a necessidade de reforçar a educação para a saúde sobre o autocuidado e os benefícios que têm nas alterações da menopausa. Eyimaya e Tezel (2021), na sua intervenção segundo a teoria das transições de Afaf Meleis, referem a importância de apoiar e encorajar mudanças necessárias nas rotinas, reforçar o ensino sobre a vida sexual, contraceção e exercícios de Kegel. Assim como Bezerra et al. (2016), refere que é importante envolver a família na mudança da vida diária, para facilitar o processo. Também Carneiro et al. (2020) reforça a necessidade de incluir nos cuidados de enfermagem a orientação para o uso de lubrificante e cremes hidratantes, e para as queixas de diminuição de líbido, a necessidade de estimular a aquisição de informação sobre a sexualidade, incentivar a melhoria das relações sociais e familiares e orientar para outros profissionais quando presentes outros fatores clínicos ou psíquicos que necessitam de abordagem médica. Relativamente à contraceção esta é crucial, visto que nos ciclos menstruais irregulares, 25% podem ser com ovulação e por tanto é necessário o controlo da fertilidade, assim como desmistificar as mulheres neste sentido. Este tratamento hormonal deverá ser utilizado pelo menos até à idade média em que ocorre a menopausa, 51 anos, poderá estender-se até aos 60 anos se não apresentar contra-indicação, mas com supervisão clínica (Baber et al., 2016 citado por Secção Portuguesa de Menopausa, 2021).

A necessidade de formação nesta área da sexualidade foi confirmada na categoria “**obteve orientações em relação à vida sexual**”, visto que esta não foi selecionada por nenhuma das participantes.

Relativamente ao “**uso de fármacos**”, pela escala da WHOQOL-Bref a dependência de medicamentos ou tratamentos pode ser considerada um fator positivo na melhoria da qualidade de vida da mulher, na medida que melhora o bem-estar físico e psicológico, como o caso da terapêutica hormonal (WHO, 2012). No entanto, quando associado a doenças crónicas, o uso de medicação pode ser um fator negativo, como

foi observado no estudo realizado por Albuquerque et al. (2018). No estudo realizado, verificou-se a utilização de antidepressivos, indutores do sono, suplementos e hormonas de substituição. Neste campo o enfermeiro não tem uma grande intervenção, visto que os medicamentos são de prescrição médica, no entanto, cabe ao enfermeiro auxiliar na gestão do regime terapêutico, orientando sobre interações medicamentosas e reações adversas (Bezerra et al., 2016).

Sabe-se que muitos dos sintomas no climatério podem ser atenuados e prevenidos com alterações no estilo de vida. Através de hábitos alimentares saudáveis ricos em fruta, hortaliças, laticínios e pobres em gorduras, possibilita o controlo de peso e de gordura visceral, com impacto na autoimagem e na prevenção de doenças cardiovasculares, que podem estar aumentados nesta fase de vida pelo aumento do ratio androgénios/estrogénios e diminuição da globulina transportadora das hormonas sexuais (Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). No estudo verificou-se que metade das participantes considera a sua **“alimentação muito saudável”**, enquanto outra metade refere ter uma alimentação **“ligeiramente saudável”**. Este resultado indica uma perceção globalmente positiva relativamente aos hábitos alimentares, embora ainda com diferentes níveis de adesão a práticas consideradas saudáveis. Esta diferença pode refletir distintos graus de consciência alimentar, bem como a influência de fatores como o acesso a informação ou recursos, o contexto familiar, o nível socioeconómico ou mesmo a disponibilidade de tempo para preparar refeições equilibradas. A literatura tem destacado a alimentação com um papel importante no bem-estar durante o climatério, contribuindo para a regulação hormonal e a diminuição dos sintomas como os afrontamentos, o cansaço, as alterações de humor e problemas de densidade óssea (Araújo, 2021; Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). Estes resultados foram verificados noutros estudos como o de Gomes et al. (2017), onde refere a importância de uma alimentação adequada para a melhoria da qualidade de vida com a redução de sintomas do climatério. No estudo realizado por Silva et al. (2016), este invoca a necessidade de a mulher no climatério necessitar de uma alimentação adequada e de estar apta para prevenir outros problemas de saúde que podem surgir, como hipertensão, diabetes e osteoporose, sendo importante conhecer previamente os seus hábitos alimentares.

A alimentação unida com a prática de exercício físico pode contribuir para a qualidade de vida destas mulheres, na medida que influenciam os sintomas do climatério e têm impacto na qualidade de vida física, mental e social (Araújo, 2021; Gomes et al., 2017). Se a alimentação apresenta benefícios nos sintomas da menopausa, a prática de exercício físico e de lazer iguala-se neste sentido. A prática de

exercício físico tem impacto na imagem corporal e, conseqüentemente, previne problemas cardiovasculares e osteoporose e melhora a autoestima, uma vez que controla a taxa metabólica basal, a massa gorda e o tecido adiposo visceral, preserva a massa muscular e flexibilidade articular, reduzindo a dor e a fraqueza e aumentando a densidade mineral óssea (Araújo, 2021; Carneiro et al., 2020; Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). A atividade física leva à diminuição de sintomas vasomotores e de alívio de stress pela libertação de b-endorfinas hipotalâmicas que modula a resposta no hipotálamo e hipófise-adrenal, levando à melhoria do sono e do humor (Araújo, 2021; Carneiro et al., 2020; Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). Albuquerque et al. (2018), quando avaliou no seu estudo a qualidade de vida das enfermeiras que praticavam exercício físico, concluiu que esta era muito mais elevada em comparação com as que não praticavam.

Nos estudos analisados na ScR, também se pôde verificar o benefício da prática de exercício físico nos sintomas da menopausa. Bezerra et al. (2016) diagnosticou que um estilo de vida sedentário levava ao aumento de peso e impactava a osteoporose, uma vez que a realização de exercício físico promove o fortalecimento ósseo, melhora a aptidão física, composição corporal e capacidade funcional. Também Eyimaya e Tezel (2021), observou que intervenções de alívio de stress (exercício respiratórios), melhoravam os sintomas de falta de memória e ansiedade. Polat e Aylaz (2022), verificaram que um programa de caminhada de intensidade moderada com exercícios de aeróbica durante 12 semanas, levavam à diminuição dos sintomas vasomotores, dores articulares, depressão, ansiedade, insónias e irritabilidade, pois, as mulheres ao apresentarem uma atitude mais definida em relação aos benefícios que estas práticas tinham nos seus desconfortos, sentiam-se mais motivadas. Na categoria “**Exercício físico / atividades de lazer**”, pela unidade de registo pode verificar-se que as participantes têm praticas de exercício físico e de lazer consistentes:

“caminhadas” (P9 secção 6, E2, E4, E7, E8, E9, E12, E14, E15, E17, E18, E19)

“correr” (P9 secção 6, E19)

“pilates” (P9 secção 6, E3, E 20)

“(…) /yoga” (P9 secção 6, E9, I1)

“musculação, caminhadas” (P9 secção 6, E7)

(…) Bicicleta (…)” (P9 secção 6, E9, I1)

“exercício de força, caminhadas” (P9 secção 6, E14)

“natação” (P9 secção 6, E6)

“hidroginástica (…)” (P9 secção 6, E 19)

Estes resultados sugerem que as participantes têm uma atitude definida em relação à prática de exercício físico, o que melhora a sua eficácia, pois acreditam ser benéfico para a sua saúde, levando a maior motivação e, portanto, melhor qualidade de vida, como descreve o domínio “participação e oportunidades de recreação e lazer” da escala WHOQOL-Bref (WHO, 2012). Assim como o facto de metade das mulheres considerar a sua alimentação muito saudável pode estar associado a uma maior perceção de autocuidado e gestão ativa desta fase de vida. Estes resultados indicam que as participantes recorrem a estratégias de natureza comportamental, possivelmente por as associarem a formas acessíveis de promover o bem-estar. Estes aspetos também foram verificados num estudo onde as estratégias utilizadas pelas mulheres eram realizadas de forma empírica e baseadas na sua realidade, perceção e sensações (Gomes et al. 2017).

No entanto, analisando as unidades de registo referentes à pergunta “o que levou a pedir ajuda?”, a categoria que emergiu foi a procura de “**informação/conhecimento**”, o que revela a consciência que têm sobre a necessidade de obterem mais informação, e não apenas de se orientarem por estratégias de natureza comportamental. As unidades de registo:

“Querer estar mais informada e preparada e diminuir o impacto destas alterações no meu dia a dia” (P12 secção 6, E6)

“Fui à minha médica de família, só para poder ter a certeza que estava a entrar na menopausa” (P12 secção 6, E12)

Relativa à “**rede de apoio**” durante esta fase de vida, 3 das participantes recorriam à família/amigos, 10 a profissionais de saúde e 5 a meios de comunicação. Estes resultados sugerem que as mulheres valorizam a orientação profissional no processo de gestão do climatério, procurando informação e acompanhamento médico. O que se traduz na valorização de orientação médica, prevalecendo o domínio do modelo biomédico, onde o foco é o processo curativo e não o preventivo, levando à valorização apenas de aspetos físicos como a patologia e a fisiologia dos sintomas (Silva et al., 2016). Já o recurso, relativamente baixo, ao apoio da família/amigos poderá refletir a persistência de barreiras comunicacionais e da interação com estes, consequentes do impacto que a sintomatologia causa nas relações sociais e pessoais, como referido anteriormente. O facto de uma parte das participantes ter recorrido aos meios de comunicação (5 das participantes), revela a crescente importância das fontes de informação digital, embora nem sempre estas sejam fontes fidedignas. É importante a obtenção de conhecimentos para que identifiquem e compreendam este momento, e

assim pedir ajuda multidisciplinar para perceberem e gerirem os sintomas da menopausa (Gomes et al., 2017).

Relativamente ao **“tipo de ajuda”** que receberam, 9 obtiveram informações sobre o processo de transição no climatério, 2 informações sobre estilos de vida saudáveis, 9 acompanhamento em relação ao estado de saúde, 4 recorreram a tratamentos ou medicamentos, 2 receberam apoio psicológico e 1 apoio de diversos profissionais. Quanto ao tipo de apoio, destaca-se a predominância da obtenção de informação sobre o climatério e o acompanhamento médico, em detrimento de apoio psicológico ou multidisciplinar e da promoção de um estilo de vida saudável, o que evidência uma abordagem ainda centrada na dimensão física e menos na dimensão emocional e social do climatério, ou seja, uma abordagem focada na sintomatologia e não no processo do climatério, no sentido preventivo e com um cuidado holístico (Silva et al., 2016). Este aspeto leva a uma perceção ainda muito limitada do climatério, com impacto na qualidade de vida da mulher a nível biopsicossocial.

Apenas 9 consideraram que as estratégias adotadas foram eficazes, sugerindo que, apesar do acesso a informação e acompanhamento médico, as respostas obtidas não satisfizeram na totalidade as necessidades das participantes. Este dado reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar, que integra as dimensões físicas, psicológicas e sociais, reforçando a importância de uma abordagem holística e centrada na pessoa, promovendo o empoderamento e o seu bem-estar no climatério. A assistência à mulher deve ser preventiva, através do esclarecimento e da promoção do estímulo ao autoconhecimento, preparando-a para enfrentar e superar mudanças e desconfortos do climatério (Gomes et al., 2017).

**Tema: “Sugestões das participantes” e respetivas categorias no anexo XII.**

As sugestões selecionadas pelas participantes, demonstram a perceção e consciência que estas têm das suas reais necessidades, pois apesar de já terem adotado algumas estratégias, reconhecem a necessidade de uma assistência personalizada e dirigida a si. Houve muita afluência à necessidade de informação (18 respostas) e estratégias para prevenir ou melhorar os sintomas (20 respostas), assim como a necessidade de maior apoio por parte de profissionais de outras áreas que não apenas as médicas (12 respostas). Sendo que, onde houve menos referência de necessidade foi as consultas de rotina (5 respostas), o que espelha a falta de eficácia que estas têm tido no processo do climatério, como refere Silva et al. (2016), que os cuidados prestados à mulher no climatério focam-se apenas na realização de citologias e prevenção de problemas perante os resultados dos exames.

As unidades de registo: “médicos + informados” (P1 secção 7, E8) e “Abordar o tema sem tabus da própria com profissionais” (P1 secção 7, E15), revelam a necessidade de formação por parte dos profissionais neste tema, assim como a influencia cultural que há sobre este, uma vez que é premiado com preconceitos, necessitando de se investir mais para a qualidade dos cuidados de saúde nesta área (Silva et al., 2016). Outras das intervenções que as participantes consideraram relevantes foi a partilha de medos e receios com outras mulheres que se encontram na mesma situação.

Relativamente às facetas da qualidade de vida da escala WHOQOL-Bref, nas “Oportunidades para adquirir novas informações e habilidades”, estas mulheres ao responderem à pergunta sobre sugestões de cuidados, demonstraram o seu desejo em aprender novas habilidades e adquirir novos conhecimentos tendo ligação ao que está a acontecer consigo mesmo, o que irá facilitar a transição promovendo a qualidade de vida (WHO, 2012).

Na literacia, estas também foram as intervenções mencionadas pelos autores como benéficas e eficazes no controlo de sintomas associados à menopausa e na promoção da qualidade de vida.

- **Informar sobre o processo de transição no climatério, etapas, sintomatologia, estratégias e recursos existentes.**

É crucial abordar as mudanças do domínio físico, psicológico, social e sexual desta fase de vida, de modo a aumentar o seu conhecimento sobre esta fase, para saberem lidar com os problemas, orientando as mulheres sobre como podem ser ajudadas e como podem lidar melhor com os sintomas (Eyimaya & Tezel, 2021). O mesmo foi referido por Gomes et al. (2017), onde afirma a importância da mulher conseguir identificar a fase do climatério, que o compreenda e procure auxílio perante alguma adversidade, através do esclarecimento e orientação sobre o que consiste, os sintomas e as possibilidades de *coping*. No seu estudo, Silva et al. (2016), refletiu sobre a importância das atividades educativas sobre as questões relacionadas com o climatério, os aspetos fisiológicos e como se manifestam, as consequências que podem causar e as estratégias para as ultrapassar, bem como desmistificar medos e estigmas que existem em relação a esta fase de vida. Também Polat e Aylaz (2022), perceberam o impacto que tem a educação sobre os sintomas e os benefícios das intervenções, uma vez que promove uma atitude e perceção em relação aos sintomas da menopausa mais definida, assim como o reforço positivo. Também Eyimaya e Tezel (2021), verificou a importância de encorajar o pensamento positivo em relação à menopausa tendo impacto na qualidade de vida da mulher.

- **Prevenção e promoção da saúde - estilos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico, gestão de stress, sexualidade, autocuidado).**

No estudo realizado por Bezerra et al. (2016), verificou-se a eficácia das intervenções de enfermagem perante os diagnósticos de enfermagem de modo a promover a saúde, empoderando as mulheres para terem controlo sobre a sua saúde e realização do autocuidado, preservando e intensificando práticas terapêuticas. Relativamente à capacitação para gerir melhor a sua saúde, as intervenções de enfermagem incidiam na avaliação, planeamento, educação e orientação para uma alimentação rica em cálcio, a prática de exercício físico, estratégias de prevenção de quedas, incentivo a atividades de lazer, bem como informações sobre exames e o regime terapêutico. Estas intervenções consideravam as condições socioeconómicas e físicas, bem como os limites e receios existentes, definindo objetivos realistas de acordo com os condicionantes que podem facilitar ou dificultar a mudança na vida diária (Bezerra et al., 2016). Assim como Polat e Aylaz (2022), observaram a eficácia da educação sobre a prática de exercício físico nos sintomas vasomotores e psicológicos adequado às características de cada mulher (idade, capacidade, experiências, condições sociais e da comunidade), garantindo assim uma abordagem holística.

Também Eyimaya e Tezel (2021), no seu estudo com intervenções segundo a Teoria das Transições de Meleis, de modo a haver mudança, era necessário intervir para a consciencialização através da abordagem da mulher como um todo, considerando as suas necessidades, o contexto familiar e o seu processo individual da menopausa e, em conjunto, planear intervenções individuais através da cooperação, sendo importante a educação sobre hábitos alimentares saudáveis, atividade física, sono, repouso, cuidados pessoais, estéticos, vida sexual, exercícios de kegel, o uso de medicação, exercícios de alívio de stress e recursos na comunidade. Tendo estas intervenções impacto na qualidade de vida das mulheres na fase do climatério.

Albuquerque et al. (2018) através da avaliação da qualidade de vida de enfermeiras no climatério, também verificou que há vários fatores que influenciam a qualidade de vida destas mulheres, necessitando por isso de refletir sobre todas as variantes que influenciam e promovem hábitos de vida saudáveis. O enfermeiro assume um papel fundamental para o alcance da autonomia da mulher, enquanto “(...) *educators regarding health promotion and diseases prevention* (...), tornando a mulher mais ativa no processo da menopausa, através da aquisição de hábitos alimentares saudáveis e da prática de exercício físico para a melhoria da qualidade de vida (Silva et al., 2016, p. 366). Este autor, ainda afirma que os profissionais de saúde devem, através de uma abordagem mais interativa, facilitar e “(...) *use integrative and complementary therapies*,

*in order to expand their vision of the health/disease process and the global promotion of human care, especially with emphasis on self-care”* (Silva et al., 2016, p. 370). Ainda sobre os hábitos de vida saudáveis, também Gomes et al. (2017) refere a importância de uma alimentação saudável, da prática de exercício físico e atividades de lazer na redução dos sintomas do climatério, onde o enfermeiro deve promover uma intervenção preventiva, através da educação, estimulando o autoconhecimento e capacitando para superar os desconfortos do climatério.

Assim, analisa-se a importância de promover intervenções educativas dirigidas a mulheres no climatério, de forma a reforçar a qualidade de vida nesta etapa. Através da educação, informa-se e capacita-se a mulher para promover a saúde e uma atitude e percepção mais definida e positiva relativa ao climatério, levando a uma maior motivação para a mudança, para se adaptar, envolver e empenhar no processo de transição, tais como os indicadores de processo de Meleis (Bezerra et al., 2016; Eyimaya & Tezel, 2021; Polat & Aylaz, 2022). Assim como os indicadores de resultado, onde a mulher tem “maestria” sobre a sua saúde, ou seja, é empoderada, tal como refere Kayser et al. (2019), a mulher dotada de capacidades e literacia, contribui para as tomadas de decisão e escolha de estilos de vida saudáveis. Assim com nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, onde através da organização dos cuidados de enfermagem com atividades de educação, para informar e capacitar o utente, consegue-se promover a saúde, onde o princípio do foco dos cuidados é o utente e a satisfação das suas necessidades, de modo a alcançar a qualidade de vida, com autocuidado, autocontrolo e mestria (OE, 2021).

- **Vigilância e acompanhamento de saúde para diagnóstico precoce e prevenção de complicações e tratamentos (Rastreios do cancro da mama e colo do útero, consultas de prevenção e monitorização do potencial de risco para algumas doenças (cardiovasculares, osteoporose)).**

Para além da atividade de educação, cabe ao EEESMO, conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica (OE, 2019c). A realização desta orientação não foi analisada na ScR, no entanto reflete-se sobre o facto de estas consultas programadas serem essenciais e oportunidades para realizar educação sobre o climatério, permitindo assim, a muitas mulheres, o acesso a informação no sentido de prevenir complicações (Silva et al., 2016).

- **Acompanhamento multidisciplinar**

Além das intervenções de enfermagem, reconhece-se a importância de uma equipa multidisciplinar na abordagem holística a estas mulheres. Nos estudos analisados, observou-se a importância de incentivar a interação com outros profissionais, sendo importante uma equipa multidisciplinar na assistência à mulher no climatério de forma integral (Eyimaya & Tezel, 2021; Gomes et al., 2017). Esta intervenção multidisciplinar, permite que seja integral e centrada na mulher, onde há a identificação de problemas e o encaminhamento/orientação para outros profissionais competentes, de modo que todas as necessidades da mulher sejam satisfeitas (Silva et al., 2016). Realçando a importância da consulta de enfermagem, para que hajam cuidados integrais focados nas questões físicas e psicossociais, sendo uma das competências do EEESMO referenciar situações que estão para além da sua área de atuação (OE, 2019c; Silva et al., 2016).

- **Sessões em grupo e partilha de medos e receios**

Relativamente às sessões de grupo e à promoção do apoio social, estes apresentam benefícios na experiência do climatério, auxiliando as mulheres a reduzirem os seus problemas e a melhorarem a sua qualidade de vida (Eyimaya & Tezel, 2021). Atividades sociais que proporcionem prazer, permitem a manutenção da saúde mental, por promoverem um suporte social, um espaço para discussões e análise das especificidades do climatério, diminuindo o risco de desenvolver depressão ou ansiedade (Freitas et al., 2016; Samrsla, 2023).

Eyimaya e Tezel (2021) através do encorajamento da interação familiar e social, permitiram a partilha e discussão de experiências e sentimentos, o que possibilitou que as mulheres percebessem que os seus sintomas e dificuldades eram comuns, o que contribuiu para um sentimento de normalização em relação ao climatério, levando a uma perceção sobre o climatério mais realista, permitindo um maior envolvimento neste processo de transição (Eyimaya & Tezel, 2021; Guimarães, 2016). Esta intervenção permitiu que houvesse um encorajamento mútuo entre as mulheres, com a obtenção de mais informação sobre o climatério, tal como o apoio social teve impacto nas alterações psicossociais (Eyimaya and Tezel, 2021). Também Polat e Aylaz (2022) incentivaram o envolvimento da família e a interação com os pares, em grupo, para realizarem os mesmos hábitos de saúde e trocarem ideias sobre os seus benefícios. Na sua intervenção segundo os diagnósticos de enfermagem, Bezerra et al. (2016) também incentivou a interação familiar no processo, bem como a criação de um grupo terapêutico com mulheres na menopausa, para a partilha de experiências, tristezas, medos, perspetivas e atitudes de perseverança. Gomes et al. (2017), também afirma a importância de uma intervenção em grupo para incentivar a autoestima e a reflexão.

Através destes grupos e o envolvendo e apoio da família e amigos, permite dialogar, expressar dúvidas e trocar experiências, promovendo a compreensão.

- **Formação dos profissionais**

Sendo que esta fase de vida envolve diversas questões com impacto nas dimensões biopsicossociais, é crucial que os profissionais de saúde estejam aptos para prestar cuidados eficazes. É por isso importante formar os profissionais de saúde para uma prestação de cuidados especializada para uma intervenção individual e coletiva (Gomes et al. 2017). Esta formação é crucial para os enfermeiros, uma vez que estes têm a capacidade de influenciar a qualidade de vida das mulheres, modificando as suas atitudes face ao climatério (Eyimaya & Tezel, 2021). A falta de conhecimento por parte dos profissionais foi verificada na literatura. Silva et al. (2016) no seu estudo reconheceu a falta de conhecimento dos profissionais através do sentimento de impotência e incapacidade por parte destes em acompanhar as mulheres nesta fase de vida, sendo necessário haver uma preparação por parte dos enfermeiros e gestores de saúde para que tenham competências e técnicas para prestarem cuidados mais qualificados, dando possibilidade às mulheres, no climatério, de viverem com mais qualidade de vida. Teunissen et al. (2015), no estudo que realizou para determinar a eficácia da intervenção do enfermeiro na prevenção da incontinência urinária, verificou que é necessário haver mais formação específica na área.

- **Apoio na gestão de tempo**

Um dos aspetos que não foi abordado junto das participantes prendeu-se com a sua perceção sobre a capacidade de manter hábitos saudáveis a longo prazo, nomeadamente se consideravam conseguir conciliar a prática de exercício físico com as exigências da vida profissional e familiar. Seria interessante explorar este aspeto, tendo em conta a existência de um estudo que verificou o abandono dos bons hábitos por questões de falta de tempo (Borello-France et al., 2010). Sendo que Bezerra et al. (2016) propôs como umas das intervenções a realizar, um plano com horários que incluía as atividades domésticas, os tempos livres e os momentos de descanso. Assim como Eyimaya e Tezel (2021), na sua intervenção, apoiaram as mulheres na gestão do tempo.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização do relatório de estágio permitiu, através da descrição das atividades desenvolvidas em prol do alcance dos objetivos previamente delineados, desenvolver um espírito de análise crítica e reflexiva sobre este processo de aprendizagem enquanto aluna de EEESMO, enquadrada na aquisição de Grau de Mestre, e na aplicação da teoria de Afaf Meleis – a Teoria das Transições. Estas competências permitiram ampliar o meu pensamento crítico - reflexivo. Realço, ainda, a relevância da descrição e reflexão dos episódios significativos, pois possibilitou o contacto com a prática clínica, exigindo a “mobilização de saberes teóricos para a realidade prática” (Peixoto & Peixoto, 2017, p. 126). Deste modo, atingiu-se o objetivo proposto inicialmente onde se aprofundou e evidenciou o autoconhecimento, a assertividade e a capacidade de tomada de decisões e de resolução de problemas no campo de intervenção.

Em suma, durante o estágio foi possível acompanhar o ciclo vital da mulher, desde a gravidez, o parto, o puerpério, a mulher na idade fértil, questões ginecológicas e no climatério. Em cada uma destas fases foram muitas as transições vivenciadas, destacando a de desenvolvimento, situacional e, por vezes, saúde-doença. Todas elas têm em comum a necessidade de uma definição ou redefinição dos papéis dos envolvidos (mulher/casal/família) e, para isso, é necessário o EEESMO dar resposta às necessidades individuais de cada uma, prestando cuidados centrados na mulher (Feitosa, 2016). Durante o estágio, os cuidados foram desenvolvidos com foco na promoção da autonomia e do empoderamento, capacitando a mulher/casal para a tomada de decisão e para a mudança de comportamentos em prol da saúde e do bem-estar e na promoção de cuidados humanizados, proporcionando experiências positivas nas transições. Através da presença constante e do suporte dado pelo EEESMO, em todos campos de estágio, criou-se um ambiente acolhedor e de confiança, o que permite à mulher a expressão de emoções e necessidades, tendo confiança para participar ativamente no processo de transição que está a vivenciar, podendo fazer escolhas informadas e tendo controlo sobre a situação (Santos et al., 2024). Esta intervenção vai ao encontro com a Teoria das Transições de Meleis, onde refere que as intervenções terapêuticas de enfermagem são contínuas no processo de transição, que “devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar” (Guimarães, 2016, p.4). Sendo que estes cuidados são centrados nas necessidades reais, permitindo assim a reformulação de identidade, a mudança de comportamentos promovendo o seu bem-estar e a qualidade de vida (Guimarães, 2016).

Os contributos da ScR e do estudo qualitativo permitiram desenvolver competências na área de investigação em ESMO e analisar as necessidades das mulheres relativamente à fase do climatério, e definir as estratégias do EEESMO promotoras de qualidade de vida da mulher no processo de transição no climatério.

O processo de transição no climatério é bastante complexo e engloba um conjunto de dimensões experienciadas pelas mulheres. Cabe ao EEESMO compreender as propriedades e condições inerentes a essa transição e implementar estratégias adequadas a cada mulher/família, através de uma abordagem holística, de modo promover as condições facilitadoras deste processo para garantir a qualidade de vida destas nos diferentes contextos, para que a sua perceção e atitude face a estas alterações seja mais positiva, promovendo processos de transição saudáveis.

Constatou-se que, durante esta fase de vida, as necessidades das mulheres recaem sobre as alterações físicas, mas é reconhecido as necessidades sobre as dimensões psicológicas e sociais, necessitando, por isso, de cuidados integrados, considerando todas as características físicas, emocionais, económicos e sociais destas mulheres. Através da identificação das necessidades, percebeu-se a perceção negativa que existe em redor das questões do climatério, onde as estratégias a que recorrem as mulheres são de natureza comportamental por considerarem formas acessíveis de promover o bem-estar. Tal como o carácter patológico frequentemente atribuído ao climatério, onde a procura de cuidados valoriza a orientação médica, prevalecendo o domínio do modelo biomédico, onde o foco é o processo curativo e não o preventivo, levando à valorização apenas de aspetos físicos como a patologia e a fisiologia dos sintomas (Silva et al., 2016). No entanto, há o reconhecimento e a necessidade de orientação e educação por parte de profissionais de saúde, onde o EEESMO é competente para prestar cuidados neste processo de transição, tendo a capacidade de influenciar a qualidade de vida das mulheres, modificando as suas atitudes face ao climatério (Eyimaya & Tezel, 2021).

Perante esta análise, constatou-se que as intervenções do EEESMO passam inicialmente por identificar as características sociodemográficas, as necessidades biopsicossociais, os limitadores e facilitadores da transição, o conhecimento e perceção sobre o climatério, os desconfortos, os apoios e as estratégias que utilizam, de modo a diagnosticar e implementar intervenções individualizadas. Onde o intuito das intervenções é promover uma perceção mais definida e positiva relativa ao climatério, levando a uma maior motivação para a mudança, para se adaptar, envolver e empenhar no processo de transição, através da educação e capacitação da mulher, uma vez que conhecimentos facilitam “(...) a experiência de transição, ao passo que a falta de

preparação e de conhecimento é um inibidor (...)” (Guimarães, 2016, p. 3). Os cuidados do EEESMO incidem: na educação sobre o processo de transição no climatério, etapas, sintomatologia, estratégias e recursos existentes; na prevenção e promoção da saúde, com educação sobre estilos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico, gestão de stress, sexualidade, autocuidado); na promoção do autocuidado através da educação para a saúde sobre cuidados pessoais, estéticas, exercícios kegel, exercício respiratório e o uso de medicação; na vigilância e acompanhamento de saúde para o diagnóstico precoce e prevenção de complicações, orientando para tratamentos; na promoção do acompanhamento multidisciplinar; na organização de sessões em grupo, para a partilha dos medos e receios; no incentivo ao apoio e interação social e familiar; e no apoio à gestão do tempo. Enquanto EEESMO, é reconhecida a importância da atualização de conhecimentos para uma prestação de cuidados com qualidade e baseada na evidência mais atual.

Como limitações do estudo, pela sua natureza qualitativa não é possível generalizar os resultados, no entanto permite refletir e deixar questões para futuras investigações. Não se explorou os motivos do abandono de bons hábitos de saúde e os cuidados direcionados para a família, no sentido de a capacitar para se envolverem neste processo de transição no climatério.

Com o estudo realizado, pretendeu-se aprofundar o conhecimento sobre a importância e o impacto da intervenção junto destas mulheres durante o climatério. Sugere-se, assim, o desenvolvimento de um projeto de intervenção na comunidade (“Preparar o Climatério”), baseado numa abordagem holística capaz de responder às diversas necessidades ao longo do ciclo de vida da mulher, promovendo o bem-estar e a responsabilização pela própria saúde. Destaca-se, ainda, a necessidade de realizar mais estudos neste âmbito, bem como de fomentar o envolvimento de outros profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadi, Z., Torkzahrani, S., Roosta, F., Shakeri, N., & Mhmoodi, Z. (2017). Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(1), 62–66. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.202071>
- Albuquerque, G. P. M. de, Abrão, F. M. da S., Almeida, A. M. de, Alves, D. L. R., Andrade, P. de O. N., & Costa, A. M. da. (2019). Quality of life in the climacteric of nurses working in primary care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (suppl 3), 154–161. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0306>
- Almeida, A. A. B. de, Oliveira, C. D. B., Freitas, F. F. Q., Sousa, K. A. de, Carolino, M. T. da S., & Dantas, R. C. de O. (2016). Influences of climacteric in female sexual activity. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(3), 422. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300017>
- Almeida, D. B. de, Almeida, I. F. B. de, Santana, L. da S., & Silva, G. T. R. da. (2023). *Gestão de Recursos Materiais em Saúde*.
- Álvarez-González, M., Leirós-Rodríguez, R., Álvarez-Barrio, L., & López-Rodríguez, A. F. (2021). Prevalence of perineal tear peripartum after two antepartum perineal massage techniques: A non-randomised controlled trial. *Journal of Clinical Medicine*, 10(21). <https://doi.org/10.3390/jcm10214934>
- Álvarez-González, M., Leirós-Rodríguez, R., Álvarez-Barrio, L., & López-Rodríguez, A. F. (2022). Perineal Massage during Pregnancy for the Prevention of Postpartum Urinary Incontinence: Controlled Clinical Trial. *Medicina (Lithuania)*, 58(10). <https://doi.org/10.3390/medicina58101485>
- Amaral, C. F., Ferreira, N., Monteiro, M. J., & Bulcão, E. (2020). Assistir Parto Vaginal . In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 115–130).
- Amaral, H. R. M., Filho, E. D. S., Silva, D. M., Barbosa, T. L. de A., & Gomes, L. M. X. (2016). Repercussões maternas e fetais da analgesia obstétrica: uma revisão integrativa. *Avances En Enfermería*, 33(2), 282–294. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.52176>
- Amendoeira, J. (2022a). REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA A Scoping Review. *Post-Doc Em Enfermagem*.

- Amendoeira, J. (2022b). Saúde Individual e Comunitária - A Saúde no centro da transdisciplinaridade para a promoção da Qualidade de Vida (J. Amendoeira, Ed.; CIEQV)
- Andrade, F. M. R. de. (2023). THE QUESTIONNAIRE IN A QUALITATIVE RESEARCH: THEORETICAL-METHODOLOGICAL REFLECTIONS. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 11(26), 28–49. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.26.467>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1 (Vol. 11, Issue 1). University Press. <https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748>
- Aragão, O. C., Teófilo, J. K. S., Netto, J. J. M., Soares, J. S. A., Goyanna, N. F., & Cavalcante, A. E. S. (2016). Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. *Espaço Para a Saúde - Revista de Saúde Pública Do Paraná*, 17(2), 66–74. <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n2p66>
- Araújo, A. E., Delgado, A., Maia, J. N., Campos, S. L., Ferreira, C. W. S. & Lemos, A. (2021). Efficacy of spontaneous pushing with pursed lips breathing compared with directed pushing in maternal and neonatal outcomes: A clinical trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42, 854-860. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1945016>
- Araújo, C. F. (2021). Estilo de Vida, Satisfação Conjugal e Qualidade de Vida na Menopausa [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa.
- Arrais, A. da R., & Araujo, T. C. C. F. de. (2017). DEPRESSION POSTPARTUM: A REVIEW ABOUT RISK FACTORS AND PROTECTION. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(3), 828–839. <https://doi.org/10.15309/17psd180316>
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 110/2019. *Diário Da República*, 1.ª série (172), 94–101.
- Bailey, L., & Gaskin, K. (2021). Destaque para a saúde mental materna: uma prioridade pré-pandêmica e pós-pandêmica. *Enfermagem baseada em evidências*, 24(2), 29–30. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2021-103378>
- Barasinski, C., Debost-Legrand, A., & Vendittelli, F. (2020). Is directed open-glottis pushing more effective than directed closed-glottis pushing during the second stage of labor? A pragmatic randomized trial – the EOLE study. *Midwifery*, 91, 11-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102843>

- Bardin, Laurence - Análise de conteúdo. Trad. Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016
- Barros, M. S. F., Costa, L. de A., Brito, P. F., Marques, G. A. R., Silva, G. P., Sousa, L. G. da S., & Bezerra, U. P. de M. (2023). Baby blues e suas implicações na saúde psíquica da mulher: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(6), e8012641977. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i6.41977>
- Batista, M. A., & Pereira, S. C. (2016). Importância da Visita à Maternidade. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 170–174).
- Bezerra, M. L. R., Chaves, M. D., Nunes, S. F. L., Costa, A. I. S., & de Castro, Y. T. B. O. (2016). Nursing Diagnoses of the Domain Health Promotion in Menopausal Women with Osteoporosis. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(3), 969–976. <https://doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201604>
- Bicho, D. J. F. (2013). *Comunicação de Más Notícias em Contextos de Saúde* [Mestrado em Psicologia Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde]. UNIVERSIDADE DE ÉVORA.
- Bolívar, F. J. V, González, M. P., Martos, H. M., García, I. C., & Duránte, J. T. (2018). Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Atencion primaria*, 50(10), 621–628. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.07.001>
- Borello-France D, Burgio KL, Goode PS, Markland AD, Kenton K, Balasubramanyam A, Stoddard AM; Urinary Incontinence Treatment Network. Adherence to behavioral interventions for urge incontinence when combined with drug therapy: adherence rates, barriers, and predictors. *Phys Ther*. 2010 Oct;90(10):1493-505. doi: 10.2522/ptj.20080387. Epub 2010 Jul 29. PMID: 20671098; PMCID: PMC2949583.
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., Grilo, A. R., Cerejeira, I., & Portugal, J. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; Papa-Letras). <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Cardoso A., Soares A., Sousa B., Oliveira M., Chaves, S, Carvalho J. (2024). Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à Parentalidade. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

- Carneiro, M. do E. S. G., Silva, P. A., Markus, G. W. S., Pereira, R. A., Couto, G. B. F. do, & Dias, A. K. (2020). ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHER CLIMATÉRICA: ESTRATÉGIAS DE INCLUSÃO NA ROTINA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. *Revista Extensão*, 4.
- Carvalho, A. I. T. (2016). A Supervisão Clínica no Processo de Integração de Enfermeiros [Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Chen, Q., Qiu, X., Fu, A., & Han, Y. (2022). Effect of Prenatal Perineal Massage on Postpartum Perineal Injury and Postpartum Complications: A Meta-Analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/3315638>
- Costa, J. dos S. (2016). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 234–251. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8449>
- Devane, D., Lalor, J. G., Daly, S., Mcguire, W., Cuthbert, A., & Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2017, Issue 1). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005122.pub5>
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *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. (2015b). Trabalho de parto estacionário. *Orientação N° 001/2015*. <http://portal.arsnorte.min-saúde>
- Doubova, S. V., Espinosa-Alarcón, P., Flores-Hernández, S., Infante, C., & Pérez-Cuevas, R. (2011). Integrative health care model for climacteric stage women: design of the intervention. *BMC women's health*, 11, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-6>
- Eyimaya, A. Ö., & Tezel, A. (2021). The effect of nursing approaches applied according to Meleis' Transition Theory on menopause-specific quality of life. *Health Care for Women International*, 42(1), 107–126. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1825440>
- Faria, N., & Ramos, S. (2016). Extremos da Idade e Gravidez. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 94–98).

- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308–320).
- Feitosa, L. (2016). Puerpério e suas vivências como um processo de transição à luz da teoria de Afaf Meleis [Dissertação]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Félix, M. F. S. (2019). CUIDAR EM PARCERIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DO EMPOWERMENT PARENTAL [Relatório de Estágio]. Universidade Católica
- Fernandes, A. S. de A., Santos, A. M. P., & Caetano, A. B. de J. R. (2024a). Health beliefs about cervical cancer: A study with women. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(3). <https://doi.org/10.12707/RVI24.36.35014>
- Fernandes, A. S. de A., Soares, S. F. A., & Melo, R. C. C. P. de. (2024b). Papel do enfermeiro especialista na organização e gestão logística hospitalar: estudo de caso. *Journal Archives of Health*, 5(2). <https://doi.org/10.46919/archv5n2-008>
- Fernandes, I. F. S. S. (2023). *O USO DA BOLA AMENDOIM NO TRABALHO DE PARTO E PARTO. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA* [Relatório de Estágio Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica]. Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Fonseca, S. (2016). Métodos de Indução do Trabalho de parto In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 356–367).
- Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G., Reis, G. de A., Ramada, R. F., Moreira, L. C., Gomes, L. B., Vieira, I. das D., & Teixeira, J. M. da S. (2016). Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida. *Reprodução & Climatério*, 31(1), 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.01.005>
- Gomes, G. M. N. (2021). *Intervenções Especializadas de Enfermagem à Mulher com Cancro da Mama em Contexto Perioperatório* [Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica]. Escola Superior de Saúde de Lisboa.
- Gomes, J. C. R., Gomes Vieira, B. D., Azevedo Queiroz, A. B., Alves, V. H., Pereira Rodrigues, D., & Santos, K. M. (2017). The Experience of Hiv/Aids Posi Tive Women on the Climateric Period: Users of a Specialized Service. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(7), 2765–2772. <https://doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201716>

- Guimarães, M. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua Aplicabilidade para Enfermagem. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hora, A. B., Santos, A. K. S., Oliveira, C. S. de, Feitosa, M. C. G. de O., Teles, W. de S., Silva, M. C. da, Calasans, T. A. S., Barros, Â. M. M. S., Torres, R. C., Azevedo, M. V. C., Andrade, A. F. S. M. de, Junior, P. C. C. S., Debbo, A., & Silva, M. H. S. (2021). A importância do papel do enfermeiro na humanização do parto: verificação completa. *Research, Society and Development*, 10(13), 1–8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21253>
- Inácio, L. C. (2022). *GESTÃO DE STOCKS E DA MELHORIA CONTÍNUA DO ARMAZÉM DE EPI DO ACES ALGARVE I-CENTRAL*. Universidade do Algarve
- Kayser, L., Karnoe, A., Duminski, E., Somekh, D., & Vera-Muñoz, C. (2019). A new understanding of health related empowerment in the context of an active and healthy ageing. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4082-5>
- Lee, N., Gao, Y., Lotz, L., & Kildea, S. (2019). Maternal and neonatal outcomes from a comparison of spontaneous and directed pushing in second stage. *Women and Birth*, 32(4), 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.005>
- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 443–454).
- Lima, R. O. de, Estevam, L. D., Leite, F. M. C., Almeida, M. V. S., Nascimento, L., Amorim, M. H. C., & Bringuente, M. E. de O. (2020). Nursing intervention-first bath of the newborn: A randomized study on neonatal behavior. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 33, 1–10. <https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2020AO0031>
- Lopes, D. B. M., & Praça, N. de S. (2012). Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: características clínicas. *Rev Esc Enferm USP*, 46(3), 559–564. [www.scielo.br/reeusp](http://www.scielo.br/reeusp)
- Lopes, M. O. (2016). Plano de Parto. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 167–169).
- Marin, N. Z. (2021). *Visita domiciliária e proteção ao aleitamento materno* [Relatório de Estágio]. Universidade de Évora.
- Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D. e, Negreiros, F. dos S., Santos, J. D. M., Moura, M. Á. P., Gouveia, M. T. de O., & Jorge, H. M. F. (2019). Evidências

- científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paul Enferm.*, 32(3), 350–357. <https://doi.org/10.1590/1982>
- Meireles, J. C. da N. G. S. M. (2023). *Atitude do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Perante as Famílias que Vivenciam Morte Fetal*. [Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Meleis, A. I. (1992). Directions for Nursing Theory Development in the 21st Century. *Nursing Science Quarterly*, 5(3), 112–117. <https://doi.org/10.1177/089431849200500307>
- Meleis, A. I. (2010). TRANSITIONS THEORY MIDDLE-RANGE AND SITUATION-SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. de. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335–347).
- Ministério da Saúde. (1987). Decreto-Lei n.º 322/87. Ministério Da Saúde, 197.
- Mohammed, H. H., Hamed, A. A. A. El, Afefy, N. A. E. F., Sherif, N. A., & Ibrahim, S. M. (2025). *The effectiveness of nurse-led antenatal education on maternal self-efficacy: an evidence-based approach*. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03471-5>
- Monteiro, M. J., Santos, M., Prata, A. P., & Sequeira, A. (2020). Utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto. In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 84–91).
- Moreira, S. G. B. da S., Baracho, M. N. L., Ferreira, T. S. B., Almeida, M. C. M., Gomes, S. R. D., Silva, M. C., Gomes, K. M. da S., Cruz, R. P. da S., Gonçalves, K. C. da S., Lazzari, F. D., Da Silva, C. C., & Sousa, M. A. de O. (2025). O IMPACTO DAS REDES DE APOIO NO PÓS-PARTO: UMA ANÁLISE DE SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DA MULHER. *ARACÊ*, 7(4), 18909–18923. <https://doi.org/10.56238/arev7n4-187>

- Nunes, D. C. R. (2019). *Transição para a parentalidade na prematuridade: terapêuticas de enfermagem promotoras do regresso a casa* [Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Núñez, D. D. C., & Méndez, Dr. C. D. N. (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia social and psychological aspects of climaterium and menopause. *MEDISAN*, 18(10), 1409–1418.
- Oliveira, C. de, Gomes, C. A., Pereira, A. D. A., Lomba, M. de L. L. de F., Pobleto, M., & Backes, D. S. (2022). Care and hospital ambience: perception of healthcare professionals. *Acta Paul Enferm*, 35. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0321666>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). DEONTOLOGIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ORDEM DOS ENFERMEIROS.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). EESMO Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento Competências comuns - regulamento nº 140/2019. *Diário Da República*, 26(2), 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem nº 743/2019. *Diário Da República*, 128–155.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019c). Regulamento das competências específicas do EESMO. In *Diário da República : Vol. 2º série* (Issue nº 85, pp. 13560–13565). Diário da República.
- Orfão, A. (2016). Determinação do Risco Materno-fetal. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 108–116).
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros*. <http://apps.who.int/bookorders>.
- Pacheco, H., & Néné, M. (2020). Esforços Expulsivos. In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 131–136).

- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 125–138.
- Peleckis, M. V., Francisco, A. A., & Oliveira, S. M. J. V. de. (2017). Perineal pain relief therapies after postpartum. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005880015>
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclenerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Kahalil, H. (2021). Chapter 11: Scoping reviews. In *JBIMANUAL FOR EVIDENCE SYNTHESIS* (pp. 406–407).
- Pinheiro, A. A. (2016). Promoção do Parto Normal. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 324–334).
- Polat, F., & Aylaz, R. (2022). The effect of exercise training based on the health promotion model on menopausal symptoms. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 1160–1169. <https://doi.org/10.1111/ppc.12917>
- Prada, F., & Rafael, M. (2016). Partograma. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 348–352).
- Quattrin, R., Iacobucci, K., De Tina, A. L., Gallina, L., Pittini, C., & Brusaferrro, S. (2016). 70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care. *Medicine (United States)*, 95(14). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000003207>
- Ribeiro, A. da S., Cunha, R. D. T., Nascimento, V. O. do, Paula, E. de, & Ribeiro, W. A. (2025). O ENFERMEIRO FRENTE À HUMANIZAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2(02), 13–24. <https://doi.org/10.51891/rease.v2i02.20139>
- Ribeiro, A. S., Soares, A. K. A., Siqueira, V. M. de S., Souza, A. W. de, Podestá, M. H. M. C., & Ferreira, E. B. (2015). AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS E DA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES NO CLIMATÉRIO. *Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde, Três Corações*, 13(1), 48–65.
- Ribeiro, O., Vieira, M., Cunha, M., Dias, A., & Martins, R. (2016). GESTÃO DO TEMPO NO PLANEAMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM TIME MANAGEMENT IN THE PLANNING OF NURSING CARES. *Revista Servir*, 59(4), 7–11.
- Sá, P. L. C. de, & Rabelo, E. M. (2021). CONTATO PELE-A-PELE MÃE/FILHO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista*

*Enfermagem Atual In Derme*, 95(35). <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1079>

Samrsla, J. (2023). Enfermagem e o manejo de mulheres no período do climatério na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura.

Santos, A. M., Rodrigues, A. G. G., Silva, J. N., Romano, K. A., Monteiro, R. L., & Jurema, H. C. (2024). O papel fundamental do enfermeiro no sucesso do parto humanizado. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(9), 1–18. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-150>

Santos, M. J. F., & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455–472).

Secção Portuguesa de Menopausa. (2021). Consenso Nacional sobre MENOPAUSA.

Sequeira, A., Pousa, O., Barros, A., Freitas, C., & Oliveira, I. (2020a). Execução da técnica dos 5 S para acalmar o recém-nascido. In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 252–259).

Sequeira, A., Prata, A. P., Correia, T. I., Henrique, C. M. G., & Monteiro, M. J. (2020b). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação). In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 162–169).

Serviço Nacional de Saúde. (2025). UCC Cadaval. <https://Bicsp.Min-Saude.Pt/Pt/Biufs/3/938/30035/3111351/Pages/Default.aspx>.

Silva, C. B. D., Busnello, G. F., Adamy, E. K., & Zanotelli, S. S. (2015). ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 312–318.

Silva, M. J. E., & Neves, J. (2016). Exames Complementares de Avaliação Materna-fetal. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 140–149).

Silva, S. B., Nery, I. S., & Calixto de Carvalho, A. M. (2016). Social representations elaborated by nurses about climacteric women in primary health care. *Rev Rene*, 17(3), 363–371. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300009>

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)

- Smyth, R. M., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). *Amniotomy for shortening spontaneous labour*. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006167.pub4>
- Sociedade Portuguesa da Contraceção, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2020). *CONSENSO SOBRE CONTRACEÇÃO 2020*.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2018). *Inquerito*. <https://Spginecologia.Pt/>.
- Sousa, L. G. (2016). Métodos de Interrupção da Gravidez. In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 287–291).
- Souza, G. L. de A., Siqueira, G. de P., Oliveira, A. da S., Rocha, M. F. N. da, & Silva, M. F. S. (2021). Os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical. *Research, Society and Development*, 10(12). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20510>
- Teunissen, D. T. A. M., Stegeman, M. M., Bor, H. H., & Lagro-Janssen, T. A. L. M. (2015). Treatment by a nurse practitioner in primary care improves the severity and impact of urinary incontinence in women. An observational study. *BMC Urology*, 15, 51. <https://doi.org/10.1186/s12894-015-0047-0>
- Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A. B., Casal, E., & Pereira, A. (2018). Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. *Acta Obstet Ginecol Port*, 12(4).
- TUDINO, M. F., GONÇALVES, J. P. G., AMARAL, V. DO, & ROSZKOWSKI, I. (2024). Sutura em Polia Retificada para síntese de feridas de pele tensionadas. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (RBCP) – Brazilian Journal of Plastic Surgery*, 39(02), 001–011. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2024rbcp0855-pt>
- Vala, J. (1986). *Análise de Conteúdo* In Pinto, J. & Silva, A. *Metodologia das Ciências Sociais*. (9ªed.); Porto: Edições Afrontamento.
- Varela, V., Amaral, C. F., Santos, M. E., Madruga, C., Ferreira, N., & Ferreira, S. (2020). Diagnóstico de início de trabalho de parto. In Lidel (Ed.), *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 75–78).
- Vescovi G, Flach K, Teodózio AM, Maia GN, Levandowski DC. Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras. *Cad Saúde Colet*, 2022; 30(4) 525-537. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040502>

- Vieira, M., & Reis, A. (2017). CAPACITAÇÃO DOS PAIS NO PÓS-PARTO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO BEBÉ: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. *Revista Da UIIPS - Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, 5(2), 2182–9608. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação o Processo de Construção do Conhecimento (SÍLABO, Ed.; 3º edição)*.
- World Health Organization. (2012). *WHOQOL User Manual PROGRAMME ON MENTAL HEALTH DIVISION OF MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE WORLD HEALTH ORGANIZATION*.
- World Health Organization. (2017). *WHO RECOMMENDATIONS ON Newborn Health GUIDELINES APPROVED BY THE WHO GUIDELINES REVIEW COMMITTEE*.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2020). *Baby-Friendly Hospital Initiative Training Course for Maternity Staff : Participant's Manual*. World Health Organization.
- Zezi, B., Camargo, H. da S., & Souza, J. C. (2016). Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em mulheres no período pós-menopausa. *FisiSenectus* . Unochapecó, 12–21.
- Żmuda, K., Leszko, M., & Karasiewicz, K. (2025). Perceptions and attitudes towards menopause and perceived satisfaction with life. *Przegląd menopauzalny = Menopause review*, 24(1), 25–32. <https://doi.org/10.5114/pm.2025.149997>
- Żołnierczuk-Kieliszek, D., Kulik, T. B., Janiszewska, M., & Stefanowicz, A. (2014). Influence of sociodemographic factors on quality of life in women living in Lublin Province in Poland. *Przegląd menopauzalny = Menopause review*, 13(1), 13–17. <https://doi.org/10.5114/pm.2014.41079>

## ANEXOS

## **ANEXO I – Projeto de Estágio**

## Projeto Individual de Estágio

**Autores:**

Joana Tojal Pinto

# PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

**Autores:**

Joana Tojal Pinto, nº 230000147

**Professora Orientadora:**

Teresa Carreira

## **Acrónimos/Siglas**

EEESMO - Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

REPE - Regulamento do Exercício Profissional para Enfermeiros

RN – recém-nascido

ScR - Scoping Review

TP – Trabalho de parto

UC – Unidade Curricular

WHOQOL-BREF - *World Health Organization Quality of Life – Bref*

**Índice**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>115</b>
<b>1 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>117</b>
<b>2 – PLANO DE ATIVIDADES.....</b>	<b>119</b>
2.1 Plano de atividades – Comuns ao Estágio .....	120
2.2 Plano de Atividades – De acordo com a Área do Estágio.....	123
<b>3 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS.....</b>	<b>152</b>
<b>4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>155</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>156</b>
<b>ANEXOS - CRONOGRAMA.....</b>	<b>1577</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo traduzir a prestação de cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) à mulher/mãe/casal/recém-nascido inserida na família e comunidade, em processos de saúde-doença, em estágio, no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, inserida no plano de estudos do 10º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Deste modo, o projeto individual irá contribuir como guia orientador das atividades a desenvolver ao longo do estágio, no sentido de dar resposta aos objetivos da UC e aos objetivos, motivações e interesses pessoais, com o intuito de desenvolver e aprimorar competências comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), através de atividades desenvolvidas em cada campo de estágio com base no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e do EEESMO, e em conformidade com Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e pelo Regulamento de Exercício Profissional (REPE). Ao longo do projeto serão numerados esses objetivos concomitantemente com as atividades a desenvolver ao longo da UC, na prestação de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica à mulher/mãe/casal/RN inserida na família e comunidade em processos de saúde-doença. Assim, o desenvolvimento desta UC, irá decorrer no Puerpério entre o dia 30 de setembro e 8 de novembro, na Comunidade, entre o dia 11 de novembro e 20 de dezembro, em Consulta de Gravidez Patológica e Ginecologia, entre o dia 6 de janeiro e 14 de fevereiro, e por último, o Bloco de Partos que decorrerá entre o dia 17 de fevereiro a 11 de julho. Para além dos objetivos da UC, com o estágio também se pretende atingir as experiências exigidas pela Diretiva da União Europeia, segundo DL n.º 322/87, de 28 de agosto, e pelo DL n.º 15/92, de 4 de fevereiro, nomeadamente, a realização de consultas a grávidas com a realização de 100 exames pré-natais, a realização de 40 partos eutócicos com a vigilância das respetivas parturientes, vigilância e prestação de cuidados a 40 grávidas em situação de risco, vigilância e cuidados a 100 puérperas saudáveis, assim como a 100 recém-nascidos (RN) saudáveis, prestação de cuidados a parturientes e RN de risco (prematuros, pós termo, com baixo peso à nascença e com perturbações presentes), e também a prestação de cuidados a mulheres em situação patológica no domínio da ginecologia e da obstetrícia (Ministério Da Saúde, 1987).

Ao longo da prática clínica, a prestação de cuidados vai incidir ao longo do ciclo vital da mulher/casal/família, desde o nascimento, à menarca, durante a puberdade, a mulher em idade reprodutiva, a parturiente, a puérpera, a mulher em processos

patológicos e no climatério. Em todas estas etapas de vida vão surgindo alterações e mudanças (transições) que alteram a vida e por vezes a qualidade de vida destas mulheres. Segundo Afaf Meleis, essas transições podem ser de diversos tipos com diferentes padrões e propriedades específicas de cada pessoa, sendo que existem facilitadores e inibidores nessas transições, dando origem a indicadores de progresso e de resultado, tendo o enfermeiro um papel fundamental neste processo de transição (Meleis et al., 2000). É neste intuito que ao longo da prática clínica irão ser desenvolvidas competências e atividades aplicando a Teoria das Transição de Afaf Meleis, de modo a promover o bem-estar e a qualidade de vida da mulher/casal/família. Esta Teoria de Enfermagem será norteadora da prática clínica, aplicada também no tema de interesse pessoal que será o mote para a componente de investigação, e esta, posteriormente para a realização do relatório de estágio.

Ao longo do climatério são muitas as transições vivenciadas pelas mulheres, sendo o papel do EEESMO fundamental, no sentido de promover a qualidade de vida destas. Estando as mulheres mais de um terço das suas vidas no pós-menopausa, considero importante investir na formação e investigação nesta área, no sentido de dar resposta as necessidades de cada uma (Núñez & Méndez, 2014). Posto isto, pretendo aprofundar esta temática através da investigação, de modo a identificar quais as necessidades que cada mulher tem nesta fase de vida, e definir quais as estratégias de intervenção do EEESMO que facilitem esta transição e promovam a qualidade de vida das mulheres. Sendo realizado um projeto de investigação que conta com a realização de um Scoping Review (ScR) de modo a mapear a evidência científica disponível, e assim refletir e adquirir conhecimentos nesta área, bem como um estudo qualitativo, de modo a compreender e identificar as necessidades, perceções e experiências da população alvo, bem como as estratégias do EEESMO para promover qualidade de vida. Deste modo serão adquiridos conhecimentos essenciais para a prática clínica, nomeadamente na tomada de decisão, espírito crítico, discussão, partilha e procura dos melhores cuidados.

Estas duas estratégias de investigação irão contribuir também para a auto consciencialização nesta área e a aquisição do grau de mestre, que irão constar no Relatório de Estágio, assim como a reflexão crítica das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, do processo de aprendizagem, de aquisição e desenvolvimento de competências, de modo a mobilizar competências (comuns e específicas) do EEESMO, na perspetiva da Prática Baseada na evidência (PBE).

## 1- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Uma vez que a investigação visa contribuir para alargar o conhecimento de uma determinada área científica, de modo a explorar o tema acima descrito, irá ser desenvolvida o projeto de investigação onde contará duas estratégias: ScR e um estudo qualitativo (Vilelas, 2022).

- a) ScR de acordo com a metodologia proposta por Joanna Briggs Institute, tendo como objetivo mapear a evidência científica disponível, contribuindo para compreender a questão de revisão.

Questão de revisão: Quais as estratégias de enfermagem promotoras da qualidade de vida da mulher no climatério?

Critérios de Inclusão:

- Participantes: Mulheres dos 45 aos 55 anos e família;
- Conceitos: Qualidade de Vida, Cuidados de Enfermagem, Saúde da Mulher, Climatério, Menopausa;
- Contexto: Aberto;
- Tipos de estudo: Todos os tipos de desenho de estudo com menos de 10 anos e *full text*.

Juntamente com os resultados obtidos na ScR, irá ser realizado um trabalho de campo de modo a aprofundar o conhecimento sobre o tema.

- b) Estudo qualitativo:

Objetivo do estudo: Compreender as necessidades, perceções e experiências das mulheres na fase do climatério, de modo a identificar as estratégias do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica que possam facilitar o processo de transição.

Metodologia:

Tipo de estudo quanto à abordagem do estudo: Estudo qualitativo;

Tipo de estudo quanto à natureza: Descritivo e exploratório;

Amostra do Estudo: Mulheres que trabalham numa unidade hospitalar privada da região oeste.

Critérios de inclusão:

- Idade compreendida entre os 45 e os 55 anos;
- Encontram-se em qualquer fase do climatério;
- Estão numa fase ativa da vida profissional, com responsabilidades profissionais e pessoais, e mantêm uma convivência social;
- Terem a capacidade de manifestar o seu consentimento individual.

Trata-se de uma amostra por conveniência, na medida em que são selecionadas em função dos critérios mencionados, representando assim as mulheres nesta faixa etária em processo de transição no climatério, ou seja, na mesma fase de vida do ciclo reprodutivo da mulher.

Instrumento de colheita de dados: Questionário estruturado, com questões fechadas e abertas, dentro do qual há questões norteadoras e sub-questões. Realizado na plataforma Google Forms e enviado por e-mail, com um breve texto que aborda a fundamentação do estudo e a relevância da participação dos sujeitos.

Fase de colheita de dados: Realizar no mês de março de 2025.

Tratamento dos dados: Análise de conteúdo, com recursos à análise temática segundo Bardin (2016), citado por Vilelas (2022) de modo identificando as necessidades dos sujeitos e encontrar estratégias promotoras de qualidade de vida. A análise da qualidade de vida dos sujeitos foi, posteriormente, realizada sob orientação dos domínios/facetos que se encontram no WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Bref).

Considerações éticas: Será realizado o pedido de autorização à Comissão de ética do hospital; Consentimento Informado: Todas as participantes serão informadas sobre o âmbito e os objetivos do estudo, como será realizada a colheita de dados, garantido o anonimato e a confidencialidade (os dados relativamente à identificação pessoal não serão revelados). Sendo a participação voluntária, podendo desistir em qualquer momento; A confidencialidade: os dados serão tratados com sigilo profissional, sendo apenas utilizados para análise entre o investigador e o orientador, e apenas para fins académicos. Respeitando o Código Deontológico dos Enfermeiros no que diz respeito ao dever de sigilo, que consta no artigo nº 85; Os dados serão armazenados no Google Drive e no disco rígido do investigador, durante 5 anos após o término da investigação, sendo posteriormente eliminados da Google Drive do investigador, com o compromisso ético e legal aplicável.

A análise dos dados obtidos na ScR e com o estudo qualitativo, irá permitir encontrar estratégias promotoras da qualidade de vida das mulheres, proporcionando uma transição saudável.

## **2- PLANO DE ATIVIDADES**

As atividades realizadas ao longo dos estágios, vão dar resposta às competências comuns do enfermeiro especialista e às competências do EEESMO de acordo com o contexto.

Estas deverão ser no sentido dos padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021). Assim, o princípio do foco dos cuidados é o utente e a satisfação das suas necessidades, havendo sempre o envolvimento do profissional de saúde com o utente e a gestão da relação terapêutica na abordagem de todo o processo de promoção de saúde e prevenção de complicações, no sentido de auxiliar através da organização dos cuidados de enfermagem, com atividades de educação, para informar e capacitar o utente (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021). Com o intuito de que este seja líder (empowerment) na readaptação às novas condições de saúde com autocuidado e autocontrolo, promovendo uma transição saudável. Sendo necessário a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2021).

Nos seguintes pontos serão apresentados os planos de atividades, segundo as competências, aplicadas aos objetivos gerais e específicos do estágio, bem como as atividades, intervenientes/recursos e calendarização.

## 2.1 Plano de atividades – Comuns ao Estágio

Competências comuns do Enfermeiro especialista	Objetivo do estágio	Atividades a desenvolver segundo as competências	Calendarização
A1 A2	Prestar cuidados individualizados, com respeito e dignidade em conformidade com os princípios éticos de deontológicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prática e tomada de decisão de acordo com o código Deontológico de Enfermagem e realizado em equipa.</li> <li>- Prestação de cuidados garantindo a segurança, a privacidade e confidencialidade, o consentimento informado.</li> <li>- Mobilização dos princípios éticos e deontológicos inerentes aos cuidados de enfermagem, ao longo do estágio, garantindo prestação de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, respeito pelas crenças e diferenças culturais, religião, entre outras.</li> </ul>	Ao longo de todos os estágios.
B1	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.</li> <li>- Participação em todas as atividades e situações passíveis de aprendizagem.</li> </ul>	
B2	Desenvolver competências reflexivas e de autoavaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão diária, junto do enfermeiro orientador, acerca do desempenho e postura pessoal e profissional.</li> </ul>	

	referentes ao percurso de aprendizagem.	- Monitorização do desempenho com o enfermeiro orientador e professor orientador, através da auto e heteroavaliação contínua e final.	
B3	Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestação de cuidados sempre suportada segundo fundamentação científica.</li> <li>- Envolvimento da família para satisfazer as necessidades culturais e espirituais.</li> <li>- Utilização de estratégias para comunicar com utentes que não compreendam a língua portuguesa (tais como: tradutor informático, gestos).</li> </ul>	
C1 e C2	Integrar a equipa multidisciplinar, a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receção pela chefia do serviço e orientador do estágio;</li> <li>- Apresentação da equipa multidisciplinar.</li> <li>- Conhecer estrutura física, dinâmica organizacional e funcional do serviço.</li> <li>- Consultar procedimentos e normas do serviço, conhecimento e operacionalização dos registos no sistema e programas informáticos utilizados na instituição, impressos e boletins de registo de saúde.</li> </ul>	
C1 e C2	Desenvolver competências a nível da área da gestão, de recursos e de cuidados, com vista à otimização da qualidade dos cuidados de enfermagem.	<p><b>GESTÃO DE RECURSOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aquisição de conhecimentos acerca da gestão dos recursos materiais, através da observação;</li> <li>- Identificação da forma de reposição, acondicionamento, manutenção e distribuição dos recursos existentes;</li> <li>- Observação da organização do serviço e informação acerca da metodologia de gestão de recursos humanos e materiais;</li> <li>- Colaboração na gestão de recursos materiais (rentabilização, prazos de validade, Reposição);</li> <li>- Utilização de recursos de forma eficiente;</li> </ul>	

		<p>GESTÃO DE CUIDADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação ativa na gestão de vagas;</li> <li>- Planeamento e priorização de atividades, de forma a gerir o tempo;</li> <li>- Organização dos cuidados de modo a priorizar o que é mais pertinente avaliando cada situação;</li> <li>- Gestão da informação recebida no contexto do exercício profissional, garantindo a confidencialidade e privacidade;</li> </ul>	
D1	<p>Aprofundar e evidenciar o autoconhecimento, a assertividade e a capacidade de tomada de decisão e de resolução de problemas no seu campo de intervenção</p>	<p>Realização de relatório de estágio, com abordagem às atividades desenvolvidas e respetiva análise crítica e reflexiva sobre o processo de ensino-aprendizagem. Trabalho de campo.</p> <p>Atualização de conhecimentos baseando a prática na evidência científica.</p>	
D2 e B2	<p>Desenvolver competências na área de investigação em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica tendo em conta a temática selecionada.</p>	<p>Realização de formação nos campos de estágios.</p> <p>Implementação na prática, do conhecimento científico adquirido nas UC.</p> <p>Realização de estudo dentro da temática realizada, através de uma ScR e um estudo qualitativo, de modo a perceber as necessidades existente na área.</p> <p>Realização do relatório de estágio com a reflexão de todos os campos de estágio.</p>	

Fonte: (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a)

## **2.2 Plano de Atividades – De acordo com a Área do Estágio**

Segundo as competências do EEESMO, a intervenção do EEESMO é dirigida à singularidade de cada mulher no seu todo, considerando, a família e o ambiente no qual vive e se desenvolve, “(...) constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais (...)” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019b, p. 13561), nos diferentes contextos.

Intervindo de forma autónoma em todas as situações de baixo risco (processos fisiológicos, normais no ciclo reprodutivo da mulher), bem como intervenções interdependentes em situações de médio e alto risco. Em cada campo de estágio serão aplicadas as competências do EEESMO, como demonstra a tabela seguinte, e cada atividade correspondente de modo a dar resposta aos objetivos específicos de cada estágio.

Cada local de estágio tem uma diversidade de ofertas de cuidados e recursos que permitem prestar cuidados de qualidade em prol do utente. Assim irei realizar os estágios numa UCC e num Hospital da Região Centro que se caracterizam da seguinte forma:

UCC/UCSP (Unidade de cuidados na Comunidade/ Unidade de cuidados de Saúde Personalizados) - presta cuidados como intuito de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população em articulação com parceiros e recursos da comunidade, atua ao nível da promoção da saúde, prevenção, da doença, tratamento e reabilitação de forma personalizada e centrada no utente, ao longo do ciclo vital, para a melhora da qualidade de vida dos utentes, família e comunidade. Conquistando ganhos em saúde, bem como a satisfação dos utentes e profissionais. É constituído por 5 médicos, 6 enfermeiros, 8 secretários clínicos, 1 técnico superior de serviço social, 2 profissionais de psicologia e 1 profissional de higiene oral (Serviço Nacional de Saúde, 2025).

Hospital da Região Centro – um hospital classificado no grupo I, que se destina a prestar cuidados de saúde a uma população residente de cerca de 184,5 mil habitantes distribuídos por 9 concelhos numa área de 3500 km<sup>2</sup>, também presta cuidados a outros concelhos num total de cerca de 233 mil habitantes. No Departamento da Saúde da Mulher e da Criança encontra-se o serviço de Obstetrícia e Ginecologia e o de Pediatria. Os estágios irão ser realizados no serviço de internamento de Obstetrícia/berçário/neonatologia, no Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e

Ginecológica, e na Consulta Externa na área Ginecológica, Obstétrica, Exames Especiais de Ginecologia, Unidade de Ecografia e Senologia.

O Internamento de Obstetrícia/berçário/neonatologia é constituído por 16 camas e 16 berços e onde se encontra também a neonatologia com 8 incubadoras. No Bloco de Partos encontra-se a Urgência Obstétrica e Ginecológica, composto por um gabinete destinado à triagem, uma sala para realização de CTG (Cardiotocografia), três gabinetes de observação médica e um serviço de observação com duas macas. O Bloco de Partos é composto por quatro salas de parto individuais, (cada sala equipada com uma cama que se transforma numa cama de parto, um cardiotocógrafo com fios e por wireless e uma mesa de reanimação neonatal), duas salas de bloco para cesarianas, uma sala de recobro composta por cinco camas e uma “Open Space” que é um local comum à equipa de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais). Este local integra também material de apoio à prática clínica de enfermagem, a farmácia do serviço, computadores para os registos e uma central dos CTG, que permite a monitorização contínua das parturientes. Na consulta externa de Ginecologia e exames especiais de ginecologia, realizam-se consultas de apoio à fertilidade, ginecologia geral, ginecologia oncológica (onde realizam colposcopias, excisão da zona de transformação, histeroscopias), consulta de planeamento familiar, de uro-ginecologia e senologia. Na consulta externa de Obstetrícia, realiza-se a consulta de pré-conceção, medicina obstétrica, gravidez de alto risco, diabetes e gravidez, datação da gravidez para interrupção voluntária da gravidez e consulta de diagnóstico pré-natal.

- **Estágio - ESMO no Puerpério**

Estágio a realizar no internamento de puerpério do Hospital da região centro, realizado entre o dia 30 de setembro e o dia 8 de novembro de 2024. Neste estágio serão prestados assistência à mulher a vivenciar processos de transição saúde/doença, com necessidades nos autocuidados, de preparação para a parentalidades durante o período pós-natal, assim como prestar cuidados a RN (OE, 2019b).

- Competências do EEESMO no puerpério – Atividades a desenvolver:

4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2019b).

Unidades de Competências:

4.1 Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal;

4.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;

4.3 Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;

(OE, 2019b).

Competências do EEESMO	Objetivos	Atividades	Recursos	Calendarização
4.1 4.2 4.3	Cuidar da puérpera/recém-nascido/casal/família em processos de saúde-doença, em contexto de internamento hospitalar.	<p>No acolhimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Admissão e acolhimento da puérpera/acompanhante no serviço de Puerpério;</li> <li>- Apresentação e promoção de um ambiente acolhedor demonstrando disponibilidade física e emocional;</li> <li>- Realização da colheita de dados através da informação transmitida pela equipa de enfermagem e médica do serviço de bloco de partos; da entrevista inicial à mulher, observação física, consulta de processo clínico informático, exames complementares de diagnóstico e do boletim de saúde da mulher grávida;</li> <li>- Apresentação do espaço físico, equipa multidisciplinar, informações, normas e rotinas do serviço;</li> <li>- Elaboração e negociação de um plano de cuidados com a puérpera / acompanhante numa perspetiva de parceria nos cuidados;</li> <li>- Realização de registos de enfermagem no sistema informático;</li> </ul> <p>Durante o internamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da puérpera, estado emocional, bem-estar físico, avaliação da involução uterina, avaliação das características dos lóquios, avaliação do períneo, da</li> </ul>	Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, puérpera/acompanhante;	<p>Da 1ª semana à 3ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.</p> <p>Da 3ª semana à 6ª semana de estágio, realização das atividades com autonomia.</p>

		<p>mama(mamilos), sinais de trombose venosa dos membros inferiores;</p> <p>-Identificação de complicações pós-parto (atonias uterinas, hemorragias, ingurgitamento mamário);</p> <p>- Supervisão dos primeiros levantes;</p> <p>- Prestação cuidados à ferida cirúrgica;</p> <p>- Prestação cuidados ao RN (banho, muda da fralda, alimentação);</p> <p>- Envolvimento do pai nos cuidados ao RN, promovendo o contacto pele com pele na ausência da mãe.</p> <p>- Administração de vitamina K à nascença;</p> <p>- Administração das primeiras vacinas;</p> <p>- Realização do rastreio neonatal-diagnostico precoce e observação de outros rastreios;</p> <p>- Identificação e monitorização do estado de saúde da puérpera e do recém RN (peso, percentil), referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p>		
4.1	<p>Capacitar mulher puérpera/recém-nascido/casal /família visando o autocuidado e a tomada de decisão na transição desenvolvimental em curso.</p>	<p>Realização de educação para a saúde sobre prevenção de infeção (higiene do períneo, e troca do penso, cuidados com a ferida cirúrgica – perineorrafias, episiorrafias, sutura abdominal nas cesarianas).</p> <p>Realização de educação para a saúde, instruções e treino aos pais sobre o banho ao RN, cuidados com coto umbilical, muda da fralda, vigilância de eliminações,</p>	<p>Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, puérpera/ acompanhante;</p>	<p>Da 1ª semana à 3ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.</p>

		alimentação (amamentação e leite adaptado), segurança (prevenção de quedas e segurança rodoviária), sinais de alerta, técnica de desobstrução da via aérea, vacinação, padrão de sono.		Da 3ª semana à 6ª semana de estágio, realização das atividades com autonomia
4.1	<p>Planear e realizar sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço.</p> <p>Promover a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível do puerpério e período neonatal em contexto hospitalar.</p>	<p>Realização de educação para a saúde de preparação para a alta relativamente aos cuidados a ter com o RN e consigo mesma, e de preparação para a parentalidade;</p> <p>Realização de um folheto informativo sobre os cuidados e vigilâncias da mulher no pós-parto – sinais de alerta, recurso na comunidade, sexualidade e contraceção, exercício de fortalecimento do pavimento pélvico, intervenções de apoio e proteção do aleitamento materno.</p> <p>Esclarecimento de medos e receios, e com o folheto, fornecer suporte á mulher sobre informação importante para rever depois em casa; prevenção de complicações, empoderam, antecipar situações.</p> <p>Em caso de aborto, RN internados na neonatologia, RN com malformações, avaliação e suporte emocional e psicológico à mulher, estabelecendo uma relação terapêutica.</p>	<p>Folheto informativo</p> <p>Realizar 3 turnos na neonatologia</p>	<p>Na 4ª semana de estágio</p> <p>Nas 6 semanas do estágio</p>

(OE, 2019b)

- **Estágio - ESMO Na Comunidade**

Estágio a realizar numa Unidade de Cuidados na Comunidade, no Centro de Saúde da região centro, realizado entre o dia 11 de novembro a 20 de dezembro de 2024. Neste estágio serão prestados cuidados de assistência às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença; assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família, do período preconcepcional e na menopausa; assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período perinatal (OE, 2019b). Serão realizadas consultas de:m

- Planeamento família;
- Preconceção;
- Vigilância da gravidez;
- Puerpério;

- Competências do EEESMO Na Comunidade:

7. Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade, promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população (OE, 2019b).

Unidade de competência:

7.1 Promove a saúde do grupo-alvo.

7.2 Diagnostica precocemente e intervém no grupo-alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.

7.3 Intervém na minimização das causas de morbi -mortalidade materno-fetal.

(OE, 2019b)

As atividades realizadas segundas as competências do EEESMO no cuidar no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional, da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e em situação de abortamento e pós-natal, durante o período do climatério e em processo de saúde/doença ginecológica vão dar resposta e são segundo estas competências descritas acima.

- Competências do EEESMO Na Comunidade – Atividades a desenvolver:

No âmbito das consultas de planeamento família e preconceção, as intervenções realizadas irão ser, segundo as competências do EEESMO, nas seguintes unidades de competência:

1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade (OE, 2019b).

Unidades de competência:

1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional;

1.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional;

1.3 Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis;

5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa. (OE, 2019b).

Unidades de competência:

5.1 Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa;

5.2 Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período do climatério;

5.3 Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa;

(OE, 2019b).

6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, no sentido de potenciar a saúde (OE, 2019b).

Unidade de competência:

6.1 Promover a saúde ginecológica da mulher;

6.2 Diagnosticar precocemente e prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama;

6.3 Providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação;

(OE, 2019b).

<b>Competências do EEESMO</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Calendarização</b>
1.1 1.2 1.3  6.1 6.2  5.1 5.2 5.3	Cuidar da mulher/ /casal/ /família e grupos-alvo em processos de saúde-doença, no período de preconceção e na vivência positiva da sexualidade.	<p>Realização de consulta de preconceção:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promovendo estilo de vida saudável, de modo a facilitar o processo de transição saúde/doença quando engravidar;</li> <li>- Prevenção de infeções;</li> <li>- Monitorização do estado de saúde;</li> </ul> <p>Planeamento, implementação e avaliação da mulher com disfunções sexuais, com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro, dando suporte emocional e psicológico.</p> <p>Promoção de métodos contraceptivos - colocação de implante e de dispositivo intrauterino.</p> <p>Realização de rastreios de diagnóstico, no sentido de promover a saúde ginecológica (citologias); e referenciar as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>Realização de consulta da menopausa, orientando a mulher para o alívio de sintomas.</p>	Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, mulher/acompanhante;	<p>Da 1ª semana à 3ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.</p> <p>Da 3ª semana à 6ª semana de estágio, realização das atividades com autonomia.</p>

1.1 1.2	Capacitar a mulher/casal/família e grupos de recursos visando o autocuidado e a autovigilância.	<p>Promoção da tomada de decisão esclarecida.</p> <p>Sensibilização sobre a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis.</p> <p>Realização de campanhas de sensibilização sobre regulação da fecundidade e da fertilidade em consulta. Dando a conhecer o cálculo do período fértil e os métodos contraceptivos que existem.</p> <p>Informar e orientar sobre os recursos disponíveis no âmbito do planeamento familiar.</p>	Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, mulher/acompanhante;	Da 1ª semana à 6ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.
6.1		<p>Promoção e realização do autoexame da mama, realizando educação para a saúde.</p> <p>Informar e orientar a mulher sobre saúde ginecológica; informar e orientar a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.</p>	Realização de cartaz	Na 4ª semana de estágio
5.1 5.2		<p>Realização de intervenção que capacitem a mulher no climatério para o autocuidado, prática de exercício físico, alimentação saudável e contraceção. Abordando opções de tratamento e encaminhando para os recursos na comunidade.</p>		
1.3 5.3	Promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões	<p>Cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>Cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.</p>	Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, mulher/	Da 3ª semana à 6ª semana de estágio

6.3	específicas de intervenção do EEESMO ao nível dos Cuidados de Saúde Primários	Referenciação de qualquer situação que estão para além da área de atuação, no que refere a riscos pré concecionais e obstétricos.  Provimento de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações.  Informar e orientar a mulher em tratamento de afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama.	acompanhante;	
5.1	Planear e realizar sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço.	Realização de formação em serviço, capacitando a equipa de enfermagem para a realização da consulta de enfermagem menopausa.	Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar;  Apresentação powerpoint	Na 5ª semana de estágio

(OE, 2019b)

2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e em situação de abortamento, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal. Assim como no pós-natal no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (unidade de competência 4) (OE, 2019b).

Unidades de competência:

2.1 Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;

2.2 Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;

2.3 Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento;

4.1 Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal;

4.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;

4.3 Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;

(OE, 2019b).

<b>Competências do EEESMO</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Calendarização</b>
2.1 2.2 2.3  4.1 4.2 4.3	Cuidar da mulher/mãe/casal/feto/família e grupos-alvo em processos de saúde-doença, no período pré-natal e pós-parto nas dimensões da SMO.	<p>Realização de consultas de vigilância na gravidez segundo o PNVGBR, seguir as orientações de cada consulta.</p> <p>Identificação e monitorização da saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados – avaliação da altura fundo do útero, manobras de Leopold, avaliar frequência cardíaca fetal com doppler, avaliação analítica.</p> <p>Identificação e monitorização de desvios à gravidez fisiológica e desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>Avaliação da puérpera, estado emocional, bem-estar físico (lóquios, avaliação do períneo, da mama(mamilos), peso, sinais vitais)</p> <p>Identificação complicações no pós-parto e referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p>	Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, mulher/acompanhante;	Da 1ª semana à 6ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.

<p>2.1 2.3</p> <p>4.1</p>	<p>Capacitar a mulher/mãe/casal/família e grupos de recursos visando o autocuidado e a autovigilância</p>	<p>Informar e orientar a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco, ameaça de parto pré-termo, quando ir ao hospital.</p> <p>Realização de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis durante a gravidez, promovendo o bem-estar físico psicológico e social;</p> <p>Promoção da decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>Informar e orientar a grávida sobre amamentação, parto e plano de parto.</p> <p>Promoção da decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>Realização de educação para a saúde de modo a prevenir complicações e promover o autocuidado no puerpério (estilos de vida saudáveis, sexualidade, cuidados de higiene e exercício de prevenção de incontinência urinária).</p> <p>Realização de educação para a saúde sobre a contraceção no pós-parto e no caso aborto.</p>	<p>Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, mulher/acompanhante;</p>	<p>Da 1ª semana à 6ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.</p>
<p>2.1</p>	<p>Planear e realizar sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações</p>	<p>Realização de programas de preparação completa para o parto (exercícios de mobilidade pélvica, respiração) e parentalidade responsável, aleitamento materno, cuidados ao RN, promove, aconselha e apoiar na elaboração do plano de partos.</p>	<p>Apresentação sem <i>PowerPoint</i> sobre os cuidados ao RN.</p>	<p>Na 4ª semana de estágio</p>

	de formação em serviço.		Estudante, enfermeira orientadora, grupo alvo;	
2.3 4.3	Promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.	<p>Informar e orientar sobre estratégias de alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>Cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez e puerpério, ainda que com patologia associada e/ou concomitante, e com desvio ao padrão de adaptação à gravidez e pós-parto (médico, assistente social, psicólogo).</p> <p>Fornecimento de apoio psicológico na gestão das emoções em situações patológicas na gravidez ou abortamento e de depressão pós-parto.</p>	Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, mulher/acompanhante;	Da 3ª semana à 6ª semana de estágio

(OE, 2019b)

- **Estágio - ESMO Na Sala de Partos**

Estágio a realizar no internamento de puerpério do Hospital da Região Centro, realizado do dia 6 de janeiro a 11 de abril, e do dia 21 de abril a 30 de maio de 2025. Neste estágio serão prestados cuidados de assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o Trabalho de parto (TP) e parto (OE, 2019b).

- Competências do EEESMO na Sala de Partos– Atividades a desenvolver:

3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2019b).

Unidades de competência:

3.1 Promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;

3.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido;

3.3 Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP;

(OE, 2019b).

<b>Competências do EEESMO</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Calendarização</b>
3.1 3.2 3.3	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no acolhimento da mulher grávida / parturiente / acompanhante no Bloco de Partos, tentando promover o seu bem-estar e conforto	<p>Admissão da grávida/parturiente/ acompanhante no serviço de Bloco de Partos.</p> <p>Promoção de um ambiente acolhedor demonstrando disponibilidade física e emocional.</p> <p>Realização da colheita de dados através da informação transmitida pela equipa de enfermagem e médica do serviço de urgência de obstetrícia, da entrevista inicial à mulher, observação física, consulta de processo clínico informático, exames complementares de diagnóstico e consulta do boletim de saúde da mulher grávida.</p> <p>Apresentação do espaço físico, equipa multidisciplinar, normas e rotinas do serviço.</p> <p>Elaboração e negociação de um plano de cuidados à mulher grávida / parturiente / acompanhante numa perspetiva de parceria nos cuidados, atuando em conformidade com o plano de partos, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p>	Estudante, enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar, mulher grávida/parturiente/ acompanhante;	Desde a 1ª semana até há 20ª semana de estágio.

		<p>Em caso de aborto, avaliação e suporte emocional e psicológico à mulher, estabelecendo uma relação terapêutica.</p> <p>Realização de registos de enfermagem no sistema informático e boletim de saúde da mulher grávida, tendo em conta os diagnósticos identificados.</p>		
3.1 3.2 3.3	<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher grávida/parturiente/companhante no 1º estágio do Trabalho de Parto, promovendo o seu bem-estar e conforto</p>	<p>Atuação de acordo com o plano de cuidados estabelecido.</p> <p>Promoção da presença do acompanhante, caso desejar.</p> <p>Informação e esclarecimento sobre todos os procedimentos e evolução do TP, envolvendo a participação ativa da mulher grávida e acompanhante.</p> <p>Vigilância do progresso do TP (identificação das fases do 1º estágio do TP - fase latente e fase ativa), promovendo o bem-estar materno-fetal:</p> <p>Identificação e monitorização do bem-estar materno -fetal, referenciando as situações que estão para além da área de atuação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação de sinais vitais;</li> <li>- Realização de Manobras de Leopold;</li> <li>- Avaliação do padrão de contratilidade uterina (CTG) – frequência, duração e intensidade;</li> <li>- Padrão dos batimentos cardíacos fetais (CTG): avaliação e interpretação dos parâmetros relativos à variabilidade, frequência cardíaca fetal, identificação de acelerações, desacelerações;</li> <li>- Realização do toque vaginal: observação das condições do colo uterino (dilatação,</li> </ul>	<p>Estudante; enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar, mulher grávida/parturiente/acompanhante;</p>	<p>Até à 5ª semana de estágio realização das atividades propostas com supervisão do enfermeiro orientador;</p> <p>Da 6ª semana à 12ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.</p> <p>Da 13ª semana à 20ª semana de estágio, realização das atividades com autonomia.</p>

		<p>apagamento, consistência, posição); Identificação da apresentação fetal, altura da apresentação, a posição, a variedade, encravamento; observação da integridade das membranas (se rotura de membranas - caracterização do líquido amniótico: cor, viscosidade, cheiro e quantidade), realização de amniotomia, se necessário;</p> <p>Promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>Promoção e colaboração na implementação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor como exercícios na bola de pilates, bola amendoim, deambular, controlo da dor com calor ou massagens, musicoterapia.</p> <p>Informação e colaboração na execução de técnicas farmacológicas para o alívio da dor no TP: administração sistémica de fármacos analgésicos, analgesia epidural/sequencial.</p> <p>Administração de terapêutica indutora do TP ou realização de amniotomia, conforme indicação médica, tendo em consideração os seus efeitos secundários, tendo sempre em consideração a vontade da mulher.</p> <p>Incentivo à micção frequente, e realização de esvaziamento vesical apenas quando necessário.</p> <p>Prestação de cuidados de higiene e conforto, sempre que necessário;</p> <p>Promover a ingestão de líquidos claros durante o TP.</p> <p>Prestação de cuidados especializados à mulher com patologias associadas (HTA, pré-</p>		
--	--	---	--	--

		<p>eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome de HELLP; diabetes)</p> <p>Reconhecimento precoce das complicações inerentes ao 1º estágio do TP, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>Identificação dos sinais eminentes de instalação do 2º estágio do TP;</p> <p>Registo das intervenções realizadas, colheita de dados, educação para a saúde, validação dos ensinamentos realizados, diagnósticos identificados no programa informático e no partograma.</p>		
Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher parturiente /acompanhante no 2º estágio do	<p>Avaliação contínua do bem-estar materno e fetal.</p> <p>Preparação da mesa de parto.</p> <p>Verificação da mesa de reanimação neonatal (funcionalidade da fonte de calor, rampa de oxigénio, aspirador, insuflador manual, funcionalidade do laringoscópio, existência de sondas de aspiração)</p> <p>Aquecimento do pano para receber o recém-nascido no momento do nascimento, bem como a sua roupa;</p> <p>Orientação da mulher para o posicionamento durante o 2º estágio do TP.</p> <p>Promoção de medidas de conforto e bem-estar.</p> <p>Encorajar e elogiar a colaboração da mulher parturiente e acompanhante.</p> <p>Apoiar a mulher parturiente para a realização de esforços expulsivos durante as contrações,</p>	Estudante; enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar, mulher grávida/parturiente/acompanhante/RN;	<p>Até à 5ª semana de estágio, realização das atividades propostas com supervisão do enfermeiro orientador.</p> <p>Da 6ª semana à 12ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.</p>	

	<p>Trabalho de Parto, promoven do o seu bem-estar e conforto e facilitando a adaptação do recém-nascido à vida extrauterin a</p>	<p>com o controlo da respiração e relaxamento no intervalo das mesmas.</p> <p>Identificação da apresentação, variedade, posição, situação, plano de Hodges e confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal.</p> <p>Realização de exercício de mobilidade pélvica, alternar posicionamento.</p> <p>Observação da eficácia da contratilidade uterina (duração, frequência e intensidade).</p> <p>Tomada de decisão acerca da necessidade de realização de episiotomia;</p> <p>Execução de manobras de proteção do períneo, de forma a evitar lacerações e controlar a expulsão da cabeça fetal – manobra de Ritgen, uso de compressas mornas, uso de gel lubrificante.</p> <p>Identificação da presença de circulares cervicais, após expulsão da cabeça, e realização da laqueação precoce do cordão se necessário.</p> <p>Extração do corpo fetal (ombro anterior, ombro posterior).</p> <p>Prestação de cuidados imediatos ao RN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressão manual das vias aéreas do feto de forma a prevenir aspiração pulmonar de secreções;</li> <li>- Avaliação do índice de APGAR;</li> <li>- Laqueação tardia do cordão e promoção do corte ser realizado pela mãe/acompanhante, se condições o permitirem;</li> <li>- Colheita de sangue do cordão umbilical (para pesquisa de gasometria, grupo de sangue do</li> </ul>	<p>Da 13ª semana à 20ª semana de estágio, realização das atividades com autonomia.</p>
--	--	---	--

		<p>RN quando mãe com fator sanguíneo Rh-, ou para criopreservação de células estaminais).</p> <p>Promoção da relação precoce com a tríade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o contacto pele-a-pele imediato e prolongado;</li> <li>- Apoio da amamentação;</li> <li>- Estimulação dos processos de vinculação precoce (contacto pele a pele e início da amamentação na 1º hora de vida);</li> </ul> <p>Reconhecimento precoce das complicações inerentes ao 2º estágio do TP;</p> <p>Colaboração em partos distócicos;</p>		
3.1 3.2 3.3	<p>Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher parturiente/acompanhante no 3º estágio do TP,</p>	<p>Identificação de sinais de descolamento da placenta.</p> <p>Realização da dequitação: com atitude expectante na dequitação fisiológica ou com conduta ativa.</p> <p>Realização de conduta ativa na dequitação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina. Recurso à manobra de Brandt – Andrews.</li> </ul> <p>Identificação do mecanismo de expulsão da placenta (Schultz ou Duncan);</p> <p>Revisão placentar detalhada;</p> <p>Em caso de retenção placentar: informar obstetra, avaliar perdas sanguíneas, avaliação de sinais vitais, explicar todos os procedimentos, e intervir em conformidade com a situação.</p> <p>Validação do globo de segurança de Pinard formado após dequitação e as perdas de sangue.</p>	<p>Estudante; enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar, mulher grávida/parturiente;</p>	<p>Até à 5ª semana de estágio realização das atividades propostas com supervisão do enfermeiro orientador.</p> <p>Da 6ª semana à 12ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.</p>

	segundo a metodologia científica;	<p>Administração de ocitócicos, segundo protocolo institucional ou prescrição médica.</p> <p>Realização de episiorrafia e sutura de lacerações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação das condições técnicas para a reconstrução do períneo;</li> <li>- Identificação dos tecidos a suturar;</li> <li>- Classificação do tipo de laceração, se aplicável;</li> <li>- Revisão da vulva e do períneo após episiorrafia para identificação de zonas de solução de continuidade da pele e pesquisar a integridade da ampola retal;</li> </ul> <p>Reconhecimento precoce das complicações inerentes ao 3º estágio do TP.</p> <p>Realização de educação para a saúde sobre autocuidado: higiene perineal, características e cuidados a ter com sutura perineal, lóquios, entre outros.</p> <p>Realização de registos referentes ao parto no sistema informático, no Boletim de Saúde da Grávida, Boletim de saúde Infantil e Juvenil.</p>		Da 13ª semana à 20ª semana de estágio. realização das atividades com autonomia.
3.1 3.2 3.3	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados	<p>Promoção e apoio na amamentação, se a puérpera o desejar.</p> <p>Avaliação de sinais vitais.</p> <p>Avaliação da involução uterina.</p> <p>Verificação da existência de globo vesical e incentivar a urinar ou se necessário proceder ao esvaziamento vesical.</p> <p>Vigilância das características dos lóquios.</p> <p>Observação do períneo e sutura perineal.</p>	Estudante; enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar, mulher puérpera/acompanhante/RN;	Até à 5ª semana de estágio realização das atividades propostas com supervisão do enfermeiro orientador.

	de enfermagem especializados à mulher puérpera / recém-nascido / acompanhante no 4º estágio do TP, promovendo o bem-estar e facilitando o processo de transição para a parentalidade	<p>Realização de cuidados de higiene e conforto.</p> <p>Apreciação das perdas hemáticas por via vaginal, e identificação de sinais sugestivos de hemorragia.</p> <p>Satisfação das necessidades da mulher, promoção do início de dieta.</p> <p>Remoção do cateter epidural.</p> <p>Vigilância e manutenção do cateter venoso periférico.</p> <p>Adoção de medidas de controlo da dor.</p> <p>Prestação de cuidados ao recém-nascido: alimentação, mudança da fralda e medidas de conforto.</p> <p>Análise da experiência da mulher de TP e parto.</p> <p>Deteção precoce de complicações maternas ou fetais no pós-parto imediato, e atuação conforme.</p> <p>Realização de registos inerentes às fases do TP.</p> <p>Realização dos procedimentos inerentes à transferência da mulher puérpera e recém-nascido para o serviço de internamento de obstetrícia e ginecologia.</p>		<p>Da 6ª semana à 12ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.</p> <p>Da 13ª semana à 20ª semana de estágio. realização das atividades com autonomia</p>
3.1 3.2 3.3	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação	<p>Promoção de um ambiente acolhedor, seguro e tranquilo para receber o recém-nascido.</p> <p>Preparação da vitamina K e administração RN se a condição clínica o permitir, explicando e pedindo consentimento aos pais.</p> <p>Receção do RN em pano esterilizado e aquecido.</p> <p>Verificação da hora de nascimento.</p>	Estudante; enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar, RN;	Até à 5ª semana de estágio realização das atividades propostas com supervisão do enfermeiro orientador;

	<p>de cuidados de enfermagem especializados imediatos ao RN e até às duas primeiras horas de vida na adaptação à vida extrauterina</p>	<p>Prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido de acordo com as suas necessidades: aspiração de secreções e manutenção da permeabilidade das vias aéreas; execução da aspiração do conteúdo gástrico e lavagem, se presença de mecónio.</p> <p>Avaliação da adaptação à vida extrauterina através da avaliação do Índice de APGAR no 1º, 5º e 10º minuto de vida;</p> <p>Observação física, neurológica e comportamental do recém-nascido, no sentido cefalocaudal, despistando malformações.</p> <p>Identificação de anomalias congénitas evidentes.</p> <p>Pesagem do recém-nascido.</p> <p>Colocação de pulseira de identificação de RN.</p> <p>Vestir recém-nascido e providenciar aquecimento na fonte de calor, se necessário.</p> <p>Colaboração com o pediatra caso haja necessidade de observação do RN pelo mesmo (partos distócicos, RN prematuro, CTG patológico, patologia materna ou fetal, intercorrência na gravidez e parto).</p> <p>Colaboração na transferência para o serviço de Neonatologia, se necessário, assegurando a estabilidade do mesmo.</p> <p>Realização do internamento do RN, no sistema informático e realização de registos no sistema informático, no Boletim de Saúde Infantil e juvenil, Boletim de Vacinas.</p>		<p>Da 6ª semana à 12ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.</p> <p>Da 13ª semana à 20ª semana de estágio, realização das atividades com autonomia.</p>
3.2	Capacitar a	Realização de educação para a saúde, junto da parturiente/acompanhante, sobre exercícios	Estudante; enfermeiro	Da 6ª semana à 12ª semana de

	<p>parturiente /casal visando o autocuidado e a tomada de decisão na vivência do processo de parto.</p> <p>Realizar sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço.</p>	<p>facilitadores a progressão do trabalho de parte e da descida da apresentação fetal.</p> <p>Realização de educação sobre posicionamento no período expulsivo.</p> <p>Realização de formação em serviço, sobre o parir em movimento e o parto verticalizado.</p>	<p>orientador, equipa multidisciplinar, parturiente /acompanhante;</p> <p>Poster e apresentação <i>PowerPoint</i></p>	<p>estágio, atingir progressivamente a autonomia.</p> <p>Da 13ª semana à 20ª semana de estágio, realização das atividades com autonomia.</p> <p>Na 14ª semana de estágio.</p>
--	--	---	---	---

(OE, 2019b)

- **Estágio - ESMO em Ginecologia**

Estágio a realizar em contexto de consulta no Hospital da Região Centro realizado entre o dia 14 a dia 24 de abril de 2025. Neste estágio serão prestados cuidados de assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e durante o período peri- -menopáusicos (OE, 2019b).

- Competências do EEESMO em Ginecologia – Atividades a desenvolver:

6. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, no sentido de potenciar a saúde (OE, 2019b).

Unidade de competência:

6.4 Promover a saúde ginecológica da mulher.

6.5 Diagnosticar precocemente e prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.

6.6 Providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação;

(OE, 2019b).

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

(OE, 2019b).

Unidades de competência:

5.1 Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa;

5.2 Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período do climatério;

5.3 Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa;

(OE, 2019b).

<b>Competências do EEESMO</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Calendarização</b>
6.1 6.2 6.3	Cuidar da mulher/família no domínio da ginecologia em processos de saúde-doença, em serviços de ambulatório.	Cooperação com outros profissionais no diagnóstico das afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama.  Colaboração na realização de exames de ginecológicos (colposcopias, histeroscopias).  Colaborar na realização de rastreios de promoção da saúde ginecológica (citologias)  Participar na campanha de vacinação contra o HPV.  Colaboração na consulta de fertilidade, senologia.  Realização de tratamentos das feridas na patologia da mama.	Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, mulher/família;	Na 1ª semana e 2ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.

<p>5.1</p> <p>5.2</p>		<p>Prestação de cuidados à mulher com complicações pós -cirúrgicas de afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama.</p> <p>Identificação e monitorização de alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, assim como o potencial risco de doenças, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p>		
<p>6.1</p> <p>5.1</p> <p>5.3</p>	<p>Capacitar a mulher visando o autocuidado e a autovigilância.</p> <p>Promover a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EESMO ao nível da vivência de processos de saúde/doença</p>	<p>Realização de educação para a saúde sobre prevenção de complicação após exames de diagnóstico.</p> <p>Informar e orientar a mulher sobre saúde ginecológica os cursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.</p> <p>Realização de educação para a saúde sobre estratégias para o controlo de sintomatologia no climatério, de modo a promover a qualidade de vida das mulheres ao nível físico, psicológico e social;</p> <p>Informar e orientar a mulher com alterações associadas à menopausa.</p> <p>Cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.</p> <p>Fornecimento de medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos.</p>	<p>Folheto informativo sobre a menopausa.</p> <p>Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, mulher;</p>	<p>Na 2º semana de estágio</p>

	ginecológica em contexto de consulta.			
--	---------------------------------------	--	--	--

(OE, 2019b)

- **Estágio - ESMO Na Gravidez Patológica**

Estágio a realizar em contexto de consulta no Hospital da Região Centro realizado entre o dia 2 de junho a 11 de julho de 2025. Neste estágio serão prestados cuidados de assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal (OE, 2019b).

- o Competências do EEESMO na Gravidez Patológica – Atividades a desenvolver:

2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e em situação de abortamento, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (OE, 2019b).

Unidades de competência:

2.1 Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento;

2.2 Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.;

2.3 Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento;

(OE, 2019b).

Competências do EEESMO	Objetivos	Atividades	Recursos	Calendarização
2.1 2.2 2.3	Cuidar da mulher grávida/feto/família em situação de risco, em contexto	Realizar consultas de vigilância na gravidez segundo o PNVGBR, seguir as orientações de cada consulta, adaptando e tendo em consideração a situação de risco de gravidez.  Realizar consultas de vigilância da gravidez e diabetes.  Colaborar na consulta de diagnóstico pré-natal.	Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, mulher/acompanhante;	Da 1ª semana à 6ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.

	de consulta hospitalar.	<p>Identificar e monitorizar a saúde materno -fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados – manobras de Leopold, avaliar frequência cardíaca fetal com doppler, CTG, avaliação analítica.</p> <p>Identificar e monitorizar desvios ao padrão de adaptação à gravidez.</p>		
2.1 2.3	<p>Capacitar a mulher grávida/família visando o autocuidado e a tomada de decisão no processo de doença conducente à obtenção de um melhor nível de saúde.</p>	<p>Realização de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis durante a gravidez, promovendo o bem-estar físico psicológico e social.</p> <p>Informar e orientar a grávida sobre amamentação, parto e plano de parto.</p> <p>Informar e orientar a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco, ameaça de parto pré-termo, quando ir ao hospital.</p> <p>Informar a grávida sobre estratégias de prevenção de lacerações e episiotomias no parto, no sentido de prevenção de incontinência urinária</p> <p>Promover a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>Informar e orientar a grávida relativamente à realização de amniocentese, risco, sinais de alarme.</p> <p>Prestar cuidados à mulher com complicações pós-aborto.</p> <p>Realizar educação para a saúde sobre a contraceção no pós-parto e no caso aborto.</p>	<p>Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, mulher/acompanhante;</p> <p>Cartaz informativo</p>	<p>Da 1ª semana à 6ª semana de estágio, atingir progressivamente a autonomia.</p> <p>Na 4ª semana de estágio</p>

2.1	Planear e realizar sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço.	Realização de folheto informativo, discutir em equipa sobre a diabetes na gravidez e promoção de um estilo de vida saudável.	Folheto	Na 3ª semana de estágio
2.3	Promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do EEESMO ao nível da gravidez patológica	<p>Informar e orientar sobre estratégias de alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante, e com desvio ao padrão de adaptação à gravidez (médico, assistente social, psicólogo).</p> <p>Dar apoio psicológico na gestão das emoções em situações patológicas na gravidez ou abortamento.</p> <p>Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.</p>	Estudante, enfermeira orientadora, equipa multidisciplinar, mulher/acompanhante;	Da 3ª semana à 6ª semana de estágio

(OE, 2019b)

### **3 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS**

Segundo o REPE <sup>6</sup>, o enfermeiro especialista é reconhecido com “(...) competências científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015c). Sendo que os cuidados se caracterizam por uma interação entre o enfermeiro e o utente/família/comunidade, estabelecendo uma relação de ajuda com recurso a metodologias científicas (PBE) e adaptando às necessidades e características do utente. Para além destes cuidados, e tal como é referido pelo REPE, também no decorrer do estágio irão ser dinamizadas atividades inerentes a situações de saúde-doença a que estas mulheres estão sujeitas, em todos os contextos de atuação. Em todas as funções exercidas é adotada uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos e interesses legais do utente, tendo o enfermeiro deveres estabelecidos no código deontológico. Para além da prática clínica, é da responsabilidade dos enfermeiros “(...) realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral (OE, 2015c, p. 103). Neste sentido será realizado o trabalho de investigação, permanecendo neste também os princípios éticos e legais.

Segundo o Código Deontológico, no que diz respeito ao sigilo profissional, na elaboração do trabalho de investigação, será aplicado o dever de sigilo, que consta no artigo nº 85, onde o “enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (...), tendo o dever de “a) considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico (...) d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados “ (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a, p. 78).

Os princípios éticos<sup>7</sup>, são essenciais para a qualidade dos cuidados prestados, no sentido que permite tratar cada pessoa de forma individual, com dignidade e de forma humanizada pela saúde e bem-estar da população, para tal é um dever geral “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, (...) adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de

---

<sup>6</sup> “(...) clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais (...)” (OE, 2015c, p. 97).

<sup>7</sup> Princípios da beneficência (promover bem-estar e saúde), não-maleficência (não causar dano), autonomia (respeitar a vontade e decisões) e justiça (igualdade nos cuidados de saúde), fazem parte da bioética.

enfermagem;” (OE, 2015a, p. 152). Neste sentido, o que diz respeito aos direitos à vida e à qualidade de vida, ao longo de todo o ciclo vital estes serão respeitados, de modo que o enfermeiro irá atribuir igual valor à vida de qualquer pessoa protegendo a sua vida em todas as circunstâncias, sabendo que os interesses e o bem-estar do ser humano devem prevalecer aos interesses da ciência e sociedade. Assim deve “Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” e “Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (OE, 2015a, p. 210). Ao longo do ciclo vital, irão haver diversas situações/transições, no qual o enfermeiro deve estar aptos a agir em conformidade, olhando para a mulher de forma holística, com todas as suas características particulares e tudo o que a envolve, desde a família, comunidade, no sentido de lhe ser facilitador nos processos de transição, sendo importante o enfermeiro ser detentor do melhor conhecimento (atualizando-se), com base na prática baseada na evidência para prestar cuidados de melhor qualidade, sendo nesta ordem que o processo de aprendizagem decorrerá, para a formação do EEESMO. Também cabe ao enfermeiro humanizar os cuidados e, para isso, da mesma forma, presta cuidados à pessoa como uma totalidade única, promovendo a saúde e empoderando, permitindo o desenvolvimento das potencialidades da pessoa e de decisões informadas (OE, 2015a). Devendo por isso o enfermeiro informar e explicar sobre os seus cuidados, pedindo o consentimento para qualquer procedimento, promovendo a autodeterminação ao qual o têm direito (OE, 2015a). Na realização de procedimentos invasivos ou de exposição, nas avaliações físicas, do bem-estar materno fetal, durante todo o TP nos procedimentos ginecológicos, para além do consentimento informado, tem o dever de respeitar e proteger a privacidade e intimidade da pessoa (OE, 2015a).

Ao longo de todo o estágio irá ser realizada a autoavaliação das competências desenvolvidas e adquiridas, no sentido de melhorar os cuidados, sendo um dos deveres do enfermeiro a procura pela excelência do exercício (OE, 2015a).

Como EEESMO, a prática e as competências profissionais têm uma conduta ética e de excelência, garantindo por essa via qualidade dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 16), na sua área de especialidade. Neste sentido, o EEESMO deve respeitar os Direitos Humanos da Grávida e os Universais do Nascimento, prestando cuidados personalizados e centralizados na grávida/casal promovendo a autonomia. Assim, o EEESMO para além do referido acima sobre o código deontológico para os enfermeiros, como especialista em saúde materna e obstétrica, deve: trabalhar em parceria com mulher/casais, promover a capacitação/empoderamento dos mesmos, inerentes à tomada de decisão, realizando orientação e preparação destes no planeamento familiar, na gravidez, no TP e no parto,

efetivando assim a “Cidadania Ativa” (OE, 2015b). Esclarecendo todas as dúvidas, informar sobre os direitos que têm em relação à gravidez, TP e parto, bem como garantir o consentimento informado aquando do internamento (OE, 2015b). Discutir o plano de parto com a equipa clínica assistencial, estando sempre no centro a mulher/casal, garantindo durante o TP e parto que as estratégias a implementar estejam de acordo com o plano, de forma a garantir a máxima segurança do RN e da mulher, prestando cuidados com dignidade e garantindo a integridade humana, utilizando as técnicas adequadas em cada momento (OE, 2015b). No que concerne às técnicas, o EEESMO deve realizar o parto normal com apresentação cefálica, ou pélvica em situação de urgência, realizando episiotomia quando necessário (OE, 2015b). Deve detetar quando à sinais de anomalias e chamar a assistência médica, auxiliando e, quando este não está presente em situações de urgência, atuar em conformidade, como na extração manual da placenta com revisão uterina manual. Quando um problema ultrapassa as suas competências deve encaminhar para outro profissional (OE, 2015b). Assegurar a avaliação e assistência ao RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina, agindo em situações de emergência. Cuidar da parturiente e vigiar no puerpério capacitando a tratar do RN. Denunciar más práticas profissionais da equipa clínica, responsabilizando-se pela mulher (OE, 2015b).

Ao longo do estágio e no futuro da prática profissional como EEESMO, são estes os valores éticos e legais que vão reger a minha prática, enquanto enfermeira e EEESMO.

#### **4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os processos de transição que a mulher sofre ao longo do ciclo sexual e reprodutivo, é bastante complexo e engloba um conjunto de dimensões experienciadas por estas mulheres. Os cuidados prestados a estas envolvem uma abordagem holística, considerando todas as etapas de vidas das mesmas, as suas características físicas, emocionais, económicos e sociais.

Cabe ao EEESMO compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição, para implementar estratégias adequadas a cada mulher/família, de modo a promover as condições facilitadoras deste processo para garantir a qualidade de vidas destas, nos diferentes contextos, para que a sua perceção e atitude face a estas alterações seja mais positiva, promovendo processos de transição saudáveis. O EEESMO é o enfermeiro com competências específicas para intervir no processo de transição e adaptação no climatério, assim como em todo o ciclo vital da mulher/família, como é demonstrado ao longo deste projeto.

Neste sentido, o projeto individual demonstra a síntese da abordagem destes cuidados a prestar nas diferentes áreas de estágio, bem como orienta a nossa aprendizagem, como guia orientador da prática clínica. Através do mesmo, consegue-se refletir sobre o processo de aprendizagem, onde são mobilizados e consolidados os conhecimentos adquiridos anteriormente nas unidades curriculares, aplicando nos diferentes campos de estágio. Permitindo, também, relacionar com a teoria das transições de Afaf Melei e com o tema previamente escolhido, no sentido da PBE, segundo as competências do EEESMO e as competências comuns do enfermeiro, sempre agindo segundo o CDE e o REPE. Com este projeto também pretendemos vir a “desenvolver e integrar projetos que promovam criação do valor saúde no âmbito da Mulher Criança e Família” (OE, 2015b, p. 21).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, Laurence - Análise de conteúdo. Trad. Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Ministério Da Saúde. (1987). Decreto-Lei n.º 322/87. *Ministério Da Saúde*, 197.
- Núñez, D. D. C., & Méndez, Dr. C. D. N. (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia Social and psychological aspects of climaterium and menopause. *MEDISAN*, 18(10), 1409–1418.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *DEONTOLOGIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ORDEM DOS ENFERMEIROS*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *EESMO Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Estatuto da Ordem do Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento Competências comuns - regulamento n.º 140/2019. *Diário Da República*, 26(2).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento das competências específicas do EESMO: Vol. 2º série* (Issue n.º 85). Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Serviço Nacional de Saúde. (2025). *UCC Cadaval*. <https://Bicsp.Min-Saude.Pt/Pt/Biufs/3/938/30035/3111351/Pages/Default.aspx>.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação o Processo de Construção do Conhecimento* (SÍLABO, Ed.; 3º edição).

## ANEXOS - CRONOGRAMA

**Projeto de investigação: Transição para a menopausa – estratégias do EEESMO**

 10º MESMO – IP  
Santarém

Joana Pinto

Início do projeto: 25/10/2024

Fim do projeto: 25/09/2025

	Nov.2024	Dez.2024	Jan.2025	Fev.2025	Mar.2025	Abr.2025	Mai.2025	Jun.2025	Jul.2025	Ago.2025	Set.2025
<b>Atividades</b>											
<b>Estudo qualitativo</b>											
Desenho do questionário	■	■									
Definir Dimensões		■	■								
Pedido à comissão de Ética				■							
Recolha dos dados					■						
Análise dos dados						■	■				
<b>Scoping Review</b>											
Levantamento de fontes							■	■			
Revisão e tratamento das fontes								■			
<b>Relatório de Estágio</b>											
Discussão									■		
Conclusão									■		
Entrega do trabalho											■

## **ANEXO II – Registo das Atividades Desenvolvidas**

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

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family Counseling and health promotion</i>	657
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	341
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations (100)</i>	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor:</i>	126
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries (40)</i>	40
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	0
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	13
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	17
• Episiiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	23
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy (40)</i>	178
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	18
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	0
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period (100)</i>	105
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/ <i>Supervision and care to the healthy new-born (100)</i>	101
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	3
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/ <i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	75
Prática simulada/ <i>Simulated practice:</i>	
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	X
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	X
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	X
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	X
• Prática de episiiorrafia, perineorrafia/ <i>Practice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	X

 Santarém, 31/12/2025

 Estudante/*Student* João Tojal Pinto

 Professor/*Teacher* \_\_\_\_\_

 Coordenador do curso/*The course coordinator* \_\_\_\_\_

 Assinado por: **Maria da Conceição Fernandes Santiago**  
 Num. de Identificação: 08560601

**ANEXO III – Atividades Desenvolvidas no Campo de Estágio – ESMO no  
Puerpério**

## Exercícios de Kegel

Fortalecem os músculos pélvicos, prevenindo o risco de prolapso uterino e de incontinência urinária ou fecal.

Contração e relaxamento dos músculos – realizar nesta posição.



- Contrações prolongadas – contrair e manter durante 5 segundos, 8x.
- Contrações rápidas – contrair e relaxar, 10x.

Duas vezes por dia.

## Contraceção

A amamentação como método contraceptivo não é 100% eficaz, nesse sentido é importante falar com o seu médico para a adoção de um método contraceptivo durante esta fase.

Lembre-se, é importante o seu corpo recuperar para uma próxima gravidez, e por isso, é aconselhado o intervalo de dois anos entre gravidezes.

## Consulta de Pós-Parto

Até ao 15º dia pós-parto se cesariana.

Entre a 4ª-6ª semana do pós-parto.

## Sexualidade no Pós-Parto

Só deve retomar a sua vida sexual (com penetração) após a consulta de revisão do pós-parto.

### SINAIS DE ALERTA:

- Mamas: rubor, calor, dor, massa palpável, febre;
- Lóquios: com cheiro fétido com exsudado (pus), penso cheio de sangue em menos de 1 hora;
- Períneo: edema, sinais de infeção, dor;

### Referências Bibliográficas

Divisão Geral de Saúde (2022). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Divisão Geral de Saúde). [www.dgs.gov.pt](http://www.dgs.gov.pt)

Almeida, V. (2014). *Parâmetros Fisiológicos da Gravidez*. In: *Enciclopédia de Saúde Materna e Obstétrica* (2014), pp. 418-432.

Wanderley, T. L., Gomes, A. C., Surtis, F. R., Silva, J. L. P. (2014). *Recomendações for physical exercise practice during pregnancy: A critical review*. *Brazilian Journal of Health Research & Innovation*, 3(02), 429-440. <https://doi.org/10.15308/BJHR-12021014880520>

Pinho, B., Rodrigues, C. M. G., Correia, T. I., Maciel, C., Sampaio, D., Amaral, C. F., & Siqueira, A. (2020). *Alimentação Materna - Ingestão e Fatores Modificadores*. In: *Práticas de Alimentação em Saúde Materna e Obstétrica* (2020), pp. 387-398.

Pinho, B., Siqueira, A., Correia, T. I., Pinho, A. P., Siqueira, A., Lopes, S., & Pinho, C. (2020). *Vigilância no Pós-parto de Baixo Risco - Indicação da Intervenção*. In: *Práticas de Alimentação em Saúde Materna e Obstétrica* (2020), pp. 207-207.

Pinho, B., J. F., & Rodrigues, M. C. (2014). *Pós-parto: Monitorização em Unidades de Tratamento de Parto e de Baixo Risco*. In: *Enciclopédia de Saúde Materna e Obstétrica* (2014), pp. 403-420.

Scott, H. C., Sheldahl, C., Robinson, A., Robinson, L., & Brown, T. (2022). *Is massage an effective intervention in the management of post-operative scar(s)? A scoping review*. *Journal of Hand Therapy*, 35(2), 180-190. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2021.04.004>

Siqueira, A., Rodrigues, C. M. G., Pinho, B., Maciel, C., Sampaio, D., Amaral, C. F., Surtis, F., Pinho, C., & Correia, T. I. (2020). *Alimentação Materna - Ingestão e Fatores Modificadores*. In: *Práticas de Alimentação em Saúde Materna e Obstétrica* (2020), pp. 387-398.

Sousa, T. F. de, Silva, J. L. G., Sousa, A. de, Silva, R. A., Nascimento, J. C. B., & Teixeira, M. de M. (2022). *A importância da alimentação no pós-parto e da amamentação materna*. *Bol. Bras. Pós-Gradu. Saúde*, 12(2), 132-136. <https://doi.org/10.33277/bps.v12i2.2711>



## PUÉRPERA

### Cuidados Após Alta da Maternidade

Joana Pinto nº 230000147 (AE)  
10ª MESMO - IP Santarém

## Alimentação

Se está a amamentar, é necessário nutrir-se bem, fazer uma alimentação saudável e variada e com ingestão de líquidos! É importante ter atenção à sua confeção e conservação, e perceber que efeito tem no bebé.

### Importante ingerir:

- Proteína - melhora a recuperação dos músculos (ovos, carne, quinoa, soja, leguminosas);
- Lactínios - aumenta os níveis de cálcio;
- Frutos vermelhos - é um bom anti-inflamatório;
- Verduras - aumenta os níveis de ferro;
- Iodo - sal iodado;
- Vitamina C - reforça o sistema imunitário (batata-doce, tomates, quivis, morangos);

### Evitar:

- Álcool não pode consumir!
- Café/bebidas energéticas (chocolate também é estimulante) - consuma com moderação (1 café/dia) e de preferência de manhã após amamentar, para o organismo ter tempo de o metabolizar até à próxima mamada.

## Edema das Pernas

- Uso de meias de descanso;
- Elevar as pernas quando sentada ou deitada;

## Cuidados com a Mama

Ao 3-4º dia pós-parto dá-se a subida de leite, podendo as mamas ficarem tensas e dolorosas.

### Ingurgitamento:

- Antes da mamada - aplicar compressas húmidas mornas ou utilizar duche com água morna e fazer ligeira extração de leite.
- Após mamada - aplicar compressas frias para aliviar o desconforto.

### Mamilos:

- Aplicar uma gota de leite ou creme reparador de mamilos no final da mamada e deixar expostos ao ar.
- Utilizar sutia de algodão.

## Lóquios

Perda de sangue via vaginal, pela regeneração do epitélio do útero, durante cerca de 3 semanas após o parto.

### Vigiar características:

- Cheiro: suis generis;
- Quantidade: menos que o 1º dia de menstruação;
- Cor: 1º três dias - vermelho vivo; Do 5º ao 10º dia - rosado; Do 10º dia à 3ª semana - amarelados/acastanhados;
- Consistência: sem coágulos;

## Períneo

- Aplicar gelo envolvido em compressas, 3/4x por dia durante 10 min.

## Cuidados de Higiene

- Após ir ao WC passar com água tépida;
- Secar bem. (se a toalha for desconfortável, usar secador em modo frio);
- Limpar de frente para trás;
- Trocar o penso regularmente, a cada 4 horas.

## Ferida Cirúrgica

- Cuidados com o penso - limpo e seco;
- Massagem da cicatriz cirúrgica - 6 semanas após o parto - com óleo vegetal ou creme hidratante - importante para prevenir as faixas de tecido cicatricial (aderências entre partes do corpo que normalmente não estão unidos).



## Não Utilizar Cinta

O uso de cinta no pós-parto aumenta o risco de prolapso uterino e de perdas de urina, pois irá exercer força sobre os músculos do períneo que estão frágeis pelo parto e por sustentar o feto durante a gravidez.

Impossibilita que os músculos abdominais se adaptem aos movimentos que melhorem a sua mobilidade.

O importante é realizar exercícios que fortaleça os músculos.

## **ANEXO IV – Atividades Desenvolvidas no Campo de Estágio – ESMO na Comunidade**

## Poster – Autoexame da mama

# Deteção precoce do cancro da Mama

## Auto Exame



Em Portugal, por ano, são detetados cerca de 9000 novos casos de cancro da mama, e mais de 2000 mulheres morrem esta doença.

A deteção precoce, AUMENTA a probabilidade de o tratamento ser eficaz e bem sucedido.

O autoexame da mama é um procedimento simples e rápido de realizar.



O **autoexame** deve ser realizado de forma regular para que conheça o seu peito e identifique mais facilmente alguma alteração.

**Pode/deve** ser realizado a partir dos **20 anos** de idade.

- ❖ 1x por mês.
- ❖ 1 semana após a menstruação.
- ❖ Se não menstrua, pode realizar em qualquer altura do mês.

❖ **Observe-se ao espelho (como nas imagens) -**

❖ **Sinais de alarme:**

- Alterações na cor da pele ou mamilos;
- Mamilo invertidos ou enrugados;
- Saída de secreções;
- Assimetria das mamas;



❖ **No duche, ao espelho, com as pontas dos dedos faça a palpação das mamas e das axilas.**

❖ **Sinais de alarme:**

- Existência de nódulos;
- Mama quente;
- Dor;



Elaborado por Joana Pinto MESMO

**IP** POLITÉCNICO  
DE SANTARÉM

## Consulta de Enfermagem - Menopausa



### Consulta de Enfermagem Menopausa

JOANA PINTO Nº 230000147 (AE)  
101 MESMO – IP SANTARÉM

### ÍNDICE

1. Objetivos Gerais
2. Enquadramento
3. Abordagem
4. Definições
5. Alterações no climatério
6. Intervenções/estratégias
7. Conclusões

---

### 1. Objetivos Gerais



- Sensibilizar equipa de enfermagem sobre a importância da consulta de menopausa na mulher durante o climatério;
- Mobilizar conhecimentos sobre a menopausa;
- Identificar estratégias facilitadoras do processo de transição;
- Uniformizar cuidados;

### 2. ENQUADRAMENTO

O climatério ocorre entre os 45 - 55anos, como declínio progressivo da função ovárica, levando um conjunto de sinais e sintomas que afetam a sua qualidade de vida.

Uma vez que a esperança média de vida está a aumentar, as mulheres podem viver mais de um terço da sua vida no pós menopausa (média aos 51 anos), sendo, por isso imprescindível elevar os conhecimentos nesta área, com particular atenção ao período de transição para a menopausa.



---

### 3. Abordagem

Visão Biopsicossocial da mulher

Dar resposta às necessidades individuais

Capacitar para o processo de transição

Empoderar as mulheres;  
Estratégias promotoras de saúde.

### ♀ Conhecer a mulher:

- Características sociodemográficas:**
  - Idade;
  - Educabilidade;
  - Profissão;
  - Nível socioeconómico;
  - Suporte Social;
- Estado de Saúde:**
  - Doenças físicas e mentais;
- Estilo de Vida:**
  - Hábitos nocivos;
  - Alimentação;
  - Exercício Físico;

Permite o acesso à informação;  
Mais procura de assistência médica;  
Menos intensidade dos sintomas;  
Melhor autocuidado;

Isto revela a importância que a literacia em saúde e os cuidados de saúde têm impacto na qualidade de vida destas mulheres.

---

### 4. Definições

**Menopausa** – Última menstruação – Falência ovárica definitiva.  
Clínicamente, diagnóstico dá-se após os 45 anos, com um ano em amenorreia, sem outra causa identificada. Caso a mulher faça método contraceutivo hormonal, deve realizar dosamento sérico da FSH > 50-70, duas a quatro semanas após suspender o método contraceutivo hormonal, para o diagnóstico. Se FSH >25 e < 50, repetir nova avaliação.

**Menopausa iatrogénica** – quando há destruição do património folicular ovário por causas médicas.

**Menopausa precoce** – ocorre após os 40 e antes dos 45 anos. Encaminhar para ser acompanhada no hospital.

**Insuficiência ovárica prematura** - ocorre antes dos 40 anos.

**Menopausa tardia** - ocorre depois dos 54 anos.

### 4. Definições

**Climatério** - período de vida entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva, onde ocorre o declínio progressivo da função ovárica, levando a um conjunto de sinais e sintomas, caracterizado como o "síndrome climatérica". Divide-se em três fases (pré, peri e pós-menopausa).

**Pré-menopausa** – no sentido geral: inclui toda a idade fértil até à menopausa. Refere-se ao período de tempo decorrido entre o início do declínio da função ovárica e a menopausa.

**Transição menopáusica** – desde o início das alterações da regularidade do ciclo menstrual até à última menstruação (pode iniciar-se 4 a 8 anos antes da menopausa). **Perimenopausa** o período que compreende a transição menopáusica e o primeiro ano após a menopausa.

**Pós-menopausa** - período que se inicia com a última menstruação. **Precoce**, até 6 anos após a última menstruação; **tardia**, após 6 anos da última menstruação.

---

### 5. Alterações no climatério

**Alterações Biológicas**

- Alteração a imagem corporal;
- Alterações cutâneas;
- Sintomas Vasomotores;
- Sintomas Urogenitais (secura, ardor, incontinência) \*;
- Disfunção sexual (libido, disparunia) \*;
- Osteoporose;
- Alterações Cardiovasculares;

**Alterações Psicológicas**

- Perturbações do sono;
- Humor (ansiedade, irritabilidade, tristeza, baixa autoestima);
- Depressão (sentimento de inutilidade, medo da morte);

**Alterações Sociais**

- Influência Cultural \*;
- Alteração laboral e económica;
- Alterações nas relações sociais (independência dos filhos);

### MENOPAUSE SYMPTOMS



- Culturalmente estes sintomas são vistos como normais, não havendo a procura por informação ou ajuda.
- Os sintomas que mais levam à procura de ajuda de profissionais são os sintomas urogenitais que levam à disfunção sexual, tendo impacto nas três dimensões da mulher.

---

### 6. Intervenções/estratégias

ALIMENTAÇÃO

EXERCÍCIO FÍSICO

AUTOCUIDADO

CONTRAÇÃO

THS

### ALIMENTAÇÃO

- Evitar alimentos com gorduras – para prevenção de doenças cardiovasculares.
- Privilegiar hortaliças, laticínios.
- Soja e linhaça (fitoestrogénios) – derivados de planta com o mesmo efeito que os estrogénio.
- Suplementos – isoflavonas de soja, vitamina E, cálcio, ómega 3, probióticos e melatonina, extratos de pólen.

<p><b>EXERCÍCIO FÍSICO</b></p> <p><b>Exercício físico com impacto e regular (corrida/caminhadas)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promove produção de estrogénio.</li> <li>✓ Ativa circulação.</li> <li>✓ Aumenta a secreção de endorfinas.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Melhora sintomas vasomotores;</li> <li>○ Melhora o humor;</li> <li>○ Melhora qualidade do sono;</li> <li>○ Preserva massa muscular e flexibilidade articular;</li> <li>○ Aumenta a densidade óssea;</li> <li>○ Diminui massa gorda com controlo lipídico;</li> <li>○ Previne D. Cardiovasculares.</li> </ul>	<p><b>AUTOCUIDADO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Uso de lubrificantes durante as relações sexuais.</li> <li>➢ Uso de creme vaginal - hidrata a mucosa vaginal e protege contra infeções vulvovaginais, também pode ser utilizado com lubrificante.</li> <li>➢ Uso de cremes/óleos hidratantes nos cuidados corporais.</li> <li>➢ Uso de gel íntimo adequada para a menopausa.</li> <li>➢ Uso de tecidos que permitam a pele respirar, melhorando os sintomas vasomotores.</li> <li>➢ Realização de exercícios de Kegel ao longo do dia, se necessário com recurso a pesos ou vibradores.</li> </ul>
<p><b>CONTRACEÇÃO</b></p> <p><b>Importante porque, 25% dos ciclos menstruais irregulares, podem ser com ovulação.</b></p> <p><b>Após o 40-45 anos importante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Avaliar o método que estão a fazer.</li> <li>➢ Perceber se pode continuar a fazer o método até à menopausa ou ponderar outro (mulheres com hipertensão, diabetes, grandes fumadores, obesidade – não é elegível o uso de CHC) – <b>Escamiebar para FUMO ou MGF</b>.</li> <li>➢ A contraceção hormonal combinada pode ser utilizada até aos 50 anos em mulheres saudáveis e não fumadoras.</li> <li>➢ A contraceção com progestativo isolado, DIU-Cu, SIU-LNG, método barreira pode ser mantida até ao diagnóstico de menopausa, ou até aos 55 anos.</li> </ul>	<p><b>THS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Terapêutica Hormonal de Substituição – é uma prescrição médica com necessidade de avaliação clínica e laboratorial.</li> <li>➢ A utilização de THS deve ser utilizada em conjunto com um método contraceptivo progestativo que promova a proteção do útero contra o efeito hiperplásico do estrogénio.</li> <li>➢ A THS não substitui as estratégias para um estilo de vida saudável.</li> <li>➢ A THS só pode ser utilizada até 10 anos após a menopausa, com idade inferior a 60 anos.</li> </ul>
<p><b>7. Conclusões</b></p> <p>Na consulta pretende-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Educar sobre os sinais de alerta e estratégias facilitadoras;</li> <li>✓ Abordagem aos métodos contraceptivos;</li> <li>✓ Oportunidade para o RCCU.</li> </ul> <p>Para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Percecionar uma atitude positiva relativo ao climatério.</li> </ul>	<p><b>Referências</b></p> <p>Anjo, C. E. (2021). <i>Estilo de Vida, Sintomas Climáticos e Qualidade de Vida na Menopausa</i> [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa.</p> <p>Campos, R. F., Morgado, M. E. A., Barata, L. da S., Carvalho, V. F. da S., &amp; Silva, J. M. de O. (2022). Climatério e menopausa: conhecimento e condutas de enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde. <i>Revista de Enfermagem Do UFSM</i>, 22, 443. <a href="https://doi.org/10.54002/197982924607">https://doi.org/10.54002/197982924607</a></p> <p>Carreiro, M. do E. S. G., Silva, P. A., Marik, G. W. S., Pereira, R. A., Couto, G. B. de, &amp; Dias, A. E. (2020). ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHER CLIMATÉRIA: ESTRATÉGIAS DE INCLUSÃO NA ROTINA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. <i>Revista Enfermagem</i>, 4.</p> <p>Duchoux, S. V., Dupressat-Alarcón, P., Flores-Hernández, S., Pflanz, C., &amp; Pérez-Carvajal, R. (2013). Integrative health care model for climacteric stage women: design of the intervention. <i>BMC women's health</i>, 13, 9. <a href="https://doi.org/10.1186/14752875-13-9">https://doi.org/10.1186/14752875-13-9</a></p> <p>Freitas, E. R., Barbosa, A. I. G., Reis, C. D. A., Ramada, R. F., Moreira, L. C., Gomes, L. B., Vieira, J. D. O., &amp; Teixeira, J. M. D. S. (2016). Educação em saúde para mulheres no climatério: impacto na qualidade de vida. <i>Atividade e Climatério</i>, 23(1), 37-43. <a href="https://doi.org/10.1007/s00133-016-0240-7">https://doi.org/10.1007/s00133-016-0240-7</a></p> <p>Seção Portuguesa de Menopausa. (2022). <i>Consenso Nacional sobre MENOPAUSA</i>.</p> <p>Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2020). <i>CONSENSO SOBRE CONTRAÇÃO</i> 2020 (pp. 75-75).</p>



## Consulta de Enfermagem Menopausa

ENF.ª JOANA PINTO Nº 23D000147 (AE)  
10ª MESMO – IP SANTARÉM

**OBRIGADA!**

## Contributos no Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

### Choro


- Pensar:
  - Fome;
  - Fralda suja;
  - Dor/desconforto;
  - Sono;
  - Mimo;
- O que fazer:
  - Atitude calmam;
  - Falar/cantar calmamente;
  - Envolvê-lo;
  - Chucha;
  - Massagem;
  - Despistar patologias;



32

### Técnicas dos 5 S para acalmar o bebé

- Swaddling – imobilizar;
- Side/Stomach position – posicionar de lado ou de barriga para baixo (apenas para relaxar, não para dormir);
- Shushing – fazer o som shhhhh;
- Swinging – embalar;
- Sucking – sucção;



33

### Fezes do bebé

- Até ao 3º dia de vida - mecônio (fezes pretas esverdeadas, tipo pastoso);
- Do 3º ao 7º dia de vida – transição - esverdeadas/amareladas;
- Após o 7º dia de vida - maduras - fezes de leite;



➢ **Sinais de alarme** : fezes vermelhas ou brancas!

19

### Urina do bebé

- Mais ou menos 1 micção por mamada;
- Cristais de urato:



### Agenda/ Apontamentos do pai

- **Duração da gravidez:**
  - 1º trimestre - Conceção até 13semanas +6dias;
  - 2º trimestre - 14º semana até 27+6dias;
  - 3º trimestre - 28 semanas até 42 semanas;
  
- **Data provável do parto:** \_\_\_\_\_
  
- **Sinas de Alerta:**
  - Prurido na palma das mãos;
  - Corrimento vaginal com odor, ardor e prurido;
  - Perda de líquido pela vagina;
  - Dor ou ardor a urinar;
  - Dor abdominal / pélvica;
  - Febre;
  - Vómitos persistentes;
  - Visão turva;
  - Cefaleias intensas e continua;
  - Perdas de sangue;
  - Diminuição dos movimentos fetais;

AGENDA			DATAS					
<b>Consultas</b>	<u>Médico</u>	Cetro de saúde						
		Privado						
	<u>Enfermeira</u>							
<b>Análises</b>								
<b>Ecografias</b>								
<b>Vigilância no hospital</b>								

**Duvidas:**

---



---

**ANEXO V – Atividades Desenvolvidas no Campo de Estágio – ESMO na  
Sala de Partos**

**Poster – Parir em Movimento e Parto Verticalizado**

## PARIR EM MOVIMENTO E PARTO VERTICALIZADO

Parir em movimento e a adoção de posições mais verticalizadas, para além de alterar a morfologia da bacia, o que facilita o encravamento, descida e rotação do feto até à expulsão, tem os seguintes benefícios:

- ✓ Melhora o fluxo uteroplacentário;
- ✓ Evita trabalhos de parto instrumentados;
- ✓ Diminui o tempo do trabalho de parto;
- ✓ Maximiza os esforços expulsivos~;
- ✓ Diminui incidência de episiotomias;
- ✓ Promover o controlo da dor;
- ✓ Facilita a vinculação;

**Pequena Bacia**

- I Estreito superior da bacia
- II Maior diâmetro da escavação pélvica – estreito médio (escavação)
- III Menor diâmetro da escavação pélvica – estreito médio (escavação)
- IV Estreito inferior da Bacia

**Plano de Hodge**

- I Plano de Abertura Superior – apresentação alta e movel
- II Plano de Maior Diâmetro - apresentação alta e apoiada
- III Plano de Menor Diâmetro – apresentação encravada
- IV Plano de Abertura Inferior – apresentação a coroar

Planos da Bacia	Movimentos	Efeito na Bacia	
I Plano – Ampliar o estreito superior	Relaxamento ligamento sacroilíaco (uso de calor, costas sem encosto)	Contra nutação sacro	
	Extensão das pernas	Contra nutação Iliaca	
	Adução das pernas (cruzar)	Abdução Iliaca	
	Flexão < 90° e Rotação externa das pernas	Supinação Iliaca	
II e III Plano – Ampliar o estreito médio e facilitar o assinclitismo	Flexão < 90° e Rotação <u>externa</u> das pernas	Supinação Iliaca e Rotação Externa Iliaca	
	Flexão < 90° e Rotação <u>interna</u> das pernas	Pronação Iliaca e Rotação Interna Iliaca	
III e IV Plano – Ampliar o estreito médio e Inferior	Flexão e Rotação interna das pernas	Pronação Iliaca	
	Abdução das pernas (afastar)	Adução Iliaca	
	Flexão pernas > 90°	Nutação Iliaca	
IV Plano – Manter a amplitude do estreito inferior	Relaxamento e amplitude dos movimentos assimétricos, uso de calor e esticar braços para cima	Nutação sacro	

Posições para Parir	Litotomia	Na cama de lado	De gatas	Sentada no banco	Cócoras	Sentada na cama
---------------------	-----------	-----------------	----------	------------------	---------	-----------------

Elaborado por Enfª e Aluna de MESMO Joana Pinto

**IPOLITÉCNICO DE SANTARÉM**

## Apresentação – Parir em Movimento e Parto Verticalizado



**Parir em Movimento  
Parto Verticalizado**

EMF. F. JOANA PINTO Nº 230800142 (AE)  
10º MESMO – IP SANTARÉM

**ÍNDICE**

1. Objetivos Gerais
2. Enquadramento
3. Canal de Parto
4. Planos Pélvicos
5. Abordagem
6. Movimentos da Bacia
7. Posições para Parir
8. Referências

---

### 1. Objetivos Gerais

- Sensibilizar equipa de enfermagem sobre a importância do movimento no trabalho de parto;
- Mobilizar conhecimentos sobre movimentos pélvicos;
- Demonstrar posicionamentos facilitadores da progressão do trabalho de parto e período expulsivo;
- Uniformizar cuidados;

### 2. ENQUADRAMENTO

Parir em movimento e a adoção de posições mais verticalizadas, para além de alterar a morfologia da Bacia, o que facilita o movimento de descida e posição do feto até à expulsão, tem os seguintes benefícios:

- Melhora o fluxo uteroplacentário e melhora a ventilação pulmonar materna;
- Evita trabalhos de parto instrumentados, pois melhora a estatística fetal e promove o aumento dos diâmetros pélvicos;
- Diminui o tempo do trabalho de parto, uma vez que maior eficiência das contrações uterinas pela melhor circulação uterina;
- A ação da gravidade favorece o encaixe, e descida da apresentação fetal, maximiza os esforços expulsivos e diminui incidência de episiotomias;
- Promove o controlo da dor, uma vez que a mulher pode optar por posições mais confortáveis, havendo libertação de endorfinas e assim diminuir a sensação dolorosa;
- Facilita a vinculação, pois permite a mulher participar no nascimento do filho;

---

### 3. Canal de Parto – 2 trajetos:

**DURO:** Bacia (2 ilíacos, 1 sacro, 1 cóccix)

**MOLE:** Vagina e tecidos moles

Grande Bacia ou Falsa Bacia

Pequena Bacia ou Verdadeira Bacia





Pequena Bacia – Curva de Carus

---

### 4. Planos Pélvicos



Plano de Hodge      Plano De Lee

### Planos Pélvicos



Plano de Hodge

- I Plano de Abertura Superior – apresentação alta e móvel
- II Plano de Maior Diâmetro - apresentação alta e apolada
- III Plano de Menor Diâmetro – apresentação encaixada
- IV Plano de Abertura Inferior – apresentação a coroar

---

### 5. Abordagem – O que pensar?

Plano de Hodge / Lee

Ouvir a Parturiente

Relaxamento e Movimentos

Aumenta o diâmetro da bacia

O feto posiciona-se em função dos tecidos que o rodeiam, de acordo com o espaço que estes permitem!

### 6. Movimentos da Bacia

- Movimentos Extrínsecos** – bacia só se movimenta em bloco, apenas se move os ossos adjacentes: coluna e fémur (articulação coxofemoral e sacrolombar).
- Ampliando os movimentos** – há tração dos ossos da Bacia.
- Movimentos intrínsecos** – bacia move-se sobre si mesma, alterando a morfologia interna da bacia (articulação sacroilíaca e sínfise púbica).

Manter-se em cada movimento/posição durante 3 contrações ou 10 min.

---

### I Plano de Abertura Superior

❖ Relaxamentos dos ligamentos - Efeito na Bacia / Exercícios:

**Ligamentos sacroilíacos (estão sobre tensão)** → Contra natação sacro →



**Através:**

- Costas sem encosto (sentada na cama ou na bola, de gatas com braços apoiados na bola);
- Duche de água quente;
- Sacos de água quente na região lombar;

### I Plano de Abertura Superior

❖ Posicionamentos/movimentos – Efeito na Bacia:

**Extensão das pernas**

↓

Contra natação ilíaca



**Adução das pernas (cruzar)**

↓

Abdução ilíaca



**Flexão < 90º e Rotação externa das pernas**

↓

Supinação ilíaca



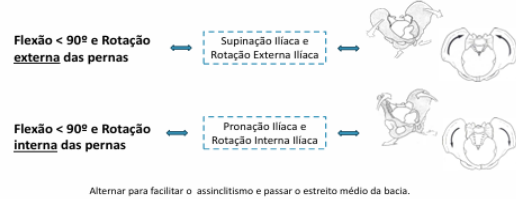
### I plano de abertura superior

#### ❖ Posicionamentos/movimentos – Exercícios:

- De pé:
  - Ligeira flexão de uma perna à frente com outra em extensão;
  - Com pernas cruzadas;
- Gatas com gola à frente (pernas semi fletidas e rotação externa) e ir inclinando à frente na bola (pernas em extensão);
- Sentada na bola de pilates:
  - Com pernas semi-fletidas (<90°) e rotação externa (abertura não muito das pernas) – inclinar o corpo de um lado para o outro (passar o peso de uma perna para a outra- movimento extrínseco);
- Sentada na cama:
  - Sentada na bola achatada para sacro livre com pernas à chineis;
  - Sentada com pernas abertas, bola no meio das pernas e inclinar troco para a bola;
- De lado na cama:
  - Com bola amendoim entre as pernas (rotação externa), com perna de baixo em extensão;
  - Com perna cruzada;

### II e III plano de maior e menor diâmetro

#### ❖ Posicionamentos/movimentos – Efeito na Bacia:



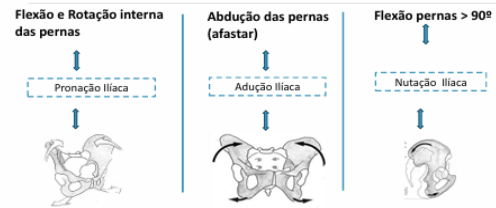
### II plano de maior diâmetro

#### ❖ Posicionamentos/movimentos – Exercícios:

- Movimentos extrínsecos:
  - Retroversão e anteversão
  - Circundação
  - Translação
- Gatas com gola à frente (pernas semi fletidas e rotação externa/interna - alternar).

### III plano de menor diâmetro e IV Plano de Abertura Inferior

#### ❖ Posicionamentos/movimentos – Efeito na Bacia:



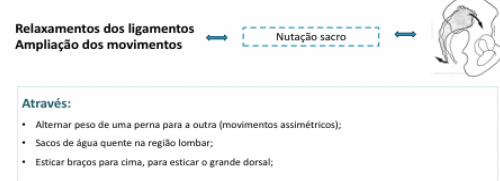
### III plano de menor diâmetro e IV Plano de Abertura Inferior

#### ❖ Posicionamentos/movimentos – Exercícios:

- Movimentos extrínsecos- mover em círculo para a esquerda/direita, para frente/trás;
- Sentada na bola de pilates:
  - com pernas > 90° com rotação interna das pernas, mas afastadas;
- De gatas:
  - pernas em rotação interna, bola em frente nos braços, quando vem contração ir para trás para fletir as pernas > 90°;
  - com bola nos braços, fazer assimetrias com as pernas;
- De pé:
  - Agachamento (flexão >90°) apoiada com braços na mesa/cama;
- Deitada de lado:
  - Com bola amendoim entre as pernas, na zona dos tornozelos para fazer rotação interna;

### IV plano de abertura inferior

#### ❖ Relaxamento/Posicionamentos - Efeito na Bacia / Exercícios:



## 7. Posições para Parir - Esforços expulsivos

#### ❖ Posicionar para parir:



## Referências

Catalis-germain, B. & Parik, N.V. (2010) Parir en movimiento: las movilidads de la pelvis en el parto. Barcelona: la lebre de marzo, s.l.  
 Catalis-germain, B. & Parik, N.V. (2010) El periné femenino y el parto: Elementos de anatomina y bases de ejercicios. Barcelona: la lebre de marzo, s.l.  
 Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. de. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho do Parto. In Lidel (Ed.), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp. 335–347).  
 Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A. B., Casal, E., & Pereira, A. (2018). Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. Acta Obstet Ginecol Port, 12(4).



**Parir em Movimento Parto Verticalizado**

ENF.ª JOANA PINTO Nº 230800147 (AE)  
10ª MESMO – IP SANTARÉM

## **ANEXO VI – Atividades Desenvolvidas no Campo de Estágio – ESMO em Ginecologia**



**ANEXO VII – Atividades Desenvolvidas no Campo de Estágio – ESMO na  
Gravidez Patológica**

## Folheto – Diabetes Gestacional



### Medicação

Para além das medidas anteriores, também poderá ser necessário controlar os valores da glicémia através de medicação, caso haja indicação médica.

### No pós-parto?

Após 6 a 8 semanas do parto, irá realizar uma nova PTGO, para se identificar se ficou com diabetes após a gravidez ou se foi apenas durante a gestação.

Um estilo de vida saudável, através da alimentação e do exercício físico é importante para manter o seu bem-estar físico e mental, tão essenciais no pós-parto. Sentir-se bem consigo mesma é crucial para cuidar de si e do seu bebé.

#### Referências

Almeida, M. do C., Doras, J., Vicente, L., Paiva, S., & Ruas, L. (2017). Consenso "Diabetes Gestacional": Atualização 201.

Direção Geral da Saúde. (2011). *Norma DGS - Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional* (007/2011).

Inácio, I. (2016). Diabetes Gestacional . In Lidel (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materno e Obstétrica* (pp. 200-205).

Teixeira, A., Marinho, R., Mota, I., Castela, I., Moraes, J., Pestana, D., Calhau, C., Sousa, S. M., Bica, M., Lopes, S., Nabais, P., Vasconcelos, F. M. de, Moreira, P., Graça, P., & Gregório, M. J. (2021). *ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA GRAVIDEZ* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). www.dgs.pt



## Diabetes Gestacional



Elaborado por Joana Pinto MESMO

### O que é a Diabetes Gestacional?

A diabetes gestacional é o aparecimento de níveis elevados de glicose no sangue, causado pela resistência à insulina (hormona produzida no pâncreas, que permite a entrada de glicose para dentro das células), associados à gravidez.

Isto ocorre porque, durante a gravidez, as hormonas essenciais para o desenvolvimento da gravidez e do feto, bloqueiam parcialmente a ação da insulina. Na maioria das vezes o pâncreas reage a esta situação, produzindo uma quantidade adicional de insulina, suficiente para ultrapassar a resistência a estas hormonas. No entanto, se isto não acontecer a glicose acumula-se na corrente sanguínea da grávida, levando à diabetes gestacional.

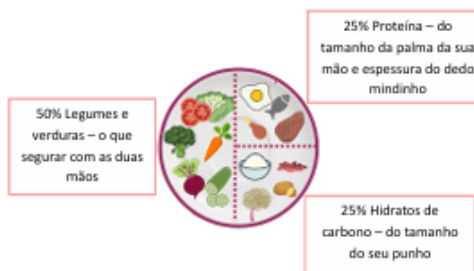


### Diagnóstico

Pode ser diagnosticada no 1º trimestre da gravidez, se o valor da análise da glicémia plasmática em jejum for  $\geq 92$ . Caso esteja normal, irá realizar, entre as 24-28 semanas de gestação, a prova de tolerância à glicose oral (PTGO), para determinar se tem diabetes gestacional.

#### Almoço e Jantar:

- ✓ Iniciar com sopa de vegetais – substituir batata por Courgette ou Chuchu
- ✓ **Distribuição do prato** – Quantidades:



- ✓ Hidratos de Carbono - massa, arroz, pão, batata ou macarrão
- ✓ Proteína vegetal (feijão, grão-de-bico, soja, lentilhas, favas, ervilhas) ou animal (ovo, carne ou peixe);

❖ **Nota:** se ingerir leguminosas (proteína vegetal) reduzir a quantidade dos hidratos de carbono, pois as leguminosas também são consideradas hidratos de carbono.

**Exemplo de um plano alimentar**

Pequeno-almoço:

- ✓ Iogurte natural ou leite magro ou ovo (mexido ou cozido)
- ✓ 2 colheres sopa de flocos de aveia /cereais integrais ou 1 fatia de pão integral ou de mistura
- ✓ 1 colher chá linhaça, chia ou girassol
- ✓ Fruta
- ou
- ✓ Panquecas (ovo, aveia, meia banana/maçã) com manteiga amêndoa 100% e fruta

Meio da manhã / lanche (1 ou 2) / ceia:

Proteína:

- ✓ Iogurte natural ou leite ou queijo magro
- ✓ Para barrar - manteiga de amêndoa 100% ou queijo magro de barra

Hidratos de carbono de absorção lenta:

- ✓ 2 tostas de centeio ou de trigo
- ou
- ✓ 2 bolachas de arroz ou marinheiras
- ou
- ✓ 1 fatia de pão integral ou centeio

Hidratos de carbono de absorção rápida:

- ✓ 1 peça de fruta

Gorduras saudáveis:

- ✓ 3 a 6 frutos secos (amêndoa, nozes)

**Se não for controlada pode haver complicações...**

**Para a grávida**

- Infeções urinárias
- Hipertensão
- Parto pré-termo
- Aborto
- Parto complicado (demorado, instrumentado)

**Para o bebé**

- Hipoglicémia após nascer
- Macrossomia (peso > 4kg)
- Trauma no parto
- Síndrome de dificuldade respiratória
- Icterícia neonatal

**Como controlar?**

É importante controlar os valores da glicémia no sangue para prevenir possíveis complicações.



**Autovigilância da glicémia**

Jejum (6-8h de jejum)	70 - ≤ 95
1h após o início do pequeno-almoço, almoço e jantar	90 - ≤ 140



**Controlo do peso**

Ganho ponderal aconselhado durante a gravidez está associado ao Índice de Massa Corporal prévio à gravidez.



**Exercício Físico**

O exercício físico ajuda a controlar o peso, a tensão arterial e a glicémia.

Realize uma caminhada após as refeições (30min/dia), caso não haja contra-indicação médica.



**Alimentação Equilibrada**

Realizar diariamente uma alimentação equilibrada, completa e variada, ajudará a controlar os níveis de glicémia.

**Recomendações:**

- ✓ Comer de 3/3horas – **6 refeições/dia**;
- ✓ Não ultrapassar um jejum noturno de 8h;
- ✓ Comer devagar e mastigar bem os alimentos;
- ✓ Preferir métodos de culinária como cozidos, grelhados, estufados, cozidos a vapor assados sem gorduras;
- ✓ Temperos com pouco sal e azeite, privilegie ervas aromáticas;
- ✓ Ingerir 1,5l a 2l de água por dia.

**Evitar:**

- ✗ Evite fritos, refogados, guisados, molhos;
- ✗ Evitar consumo de cafeína;
- ✗ Eliminar bebidas alcoólicas;
- ✗ Evitar alimentos ricos em açúcar ou açúcares adicionados (bolachas, doces, refrigerantes/sumos...);
- ✗ Evitar alimentos com gorduras (charcutaria, alimentos processados, fast food).

**O que comer?**

- ✦ Ler os rótulos dos alimentos e dar preferência a alimentos com menos teor de açúcar, gordura e sal.



- ✦ Preferir lactínios com menor teor de gordura e sem adição de açúcar;
- ✦ Alternar peixe, carne e ovos, dando preferência ao peixe gordo e a carnes magras;
- ✦ Reforçar o consumo de hortaliças e legumes;
- ✦ Consumir fruta com moderação (3 peças/dia) e associada a um hidrato de carbono de absorção lenta;
- ✦ Distribuir os hidratos de carbono pelas 6 refeições;
- ✦ Importante consumir macronutrientes (ferro, iodo, cálcio), vitaminas e fibras (chia, girassol, linhaça);

**Quantidades:**



# Massagem Perineal Prevenção de lacerações

A massagem perineal (massagem realizada na região íntima da mulher) é uma das estratégias profiláticas para reduzir a incidência e a gravidade de lacerações durante o parto.



Através da massagem perineal, consegue-se:

- ◆ Melhorar a elasticidade dos tecidos;
- ◆ Reduzir a resistência muscular;
- ◆ Aumentar o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos;
- ◆ Diminuir a dor na distensão dos tecidos;

## Quando realizar?

- ◆ Pode ser realizado a partir das 34 semanas de gestação, caso não haja contraindicação médica. Fale com o seu médico ou enfermeiro antes de iniciar.

## Como realizar?

- ◆ Pode realizar a si mesma, ou ser feita pelo seu companheiro.
- ◆ Escolha um lugar calmo e onde fique relaxada.
- ◆ Lave as mãos e certifique-se que não ter as unhas compridas.
- ◆ Lubrifique os dedo com lubrificante à base de água e sem fragrâncias ou pomada para massagem do períneo;
- ◆ Na primeira vez, pode utilizar um espelho para ver a zona onde aplicar a massagem.

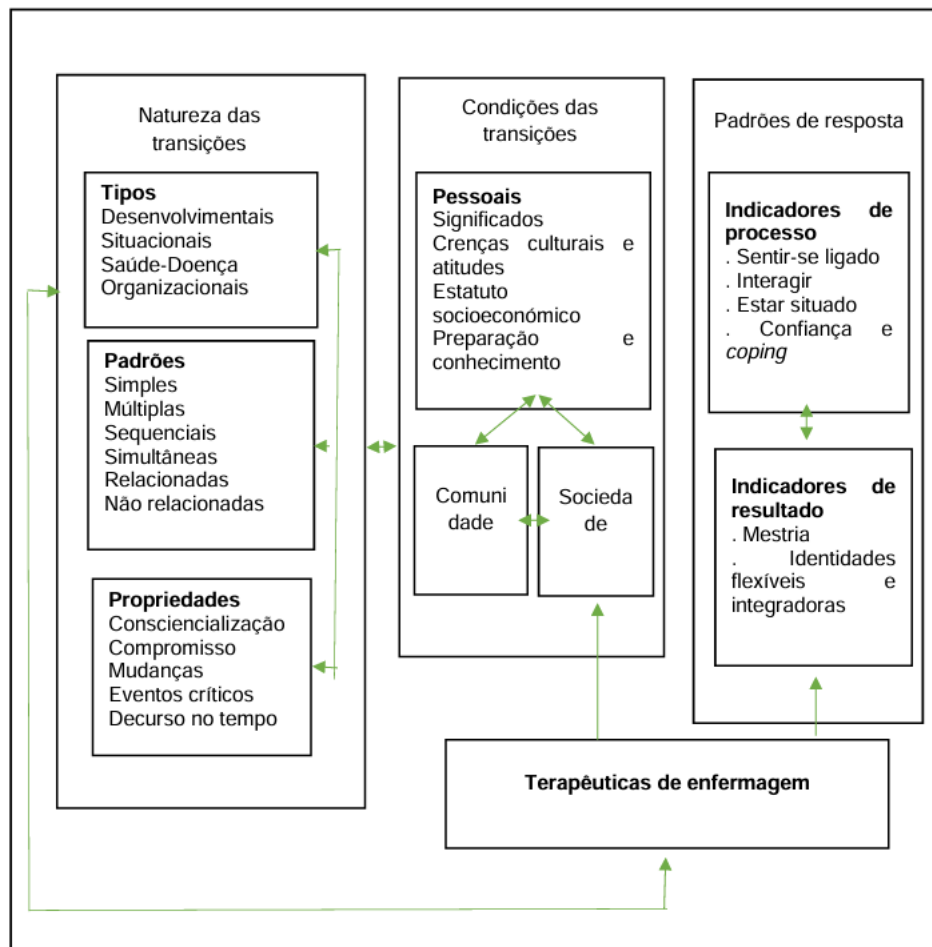
## Técnica:

- ✓ De pé elevando uma perna sobre um banco, deitada ou de cócoras.
- ✓ Massajar 2 a 3x por semana durante 5-10 min.
- ✓ Massajar lentamente a parte inferior da vagina, com o movimento de um "U".
- ✓ Coloque os dedos polegares dentro da vagina e pressione para baixo em direção ao ânus e para os lados, mantendo cada posição durante 1 min.



Referências:  
Zúñiga-González M, Luján-Rodríguez R, Gómez-Borja L, & López-Rodríguez J F. (2021). Prevalence of perineal tear peripartum after two prepartum perineal massage techniques: a non-randomized controlled trial. *Journal of Clinical Medicine*, 20(21). <https://doi.org/10.3390/jcm202110504>  
Zúñiga-González M, Luján-Rodríguez R, Gómez-Borja L, & López-Rodríguez J F. (2020). Perineal Massage during Pregnancy for the Prevention of Postpartum Urinary Incontinence: Controlled Clinical Trial. *Medicine (Baltimore)*, 20(20). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001646>  
Chen, D., Gu, X., Fu, S., & Han, Y. (2022). Effect of Perineal Perineal Massage on Postpartum Perineal Injury and Postpartum Complications: A Meta-Analysis. *Gynecological and Obstetrical Methods in Medicine*, 20(2). <https://doi.org/10.1155/2022/2012352>

## **ANEXO VIII – Teoria de Médio Alcance das Transições**



(Meleis et al., 2000).

## **ANEXO IX – Protocolo Scoping Review**

# **PROCESSO DE TRANSIÇÃO NO CLIMATÉRIO – ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA: UMA SCOPING REVIEW**

## **Reviewers**

Pinto, Joana<sup>8</sup> 230000147@essaude.ipsantarem.pt

Carreira, Teresa<sup>9</sup> Teresa.carreira@essade.ipsantarem.pt

## **Resumo**

**Objetivo:** Mapear a evidência científica sobre as estratégias do EEESMO promotoras de qualidade de vida da mulher no climatério.

**Introdução:** O climatério traduz-se num processo biológico, no qual a mulher pelo hipoprogesteronismo sofre alterações a nível biológico que irão afetar a parte social e psicológica da mesma. Posto isto, torna-se imprescindível dar resposta às suas necessidades, capacitando-a para que esta tenha controlo na sua saúde e promova a qualidade de vida.

**Crítérios de inclusão:** Participantes: Mulheres dos 45 aos 55 anos e família; Conceitos: Qualidade de Vida, Cuidado de Enfermagem, Saúde da Mulher, Climatério; Menopausa; Contexto: Aberto; Tipos de Estudo: Todos os tipos de desenho de estudo, com menos 10 anos e *full text*.

**Métodos:** A análise proposta nesta *scoping review* foi desenvolvida de acordo com a metodologia proposta por Joanna Briggs Institute.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Cuidados de Enfermagem, Saúde da Mulher, Climatério;

---

<sup>8</sup> Estudante do 10º CMESMO, Escola Superior de Saúde-IPSantarém, UMIS\_ESSS

<sup>9</sup> Professora ESSS\_IPSantarém; Subcoordenadora Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

## Abstract

**Objective:** To map the scientific evidence on EEESMO strategies that promote quality of life for women in the climacteric.

**Introduction:** Menopause is a biological process in which women undergo biological changes due to hypoestrogenism that affect them socially and psychologically. That said, it is essential to respond to their needs, empowering them to take control of their health and promote their quality of life.

**Inclusion criteria:** Participants: Women aged 45 to 55 and their families; Concepts: Quality of Life, Nursing Care, Women's Health, Menopause; Context: Open; Types of sources: All types of study designs, less than 10 years old and full text.

**Methods:** The analysis proposed in this scoping review was developed according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute.

**Keywords:** Quality of Life, Nursing Care, Women's Health, Menopause.

## Introduction

A vigilância da mulher inicia-se com a menarca, continua no decurso da idade fértil, no planeamento e vigilância da gravidez e, continuamente, no sentido de promover um envelhecimento saudável. Durante a sua vida reprodutiva, especialmente na gravidez, esta vigilância intensifica-se e, após esta fase de vida, a mulher maioritariamente procura os cuidados de saúde no sentido de obter terapias de reposição hormonal e realizar exames complementares de diagnóstico. Ou seja, a procura e os cuidados são focalizados na prevenção de processos patológicos, descorando a promoção da qualidade de vida nesta etapa de vida (Silva et al., 2015).

O climatério, segundo Utian (1999 – citado por Silva et al., 2015), inicia-se por volta dos 45 anos, sendo considerado um processo biológico ao longo do qual ocorre o declínio progressivo da função ovárica (por hipoestrogénio), levando a um conjunto de sinais e sintomas (síndrome do climatério) da mulher com alterações biológicas, sociais e psicológicas, que podem comprometer a sua qualidade de vida. Sendo elas alterações do sono, irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos, alterações de humor, síndrome geniturinária, comprometimento da atividade sexual, alterações cutâneas, complicações cardiovasculares, osteoporose e doenças neurocognitivas, que ocorrem de acordo com a fase do climatério (Freitas et al., 2016; Secção Portuguesa de Menopausa, 2021). Segundo os dados de um inquérito de 2018, com mulheres entre os 45 e os 55 anos, divulgados pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia, mais de metade (57%) afirmava que os sintomas da menopausa interferem com a sua vida diária (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018).

Neste sentido, a abordagem à mulher nesta fase de vida requer uma visão holística, permitindo dar resposta a todas as suas necessidades individuais e capacitando-a no processo de adaptação, permitindo que estas tenham qualidade de vida. Esta abordagem é considerada multidimensional, influenciada por fatores biopsicossociais e diferente de pessoa para pessoa, uma vez que a sua atitude e perceção relativa ao climatério também irá influenciar, sendo que uma associação de autoconfiança leva a melhores resultados (Freitas et al., 2016).

Durante o climatério a mulher vai sofrendo alterações biopsicossociais, o que leva a um conjunto de transições ao longo desse período. Segundo Afaf Meleis, uma transição consiste em passar de algo estável para outro igualmente estável, requerendo para tal, que as pessoas sejam incorporadas de conhecimento, de alterações do seu comportamento e mudanças na definição de si mesmo (Meleis et al., 2000). A Teoria das Transições de Afaf Meleis é constituída por: natureza das transições, condições de

transição, padrões de resposta e terapêutica de enfermagem. Assim, segundo a teoria, as características na natureza das transições no climatério podem ser do tipo: saúde-doença (alterações na qualidade de vida, os desconfortos, situações patológicas); situacional (alteração de papéis, saída dos filhos de casa); organizacional (mudanças no trabalho, reforma, implicações económicas) e de desenvolvimento (mudanças no ciclo vital). Sendo que todas estas transições podem ter um padrão simples (apenas uma), múltiplos (mais do que uma), sequenciais (com intervalo de tempo diferente entre elas) ou simultâneos (relacionadas umas com as outras) (Meleis et al., 2000). Para além destas características, a natureza das transições possui propriedades que são essenciais e influenciam a experiência da transição. Estas estão inter-relacionadas, uma vez que a perceção de que está a experienciar essa mesma transição (como o reconhecimento das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais), irá influenciar a forma como o indivíduo se adapta, se envolve e se empenha no seu processo de transição (Guimarães, 2016). Neste sentido, o que se pretende com as intervenções do EEESMO é que a mulher/família consiga atingir uma perceção positiva, ou seja, sendo proativo na procura de cuidados e de informação, para atingir a qualidade de vida, que seja empoderado.

Segundo Kayser, o *empowerment*, quando relacionado com a saúde, pretende dotar o indivíduo e a família de literacia em saúde e capacidades para contribuir nas decisões relacionadas com o seu estado de saúde (Kayser et al., 2019). Da mesma maneira incentiva a mudança, através da aquisição de competências cognitivas e comportamentais (Pereira, 2017, citado por (Amendoeira, 2022) “(...) desenvolver autoconfiança, autoestima e habilidades de enfrentamento para gerenciar os impactos de sua doença na vida cotidiana” (Kayser et al., 2019,p.3), promovendo a qualidade de vida. Também, Antonovsky (1996), refere que através de atividades educativas e preventivas, se permite atingir o bem-estar físico, mental e social, num sentido proativo onde, através do conhecimento, consigam tomar decisões informadas para terem controlo sobre a sua própria saúde.

Todas as transições desencadeiam mudanças e para compreendê-las é fundamental identificar os efeitos e seus significados. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida define-se como “*individuals perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns*” (World Health Organization [WHO], 2012, p. 11). Trata-se de um conceito abrangente que engloba questões relacionadas com o domínio: Físico (dor/desconforto, energia/fadiga, dormir/descansar, nível de independência - dependência de medicamentos,

capacidade de trabalho, atividades de vida diária afetadas por outros domínios); Psicológico (sentimentos positivos, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal/aparência, sentimentos negativos); Relações Sociais (relacionamento com pessoas, apoio social, atividade sexual); e Ambiente (recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de acesso à saúde e assistência social, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação e lazer) (WHO, 2012). Ou seja, a experiência vivenciada durante as transições, leva a mudanças que podem afetar qualquer domínio, afetando a qualidade de vida do indivíduo, assim como cada domínio pode também influenciar a experiência de transição. Cabe ao EEESMO conhecer os condicionantes pessoais, sociais e da comunidade que facilitam o processo de transição saudável, de modo a implementar estratégias promotoras de qualidade de vida (Meleis et al., 2000). No que concerne ao climatério, o EEESMO pode intervir no condicionante pessoal, de modo a promover um significado positivo da transição, desmitificando estigmas existentes em relação ao climatério, implementando estratégias que promovam a saúde mental, realizando a preparação e fornecendo conhecimentos prévios, uma vez que estes conhecimentos facilitam “(...) a experiência de transição, ao passo que a falta de preparação e de conhecimento é um inibidor (...)” (Guimarães, 2016, p. 3). Ao nível da comunidade e parte social, o EEESMO deve envolver sempre a família no seu processo de cuidados e fornecer toda a informação referente aos apoios e recursos sociais que existem.

Através dos padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) ao processo de transição, consegue-se determinar se a transição foi saudável para que o indivíduo tenha qualidade de vida. Assim, as intervenções do EEESMO pretendem que o indivíduo: se sinta ligado e que interaja com redes sociais de apoio (família, profissionais de saúde e pessoas na mesma situação), de modo a ajustar os comportamentos de resposta às transições; e que esteja situado no tempo e espaço, de modo a desprender-se do passado e enfrentar os novos desafios, utilizando os recursos e desenvolvendo estratégias para adquirir confiança e lidar com a situação. Para além de isto, os indicadores de resultado pretendem que o indivíduo tenha “maestria” (domine novas competências) e que integre a identidade (reformulação de identidade, mais fluida e dinâmica) (Guimarães, 2016). Ou seja, se as mulheres nesta fase de vida tiverem conhecimentos e apoios suficientes, irão sentir-se mais interligadas e em interação, desenvolvendo autoconfiança para lidar melhor com o processo de transição no climatério.

O EEESMO, para além de compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição, tem de prestar um cuidado “(...) humanizado, científico,

compartilhado e holístico, o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e de sua família, no decorrer do seu ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade” (Guimarães, 2016, p. 4). Dando assim resposta às necessidades reais do indivíduo para alcançar a qualidade de vida.

Assim, segundo Meleis e as competências específicas do EEESMO, o EEESMO “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa “, onde, através da prática baseada na evidência, o EEESMO: Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio, de promoção e proteção da saúde durante o climatério, prevenindo complicações associadas ao climatério e referenciando as situações que estão além da sua área de atuação; Identifica, informa e orienta a mulher sobre as alterações associadas ao climatério e os recursos disponíveis; Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções e medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com alterações/patologias associadas ao climatério, incluindo conviventes significativos; Cooperar com outros profissionais de saúde no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério (OE, 2019c). Estes cuidados de enfermagem, para além de serem executados com base na fundamentação teórica já referida, permitem também corresponder aos padrões de qualidade definidos no regulamento dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021). Assim, através destas competências consegue-se **promover a saúde e prevenir complicações, organizando os cuidados de enfermagem** com atividades de educação para informar e capacitar o utente, onde o princípio do foco dos cuidados é o utente e a **satisfação das suas necessidades**, de modo a alcançar a qualidade de vida (Amendoeira, 2022; OE, 2021). Tal como Meleis afirma na sua Teoria das transições, o enfermeiro deve conhecer as condicionantes da transição, ou seja, identificar as suas necessidades e ter uma abordagem terapêutica em conformidade, com o intuito de que a utente seja líder (empowerment) na **readaptação às novas condições de saúde** com **autocuidado, autocontrolo e mestria**. Também Kayser, defende que o empoderamento e a promoção de saúde em parceria com o utente, têm o propósito do bem-estar, tornando-o capaz de tomar decisões e orientar para uma qualidade de vida de forma informada (Antonovsky, 1996; Kayser et al., 2019; OE, 2021).

## Review Question

- Quais as estratégias de enfermagem promotoras de qualidade de vida da mulher no processo de transição no climatério? (formato PCC)

## Inclusion Criteria

- **Participants:** Mulheres dos 45 aos 55 anos e família;
- **Concepts:** Qualidade de Vida, Cuidado de Enfermagem, Saúde da Mulher, Climatério; Menopausa;
- **Context:** Aberto;
- **Types of sources:** Todos os tipos de desenho de estudo, com menos 10 anos e full texto.

## Methods

A presente *scoping review* foi desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute para o desenvolvimento de *scoping reviews*, onde "(...) this type of knowledge synthesis to be rigorously conducted, transparent and trustworthy" (Peters et al., 2021, p. 407).

## Search strategy

A estratégia de pesquisa tem como objetivo a identificação de artigos científicos que contribuam para a compreensão da questão de investigação. Foi realizada a pesquisa nas bases de dados das plataformas PubMed e EBSCOhost Integrated Search (MEDLINE Complete, CINAHL Complete). Foram utilizados os descritores MeSH Climacteric<sup>10</sup>, Women's Health<sup>11</sup> e Nursing Care<sup>12</sup> com recurso aos booleanos "AND" e "OR", de onde resultou a expressão de pesquisa: ("MH Climacteric" OR "MH Women's Health") AND "MH Nursing Care".

Como limitadores universais de pesquisa, definiram-se: *Free Full Text*, Resumo Disponível, *Publication Date*: 10 years (08/05/2015 – 08/05/2025), Humans e Sexo Feminino.

---

<sup>10</sup> Climacteric: Período fisiológico, caracterizado por alterações endócrinas e somáticas com o término da função ovariana na mulher.

<sup>11</sup> Women's Health: O conceito que abrange as condições físicas e mentais das mulheres.

<sup>12</sup> Nursing Care: Cuidados prestados aos pacientes pelo pessoal do serviço de enfermagem.

Os limitadores específicos de cada base de dados: Faixa etária: 45-64 anos.

Com a expressão de pesquisa referida e os limitadores identificados, foi obtido o número de artigos identificados no apêndice II - Search strategy, onde é possível verificar o cruzamento entre os descritores.

## Study Selection

O diagrama de fluxo (PRISMA Flow Diagram 2020) foi elaborado tendo por base as pesquisas efetuadas na base de dados selecionada. Por conseguinte, foi possível chegar ao número total de artigos resultantes da pesquisa nas bases de dados mobilizadas.

Na primeira fase do PRISMA, designada *Identification*, foi identificado o número de artigos encontrados na base de dados, totalizando 48 artigos. Posteriormente, foram rejeitados artigos devido à presença de duplicados (2 artigos) ou ilegibilidade (1 artigo em coreano), ficando 45 artigos para a segunda fase do PRISMA.

O *Screening* constitui a segunda fase do PRISMA, onde, após a análise do título do artigo e do *abstract*, foram rejeitados aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos, de acordo com o método PCC, nomeadamente os critérios de inclusão referentes aos participantes. Assim, dos 45 artigos da segunda fase, foram rejeitados 22, por não incluírem os participantes deste estudo. Restando 23 artigos para leitura integral. Dos 23 artigos, todos apresentavam objetivos e métodos de estudo e discussão de resultados. Os artigos nº 2, 5, 7, 8, 11, 12, 14, 16, 21, 22, 24, 28, 30, 37, 42, 43, foram rejeitados por não apresentar relação aos conceitos do mapa conceptual, e os artigos nº 33, 35, 36 e 38 por não responderem à questão de investigação. Todos estes artigos eliminados podem ser consultados no apêndice III - *List of studies excluded with reasons*.

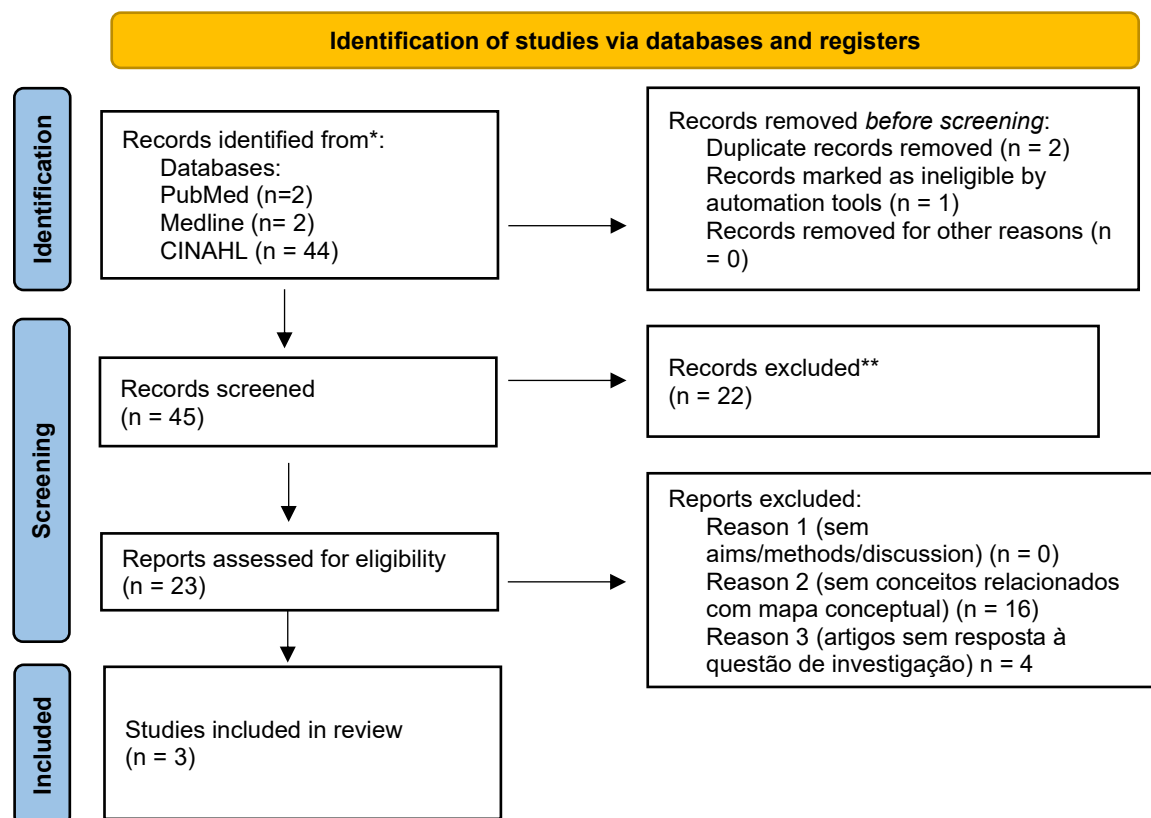
Surge, assim, a terceira fase do PRISMA "*Included*", onde se verifica um total de 3 artigos, sendo que os 3 remetem para o paradigma quantitativo.

Artigo nº9 "*The effect of exercise training based on the health promotion model on menopausal symptoms*".

Artigo nº19 "*Nursing diagnoses of the domain health promotion in menopausal women with osteoporosis*".

Artigo nº39 "*The effect of nursing approaches applied according to Meleis' Transition Theory on menopause-specific quality of life*".

**PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only**



\*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

\*\*If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

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

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

## Data extraction

A extração de dados deve conter dados relevantes para fornecer um “(...) resumo lógico e descritivo dos resultados que se alinha com o objetivo e pergunta da ScR” (Vilelas, 2022, p. 129). Deste modo, e de acordo com o proposto por JBI, foi utilizado uma tabela constituída por 10 variáveis (autor(es), ano de publicação, país de origem, base de dados, metodologia/nível de evidência, métodos (técnica de colheita), participantes, fenómeno de interesse, resultados/conclusões do autor e conclusões dos revisores), que permitiram a extração de dados, a caracterização dos estudos e os resultados significativos. A tabela encontra-se no apêndice IV - *Data Extraction*.

## Data presentation

Perante a questão de revisão definida inicialmente, surge a análise compreensiva que engloba os três artigos científicos que permitiram uma melhor compreensão da questão proposta. À luz dos conceitos que emergiram da questão, presentes no mapa conceptual, e, paralelamente, com recurso às teorias de Enfermagem, foi possível perceber a importância do papel do EEESMO na prestação de cuidados à mulher em processo de transição no climatério. A discussão dos resultados encontra-se integrada no presente relatório, no capítulo 5 - Análise e discussão de resultados.

## Acknowledgments

Profundo agradecimento extensível à minha família e amigos pelo apoio demonstrado ao longo desta etapa. Também gostaria de agradecer à Professora Teresa Carreira, pela orientação no decorrer do desenvolvimento da *ScR*.

## Funding

Não aplicável.

## Conflicts of interest

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## References

- Amendoeira, J. (2022). *Saúde Individual e Comunitária - A Saúde no centro da transdisciplinaridade para a promoção da Qualidade de Vida* (J. Amendoeira, Ed.; CIEQV).
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1 (Vol. 11, Issue 1). University Press. <https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748>
- Eyimaya, A. Ö., & Tezel, A. (2021). The effect of nursing approaches applied according to Meleis' Transition Theory on menopause-specific quality of life. *Health Care for Women International*, 42(1), 107–126. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1825440>

- Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G., Reis, G. de A., Ramada, R. F., Moreira, L. C., Gomes, L. B., Vieira, I. das D., & Teixeira, J. M. da S. (2016). Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida. *Reprodução & Climatério*, 31(1), 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.01.005>
- Guimarães, M. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua Aplicabilidade para Enfermagem*. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Kayser, L., Karnoe, A., Duminski, E., Somekh, D., & Vera-Muñoz, C. (2019). A new understanding of health related empowerment in the context of an active and healthy ageing. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4082-5>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do EESMO: Vol. 2º série* (Issue nº 85). Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclenerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Kahalil, H. (2021). Chapter 11: Scoping reviews. In *JBIMANUAL FOR EVIDENCE SYNTHESIS* (pp. 406–407).
- Polat, F., & Aylaz, R. (2022). The effect of exercise training based on the health promotion model on menopausal symptoms. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 1160–1169. <https://doi.org/10.1111/ppc.12917>
- Rêgo Bezerra, M. L., Donizetti Chaves, M., Lopes Nunes, S. F., Saraiva Costa, A. I., & de Oliveira Castro, Y. T. B. (2016). Nursing Diagnoses of the Domain Health Promotion in Menopausal Women with Osteoporosis. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(3), 969–976. <https://doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201604>
- Secção Portuguesa de Menopausa. (2021). *Consenso Nacional sobre MENOPAUSA*.

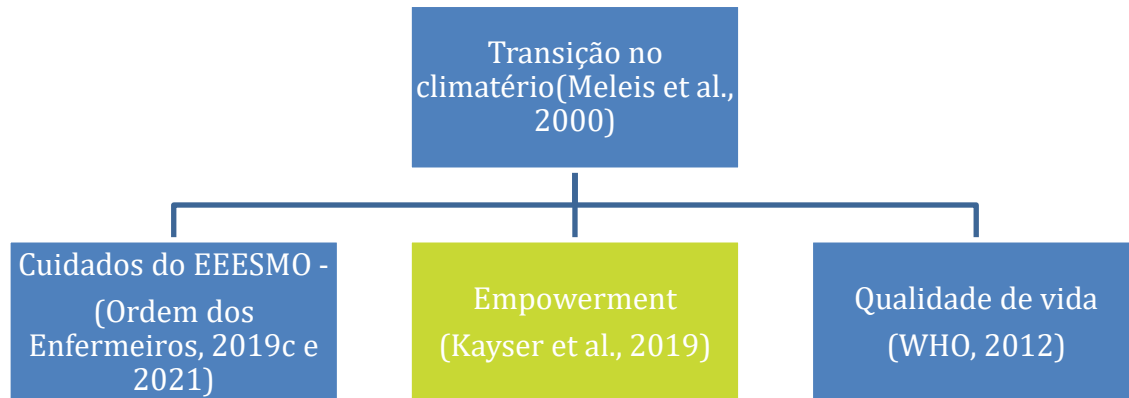
Silva, C. B. D., Busnello, G. F., Adamy, E. K., & Zanotelli, S. S. (2015). ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 312–318.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2018). *Inquerito*. <https://Spginecologia.Pt/>.

Vilelas, J. (2022). *Investigação o Processo de Construção do Conhecimento* (SÍLABO, Ed.; 3º edição).

World Health Organization. (2012). *WHOQOL User Manual PROGRAMME ON MENTAL HEALTH DIVISION OF MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE WORLD HEALTH ORGANIZATION*.

## Apêndice I: Conceptual Map



## Apêndice II: Search strategy

<b>Search 1</b>	<b>(Climacteric OR Women's Health) AND Nursing Care</b>	<b>Records Retrieved In Esbcohost 10 anos</b>	<b>Records Retrieved In Pubmed 10 anos</b>	<b>Total</b>
Climacteric	<b>1</b>	3715	4713	8428
Women's Health	<b>2</b>	2429	1402	3831
Nursing Care	<b>3</b>	3636	1210	4846
Climacteric <b>Or</b> Women's Health	<b>1 OR 2</b>	5836	5813	11649
Climacteric <b>And</b> Nursing Care	<b>1 AND 3</b>	7	1	8
Women's Health <b>And</b> Nursing Care	<b>2 AND 3</b>	42	1	43
Climacteric <b>Or</b> Women's Health <b>And</b> Nursing Care	<b>(1 OR 2) AND 3</b>	46	2	48
Limited To Text Availability: <i>Free Full Text</i> , Resumo Disponive, <i>Publication Date</i> : 10 Years (08/05/2015 – 08/05/2025), Humans E Sexo Feminino.				

## Apêndice III: List of studies excluded with reasons

### Motivo de Exclusão: Sem relação com os conceitos do Mapa Conceptual

**Artigo nº2:** Nicol, B., Adhikari, S. P., Shwed, A., Ashton, S., Mriduraj, A., Mason, K., Gainforth, H. L., Babul, S., & van Donkelaar, P. (2023). The Concussion Awareness Training Tool for Women's Support Workers Improves Knowledge of Intimate Partner Violence-Caused Brain Injury. *Inquiry* (00469580), 1–11. <https://doi.org/10.1177/00469580231169335>

**Artigo nº5:** Kantaporn Yodchai, Sakorn Hubjaroen, Ketsaree Maneekrong, & Nattapon Uthaipan. (2024). The Efficacy of Chemo-Cooling Gloves in Preventing Nail Toxicity among Thai Women Undergoing Chemotherapy: A Quasi-experimental Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 28(3), 619–631. <https://doi.org/10.60099/prijnr.2024.267762>

**Artigo nº7:** Aslan, G. (2023). An Investigation of Physical Activity in Women and Barriers to Physical Activity. *Journal of Education & Research in Nursing / Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 20(4), 336–344. <https://doi.org/10.14744/jern.2022.22316>

**Artigo nº8:** Souza, I. C., de Lucena Beserra de, G., Rodrigues, V. C., Silva, I. C., Sousa, L. M., Amorim Lessa Soares, P. R., & Bezerra Pinheiro, A. K. (2022). Sociodemographic and sexual variables associated with knowledge about human immunodeficiency virus transmission. *Rev Rene*, 23(1), 1–9. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378704>

**Artigo nº11:** Ersin, F., & Bahar, Z. (2017). Effects of Nursing Interventions Planned with the Health Promotion Models on the Breast and Cervical Cancer Early Detection Behaviors of the Women. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 421–432.

**Artigo nº12:** Rosa, L. M. da, Lunardi, F., Hames, M. E., Miranda, G. M., Santos, M. J. dos, & Arzuaga-Salazar, M. A. (2022). Pain Evaluation in Women with Cervicaluterine Neoplasms during Brachytherapy. *Cogitare Enfermagem*, 27, 638–650. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82535>

**Artigo nº14:** Leal Lacerda, F. K., Ferreira, S. L., Rosendo do Nascimento, E., Oliveira Costa, D., & Cândida Cordeiro, R. (2019). Self-care deficits in women with leg ulcers and sickle cell disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 72–78. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0005>

**Artigo nº16:** Rodrigues Magalhães, A. H., Monteiro da Silva, M. A., Feijão Parente, J. R., de Holanda Pereira, I., Osawa Vasconcelos, M. I., Paiva de Abreu, L. D., & Magalhães Arruda Linhares, V. H. (2020). Street market saleswomen: strategies for the recognition of health needs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0520>

**Artigo nº21:** Loughery, J., & Woodgate, R. L. (2019). Supportive care experiences of rural women living with breast cancer: An interpretive descriptive qualitative study. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 29(3), 170–176. <https://doi.org/10.5737/23688076293170176>

**Artigo nº22:** Freitas de Oliveira, J., Silva Rodrigues, A., Porcino, C. A., & de Oliveira Uchôa Reale, M. J. (2016). Imaginary of female prisoners about the phenomenon of drugs. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18, 1–11. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.31072>

**Artigo nº24:** Bielawska, A., Bączyk, G., Koztowska, K. A., Turkiewicz, K., Skokowska, B., Gacek, L., Pyszczorska, M., Bernad, D., & Pieścikowska, J. (2015). Jakość Życia Kobiet Po Histerektomii Jako Wskaźnik Efektywności Działań Terapeutycznych I Opieki Pielęgniarskiej. *Polish Nursing / Pielęgniarstwo Polskie*, 57(3), 307–312.

**Artigo nº28:** Moura Campos, L., Pereira Gomes, N., Santos de Oliveira, P., Menezes Couto, T., da Rocha Virgens, I., & Santos Mota, R. (2019). Marital violence and its implications to the mother-child binomial: the female speech. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 21, 1–7. <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53227>

**Artigo nº30:** Çeki, L., & Özdemir, A. (2021). Assessment of Undergoing a Pap Smear Screening Test and Knowledge Levels of Women Aged 21-65 Years Based on the Health Belief Model: A Cross-sectional Study. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(4), 858–868. <https://doi.org/10.5336/nurses.2021-81645>

**Artigo nº37:** Dahlviken, R. M., Fridlund, B., & Mathisen, L. (2015). Women's experiences of Takotsubo cardiomyopathy in a short-term perspective - a qualitative content analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 258–267. <https://doi.org/10.1111/scs.12158>

**Artigo nº42:** Fernandes dos Santos Lima, M. S., de Santana Carvalho, E. S., Marques dos Santos, L., & Martins Júnior, D. F. (2017). Nursing Diagnoses of the “Coping/Tolerance to Stress” Domain, Identified in Women with Leg Ulcers. *Journal of*

*Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 3, 1365–1374.  
<https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201707>

**Artigo nº43:** Visentin, F., Becker Vieira, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., & da Silva, E. F. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, 33(3), 556–564.  
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a20>

Motivo de Exclusão: artigos sem resposta à questão de investigação

**Artigo nº33:** Teunissen, D. T. A. M., Stegeman, M. M., Bor, H. H., & Lagro-Janssen, T. A. L. M. (2015). Treatment by a nurse practitioner in primary care improves the severity and impact of urinary incontinence in women. An observational study. *BMC Urology*, 15, 51. <https://doi.org/10.1186/s12894-015-0047-0>

**Artigo nº35:** Albuquerque, G. P. M. de, Abrão, F. M. da S., Almeida, A. M. de, Alves, D. L. R., Andrade, P. de O. N., & Costa, A. M. da. (2019). Quality of life in the climacteric of nurses working in primary care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 3), 154–161. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0306>

**Artigo nº36:** Silva, S. B., Nery, I. S., & Calixto de Carvalho, A. M. (2016). Social representations elaborated by nurses about climacteric women in primary health care. *Rev Rene*, 17(3), 363–371. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300009>

**Artigo nº38:** Gomes, J. C. R., Gomes Vieira, B. D., Azevedo Queiroz, A. B., Alves, V. H., Pereira Rodrigues, D., & Santos, K. M. (2017). The Experience of Hiv/Aids Posi Tive Women on the Climateric Period: Users of a Specialized Service. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(7), 2765–2772.  
<https://doi.org/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201716>

## Apêndice IV – Data Extraction

<p><b>Estudo:</b></p> <p><b>Artigo nº9:</b> <i>“Theeffect of exercise training based on the health promotion model onmenopausalsymptoms”</i> (Polat &amp; Aylaz, 2022)</p> <p>País: Turquia</p> <p>Base de Dados: CINAHL</p>
<p><b>Metodologia/ nível de evidência:</b> Estudo quantitativo randomizado e controlado / Nível 1d</p>
<p><b>Métodos (técnica de colheita):</b> A seleção dos participantes foi efetuada pelo método de sorteio, e distribuídas aleatoriamente por um grupo experimental (receberam o treino de exercícios diários, de força, equilíbrio, alongamento e caminhadas, com duração de 30min, 3 a 4x/semanas, durante 12 semanas e um folheto informativo) e um grupo controle que não recebeu esse treino nem os ensinamentos. Para tal, foi utilizado o método de amostragem aleatória simples a partir de métodos de amostragem probabilística. Os dados foram recolhidos através de entrevista presencial com o preenchimento de um formulário de informações pessoais (dados sociodemográficos, idade da menopausa, tipo de menopausa, conhecimento sobre menopausa, quem transmite informação sobre menopausa, sintomas da menopausa, métodos de <i>coping</i> e percepção da mulher sobre a menopausa), de uma “Menopause rating scale” (MRS) e do “Health-promoting lifestyle profile I” (HPLP-I). Esta avaliação foi realizada antes de implementar o treino e após as 12 semanas, sendo posteriormente analisados com técnica de análise estatística com o <i>software</i> Statistical Package for Social Sciences.</p>
<p><b>Participantes:</b> 156 mulheres na menopausa de duas unidades de saúde familiar. Sem doenças crónicas, nem condições que impedissem a realização dos exercícios.</p>
<p><b>Fenómeno de Interesse:</b> Determinar o efeito do treino do exercício físico, baseado no modelo de promoção de saúde, nos sintomas da menopausa.</p>
<p><b>Resultados/ Conclusões do autor:</b> A educação para a saúde realizada pelos enfermeiros, passou pela demonstração e treino dos exercícios físicos e o fornecimento de um folheto educativo para lidarem com os sintomas da menopausa, segundo o modelo de promoção da saúde composto por: informação sobre exercício adequado à idade, à capacidade e à experiência de cada participante; explicação sobre os benefícios dos exercícios; reforço positivo e incentivo a realizarem os exercícios; incentivo a envolver a família e interagir com o grupo; realização dos exercícios num ambiente tranquilo; reforçar o pensamento positivo relativo ao efeito dos exercícios sobre os sintomas da menopausa; e avaliar a eficácia dos exercícios. Relativamente às características pessoais de ambos os grupos, estas eram semelhantes. Nesta amostra verificou-se que a fonte de informação destas mulheres era maioritariamente, vizinhos e familiares, a maioria não realizava nada para melhorar os sintomas e não tinham uma percepção da menopausa como um processo natural. <i>“MRS total mean score decreased from 37.9 ± 3.2 to 28.8 ± 2.8 in the experimental group and increased from 37.0 ± 2.9 to 37.3 ± 2.8 in the control group”</i> (Polat &amp; Aylaz, 2022, p. 1165), havendo um aumento da qualidade de vida no grupo experimental relativamente ao de controlo. Concluiu-se que a prática destes exercícios <i>“reduced the severity of menopausal symptoms in women”</i>. (Polat &amp; Aylaz, 2022, p. 1165). Verificou-se a melhoria dos sintomas somáticos (sintomas vasomotores e dores articulares) e psicológicos (depressão, ansiedade, insónias, irritabilidade), pois neste grupo experimental, <i>“(…) they felt more uncomfortable with these symptoms, had more de terminated attitudes toward doing exercise, believed in its benefits and had a higher motivation”</i> (Polat &amp; Aylaz, 2022, p. 1166). Não se verificou melhoria nos sintomas urogenitais, pois pelas características socioculturais da amostra, a sexualidade era considerada um tema</p>

tabu, não sendo o sintoma mais falado entre as mulheres. “*It was found that the HPLP-I total mean score increased from 95.1 ± 9.4 to 123.7 ± 9.1 in the experimental group and decreased from 87.2 ± 7.9 to 87.5 ± 8.3 in the control group*” (Polat & Aylaz, 2022, p. 1165), havendo melhores comportamentos de estilos de vida saudável no grupo experimental em relação ao exercício físico, à responsabilidade pela saúde, autorrealização, gestão de stress e nutrição. Para tal, o autor recomenda “*that nurses plan exercises guided by the health promotion model so that women can cope with the symptoms of menopause*” (Polat & Aylaz, 2022, p. 1168).

**Conclusões dos revisores:** Verificou-se que a intervenção do enfermeiro deve ser segundo as necessidades e características de cada mulher (condições pessoais, sociais e comunidade), de modo a intervir de forma holística e promover assim a qualidade de vida da mulher. Assim como através de uma abordagem segundo a Teoria das Transições de Meleis, conhecendo as características das transições que cada mulher está a ultrapassar, o enfermeiro deve promover uma perceção positiva relativa à menopausa, aumentando a confiança, através do aumento do conhecimento, da alteração do comportamento e mudanças em si. Tal como o estudo, onde através de uma abordagem segundo o modelo da promoção da saúde, com a prática de exercício físico, levou à redução dos sintomas da menopausa, melhorando assim a qualidade de vida e a promoção de comportamentos de estilo de vida saudável (gerir o stress, alimentação, responsabilidade pela sua saúde e autorrealização) (Polat & Aylaz, 2022). Através da educação para a saúde sobre os benefícios e o impacto que tem nos sintomas, promoveu uma atitude e perceção em relação aos sintomas da menopausa mais definida, assim como realizou o reforço positivo e o envolvimento da família e dos grupos de mulheres na mesma situação, levando a uma maior motivação para a mudança e para se adaptar, envolver e empenhar no processo de transição, tais como os indicadores de processo de Meleis. Assim como os indicadores de resultado, onde a mulher tem “maestria” sobre a sua saúde, ou seja, é empoderada, tal como refere Kayser et al. (2019), a mulher dotada de capacidades e literacia contribui para as tomadas de decisão e escolhas de estilos de vida saudáveis. Assim como nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, onde através da organização dos cuidados de enfermagem com atividades de educação, para informar e capacitar o utente, consegue-se promover a saúde, onde o princípio do foco dos cuidados é o utente e a satisfação das suas necessidades, de modo a alcançar a qualidade de vida com autocuidado, autocontrolo e mestria (OE, 2021).

**Estudo:**

**Artigo nº19:** “*Nursing diagnoses of the domain health promotion in menopausal women with osteoporosis*” (Bezerra et al., 2016)

País: Brasil

Base de Dados: CINAHL

**Metodologia/nível de evidência:** Estudo quantitativo (descritivo, transversal) / Nível 4d

**Métodos (técnica de colheita):** Estudo realizado num “*Specialty Center of Women's Health Program in the city of Imperatriz, Maranhão state, in the period from March to April 2011*” (Bezerra et al, 2016, p. 970). Entrevistas semiestruturadas com fatores que associam o autocuidado às variáveis socioeconómicas (idade, etnia, estado civil e nível de escolaridade), atividades de lazer e recreação, história e situação atual da doença, antecedentes ginecológicos e obstétricos e sintomas ligados à menopausa. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e os diagnósticos de enfermagem foram organizados segundo “*(...) the domains and classes of multi-axial structure of the Taxonomy II of NANDA – I (North American Nursing Diagnosis Association – International) version 2012-2014*” (Bezerra et al, 2016, p. 971), no domínio 1 – Perceção da saúde e na classe 2: Controlo da saúde. Foi realizada uma análise dos diagnósticos identificados segundo as características das mulheres e das componentes relacionadas com esses diagnósticos

(características que os definiram, fatores relacionados e fatores de risco), para verificar se estavam de acordo com a NANDA-I. Após a identificação dos diagnósticos e das características que os definem, foram sugeridas algumas intervenções de enfermagem.

**Participantes:** uma amostra por conveniência de 35 mulheres entre os 45 e 65 anos, na menopausa e pós-menopausa, com diagnóstico de osteoporose, tratadas no centro de especialidades.

**Fenómeno de Interesse:** Identificar os diagnósticos de enfermagem do domínio promoção da saúde e as características que definem a mulher na menopausa com osteoporose, à luz do conceito de Orem.

**Resultados/Conclusões do autor:** Relativamente aos dados sociodemográficos, verificou-se uma prevalência de mulheres com idade entre os 55 e os 65 anos, em mulheres casadas (57%), de etnia branca (75%) e com o ensino primário incompleto (71%). Relativamente à etnia branca, o autor verificou que esta apresenta maior risco de uma massa óssea baixa em mulheres na menopausa. Diagnósticos identificados - características que os definem - intervenções de enfermagem:

*"Readiness for enhanced self-health management"* (94.2%) – dieta rica em cálcio (91%), uso correto de medicamentos (83%), cuidados para prevenir fraturas (86%) – *"preserve or intensify the good therapeutic practices"*, onde através de mudanças na vida diária e integração de um regime terapêutico, conseguiam atingir os objetivos relacionados com a saúde (o bem-estar). Essas mudanças implicavam uma alimentação rica em cálcio (leite e derivados), suplementos de cálcio e vitamina D (regula a homeostase do cálcio e do metabolismo ósseo) e estratégias de prevenção de quedas. Para tal era crucial a educação para a saúde direcionado para a alimentação, exercício físico, medicamentos, exames e terapias, pois *"(...) as this is an important tool in promoting health to osteoporosis and that will contribute to quality of life (...)"* (Bezerra et al, 2016, p. 973).

*"Sedentary lifestyle"* (83%) – rotinas diárias sem exercício físico (86%), excesso de peso (77%) e défice de atividades recreativas (89%) - o excesso de peso não está associado diretamente à osteoporose, no entanto está relacionado com a falta de exercício físico na vida diária, sendo esta última essencial e *"(...) provides bone strengthening, particularly in the early stages of senescence."* (Bezerra et al, 2016, p.973). Para além da falta de atividade física, o autor verificou que o défice de atividades recreativas estava associado ao facto de os sintomas da menopausa influenciarem a motivação para a realização de atividades de lazer e exercício físico, podendo este fator levar a outros sintomas somáticos. Este concluiu que a atividade física é essencial para a qualidade de vida da mulher na pós-menopausa com osteoporose, sendo importante o incentivo à prática de exercício físico e de lazer, pois *"(...) provides the best parameters of body composition, functional capacity and elements of physical fitness"* (Bezerra et al, 2016, p.973). De modo a promover o bem-estar da mulher com osteoporose, o enfermeiro deve considerar as condições físicas, limitações e receios de quedas, adequando o plano de exercícios a essas características, de modo a promover autonomia.

Concluindo assim, os diagnósticos de enfermagem permitem cuidados holísticos, uma vez que são realizados tendo em conta as conotações culturais, pessoais e sociais da mulher na menopausa, de modo a realizar planos de cuidados adequados e permitir empoderar estas mulheres para o controlo e realização do autocuidado.

**Conclusões dos revisores:** A osteoporose é uma doença com fatores de risco não modificáveis (idade, etnia branca ou asiática, histórico familiar, patologias endócrinas e glomerulares e renais, menopausa), levando à necessidade de criar estratégias de autocuidado e cuidados preventivos, de modo a facilitar este processo de transição saúde-doença, promovendo a saúde e a qualidade de vida. Uma vez que a esperança média de vida está a aumentar e a prevalência da doença também, é crucial dotar estas mulheres de literacia em saúde para incentivar a adoção de comportamentos promotores de saúde, só assim conseguem ter controlo sobre a sua própria saúde, tal como referem Antonovsky (1996) e Kayser et al. (2019). Para tal, é

importante conhecer os condicionantes que podem dificultar ou facilitar esta transição e assim saber intervir em conformidade. Através dos diagnósticos de enfermagem e, perante a avaliação das características que os definem, consegue-se identificar as intervenções necessárias para a mudança de comportamentos, de modo a controlar os fatores de risco modificáveis para a osteoporose (alimentação pobre em cálcio, elevado consumo de cafeína, tabagismo, álcool, sedentarismo e baixo peso corporal) e assim potenciar a saúde através de um plano de cuidados personalizado e holístico, de modo a dar resposta às necessidades reais de cada mulher. Através da análise deste estudo, as intervenções de enfermagem recaem sobre o objetivo de empoderar e promover o autocuidado, ou seja, tal como Kayser et al. (2019) refere, empoderar incentiva a mudança através da aquisição de competências cognitivas e comportamentais, desenvolvendo autoconfiança para gerir o impacto que a doença tem na sua vida. Assim como os diagnósticos “*Readiness for enhanced self-health management*” e “*Sedentary lifestyle*” levaram à implementação de promoção de estilos de vida saudável, com as alterações de comportamentos através de planejar, informar e orientar para uma alimentação saudável e hábitos alimentares ricos em cálcio, tendo em conta as condições socioeconómicas. Assim como responsabilizar para a toma de suplementos, realizando educação sobre os mesmos. Reforçar para a prática de exercício físico e envolver a família de modo que estes também estejam conscientes dos cuidados e que, de uma certa forma, envolvidos também neste processo terapêutico (Bezerra et al, 2016). Estas intervenções encontram-se em conformidade com as competências do EEESMO onde “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa”, assim como no estudo “*Evaluate and address the potential changes in a person’s life that can be obstacles to adaptation and maintenance of the recommended diet*” (Bezerra et al, 2016, p. 972). Assim como o enfermeiro concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção e proteção da saúde durante o climatério; Identifica, informa e orienta a mulher com as alterações associadas ao climatério e sobre os recursos disponíveis (OE, 2019c), como no estudo, organiza, planeia e implementa planos de intervenção individuais e em grupos de mulheres com menopausa com osteoporose para “(...) so that they share experiences, sorrows, fears, perspectives and attitudes of perseverance” (Bezerra et al, 2016, p. 972). Apesar da osteoporose surgir com o avanço da idade e na amostra deste estudo prevalecerem mulheres com idade entre os 55 e os 65 anos, o que vai além da idade definida para a população do nosso estudo, no sentido preventivo, é essencial uma abordagem desde cedo, de modo a empoderar as mulheres para o autocuidado e a promoção de saúde e prevenir repercussões individuais e sociais a longo prazo (Eyimaya and Tezel, 2021).

**Estudo:**

**Artigo nº39:** “*The effect of nursing approaches applied according to Meleis’ Transition Theory on menopause-specific quality of life*”.

(Eyimaya and Tezel, 2021)

País: Turquia

Base de Dados: CINAHL

**Metodologia:** Estudo experimental, randomizado de abordagem quantitativa / Nível1c.

**Métodos (técnica de colheita):** Estudo experimental controlado, aleatório, realizado entre novembro e dezembro de 2018, no “*the Women’s Education and Culture Center*”, através de um questionário sobre informações pessoais (idade, nível de escolaridade, situação profissional, tipo de família, nível de rendimento, tabagismo, prática de exercício físico, perceção da menopausa, obtenção de informação sobre menopausa, nível de apoio familiar, presença de facilitadores/inibidores da transição para a menopausa) e a aplicação da “*the menopause-specific quality-of-life (MENQOL)*”, após as intervenções de enfermagem segundo a Teoria

das Transições de Melies durante 7 semanas (2 horas por semana) (intervenções na pagina 112 – 115 do artigo). A MENQOL, é composta por 29 itens com características psicométricas para medir a qualidade de vida, onde quanto maior a pontuação, maior a gravidade do incómodo, ou seja, menor a qualidade de vida, a escala é dividida em subescalas: vasomotora, psicossocial, física e sexual. Os dados foram avaliados com recurso ao SPSS1.

**Participantes:** 76 mulheres entre os 45 e os 54 anos, 38 no grupo controlo e 38 no grupo experimental distribuídas pelo “*simple randomization method*”.

**Fenómeno de Interesse:** Determinar o efeito das abordagens de enfermagem aplicadas segundo a Teoria das Transições de Meleis na qualidade de vida na menopausa.

**Resultados/Conclusões do autor:** Neste estudo, relativamente às características sociodemográficas e menopáusicas, verificou-se que quanto ao nível de educação, 81,3% eram analfabeto/ensino primário; relativamente à situação profissional, 95,3% desempregadas; quanto ao tipo de família, 70,3% família nuclear e 29,7% alargada; no nível de rendimento, 51,6% tinha rendimento igual ou superior às despesas; 87,5% não fumava; 75% não realizava exercício físico; 60,9% tinham uma perceção da menopausa negativa; 70,3% não obtinham informação sobre a menopausa; 62,5% não tinham apoio familiar durante menopausa; 60,9% não tinham da família a preocupação com os sentimentos; 60,9% não tinham a presença de fatores que facilitam a transição; e 56,3% não tinham a presença de inibidores para a transição (Eyimaya and Tezel, 2021). Relativamente às abordagens de enfermagem segundo a Teoria das Transições de Melies, o autor verificou que estas tinham benefícios para as mulheres lidarem melhor com as queixas que podiam sentir no período da menopausa, diminuindo a gravidade dos sintomas, tendo impacto na qualidade de vida específica da menopausa (Eyimaya and Tezel, 2021). Esta foi verificada pelas pontuações do MENQOL, onde antes da abordagem de enfermagem eram elevadas, o que significava maior presença de desconfortos, logo menos qualidade de vida nos domínios avaliados (Eyimaya and Tezel, 2021). A pontuação do MENQOL diminuiu significativamente no grupo experimental, após as intervenções segundo a Teoria das Transições de Meleis (Eyimaya and Tezel, 2021). Foi verificado que as maiores queixas incidiam nos suores, na sensação de cansaço, na memória fraca e dores musculares e articulares, e menos queixas com a presença de pelos faciais (Eyimaya and Tezel, 2021). Estes aspetos mencionados, também foram encontrados noutros estudos analisados pelo autor. As alterações vasomotoras foram das mais referenciados pelas mulheres, sendo que estas têm impacto negativo na qualidade de vida física, psicológica, social e sexual (Eyimaya and Tezel, 2021). Verificando melhoria na pontuação do MENQOL, após a abordagem de enfermagem (Eyimaya and Tezel, 2021). Relativamente às alterações psicossociais, os sintomas mais referidos basearam-se na falta de memória e no sentimento de ansiedade, sendo que intervenções de alívio de stress tiveram impacto positivo (Eyimaya and Tezel, 2021). Para além desta categoria ser influenciada por outras alterações da menopausa, nomeadamente, mudanças físicas e afrontamentos, sendo difícil gerir os fatores que “(...) *that aggravate anxiety and depression*” (Almeida et al., 2014, citado por Eyimaya and Tezel, 2021, p. 120), pois as alterações hormonais tornam a mulher mais sensível e vulnerável ao stress. A depressão, irritabilidade, ansiedade e stress são sintomas psicossociais comuns neste período de transição, sendo que a reação das mulheres varia muito, consoante a cultura, “(...) *education level, profession, economic independence, income level, marital adjustment, marital status, family size, obtaining information specific to this period, role change and the value that society attaches to women*” (Bayraktar & Ucanok, 2002, citado por Eyimaya and Tezel, 2021, p. 120). A mudança de papéis neste período de transição está associada à morte de pais, saída dos filhos de casa, reforma, sendo importante o apoio neste período. As abordagens de enfermagem tiveram maior impacto positivo nas alterações físicas. Os sintomas físicos e a gravidade destes, variam consoante os países, e também se verificou nos estudos que os sintomas com grande impacto na qualidade de vida eram a secura vaginal e a incontinência urinária, sendo que a falta de conhecimento sobre opções de tratamento

também impedia a procura de ajuda. Por isso, torna-se importante abordar as mudanças físicas neste período, de modo a aumentar o conhecimento sobre estas, e aprender a lidar com os problemas, orientando as mulheres sobre como podem ser ajudadas e como podem lidar melhor com os sintomas nesta fase de vida. Também se verificou uma diminuição da pontuação média nas alterações sexuais no grupo experimental após as abordagens de enfermagem. Constatou-se que a compressão e percepção das mulheres sobre o assunto, melhorava a sua qualidade de vida. As alterações recaiam sobre a diminuição do desejo sexual, sendo que “(...) *many women find sexual health problems embarrassing*” (Eyimaya and Tezel, 2021, p. 122). Posto isto, é importante educar e aconselhar as mulheres de modo a melhorar a qualidade de vida sexual nesta fase. Todas estas abordagens devem ser adequadamente planeadas, uma vez que “*Symptoms are related to menopause; it is a combination of physical changes, cultural influences and individual perceptions*” (Eyimaya and Tezel, 2021, p. 122).

### **Conclusões dos revisores:**

Para a aquisição de novas competências para lidar com os desafios induzidos pela mudança, as intervenções segundo a Teoria das Transições de Meleis, com foco na natureza, condições das transições, padrões de respostas e intervenções terapêuticas de enfermagem, foram:

Discutir a importância da qualidade de vida, percepção sobre a transição para a menopausa, encorajar a expressão e discussão de sentimentos, medos, dúvidas, crenças, experiências e encorajar para o pensamento positivo relativo à transição da menopausa (Eyimaya and Tezel, 2021);

Esclarecimento de dúvidas sobre a menopausa e incentivar o apoio e interação social, familiar e com profissionais de saúde (Eyimaya and Tezel, 2021);

Ensinar sobre atividades na comunidade, redes de apoio, sintomas vasomotores, alterações no domínio psicossocial, físico e sexual no período da menopausa e como lidar com essas mesmas alterações (Eyimaya and Tezel, 2021);

Ensinar sobre cuidados pessoais, estéticas, atividade física, alimentação, sono, repouso adequados à menopausa, vida sexual e contraceção, exercícios kegel e exercício respiratório (Eyimaya and Tezel, 2021);

Planear intervenções segundo as necessidades, aplicar e avaliar a sua percepção, capacidades e a necessidade de apoios (Eyimaya and Tezel, 2021);

Apoiar e encorajar a iniciarem as mudanças necessárias para novas rotinas, competências e estilos de vida para uma transição mais saudável. E no final, a realização de reflexões, opiniões e sugestões sobre as abordagens de enfermagem específicas da menopausa (Eyimaya and Tezel, 2021).

Estas intervenções tiveram impacto, uma vez que através do conhecimento das características sociodemográficas e menopausicas e das percepções relativas à transição (os fatores de qualidade de vida), permitiram implementar intervenções segundo as necessidades específicas de cada mulher, assim como define os padrões de qualidade referentes à satisfação das necessidades. Da mesma forma como o autor refere que as abordagens devem ser adequadamente planeadas, uma vez que “*Symptoms are related to menopause; it is a combination of physical changes, cultural influences and individual perceptions.*” (Eyimaya and Tezel, 2021, p. 122). Assim como os cuidados de enfermagem tendem a ter qualidade através da organização dos cuidados de modo a promover a saúde e prevenir complicações, capacitando a mulher para a readaptação às novas condições de saúde com autocuidado, autocontrolo e mestria, através de apoio, orientação, formação, aconselhamento para lidarem melhor com as alterações da menopausa melhorando a qualidade de vida. A partilha de experiências permitiu que as mulheres percebessem que os seus sintomas e dificuldades eram comuns, o que contribuiu para um sentimento de normalização em relação à menopausa, o que leva a uma percepção sobre a menopausa mais realista, permitindo um maior envolvimento neste

processo de transição (Guimarães, 2016). Assim como neste estudo, reforça que esta intervenção permitiu que houvesse um encorajamento mútuo entre as mulheres, com a obtenção de mais informação sobre a menopausa (Eyimaya and Tezel, 2021), tal como o apoio social teve impacto nas alterações psicossociais. Também o preenchimento do questionário, contribuiu para a consciencialização e empoderamento destas mulheres sobre a transição para a menopausa, uma vez que incentivou “(...) *them to be more careful with their bodies and learn more about the meaning of menopause, and also may have increased their aware ness of this issue*” (Eyimaya and Tezel, 2021, p.119), assim como Meleis refere que, com a consciencialização, há procura de mais informação. Bem como refere Kayser et al. que, mais literacia em saúde contribui nas decisões relacionadas com o seu estado de saúde através da aquisição de competências cognitivas e comportamentais e permite “(...) desenvolver autoconfiança, autoestima e habilidades de enfrentamento para gerenciar os impactos de sua doença na vida cotidiana” (Kayser et al., 2019, p.3). Assim como no estudo, abordar as mudanças físicas aumenta o conhecimento sobre estas, permitindo aprender a lidar com os problemas, constatando-se que a compreensão e perceção das mulheres sobre o assunto, melhorava a sua qualidade de vida.

## ANEXO X – Questionário

Secção 3 de 8

Questionário – seleccione as opções que lhe fizerem mais sentido ou preencha o espaço  
fornecido: ✕ ⋮

**Perguntas gerais sobre si:**

1- Idade: \*

Texto de resposta curta

2- Escolaridade \*

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
- Outro

3- Profissão: \*

- Profissional de saúde
- Pessoal administrativo
- Pessoal de hotelaria, logística e segurança
- Outros

4- Estado Civil \*

- Solteira
- Casada/União de facto
- Divorciada
- Viúva

5- Quantos filhos tem? \*

- 0
- 1
- 2 ou mais

6- Coabita com todos os seus filhos? \*

- Sim
- Não

7- Com quem vive? \*

- Sozinha
- Marido/companheiro
- Filhos
- Pais
- Outra:

Secção 4 de 8

**Em relação à menopausa:**



Relativamente ao tema deste questionário, gostaria de realizar algumas perguntas sobre a menopausa, os sintomas associados e que implicações tem na sua vida, as estratégias que utiliza para melhorar esses mesmos sintomas e que tipo de ajuda tem ou gostaria de ter no futuro para melhor a sua qualidade de vida nesta etapa.

1- Ainda menstrua? \*

- Sim
- Não

2- Se respondeu NÃO, desde que idade?

Texto de resposta curta

3- Entrou na menopausa por algum procedimento cirúrgico (Ex: remoção dos ovários)? \*

Sim

Não

4- O que sabe sobre a menopausa? \*

Texto de resposta longa

⋮

5- O que sente em relação à menopausa? - É uma fase de: \*

(**pode** selecionar as que se aplicam a si)

Bem-estar

Novas oportunidades

Novas amizades/relações

Mudanças positivas

Mudanças negativas

Desconfortos/mal-estar

Problemas de saúde

Solidão

Perdas (de familiares)

Outra: .....

Secção 5 de 8

O impacto na sua qualidade de vida:

⌵ ⋮

Descrição (opcional)

1- Das seguintes alterações, seleccione as que teve/tem associadas à menopausa: \*

(**pode** seleccionar as que se aplicam a si)

- Aumento de peso
- Cabelo fino e quebradiço
- Alterações na pele
- Afrontamentos, suores noturnos
- Secura / prurido vaginal
- Incontinência urinária
- Dores articulares
- Cansaço
- Insónias
- Ansiedade / irritabilidade
- Sensação de tristeza
- Surgimento de medos (medo da morte)

2- Como se sentiu quando surgiram estes sintomas? \*

(**pode** seleccionar as que se aplicam a si)

- Bem, com entusiasmo para esta nova fase da minha vida!
- Mal, deixei de gostar de mim!
- Sem energia ou vontade de fazer nada.
- Sentia-me triste.
- Foi indiferente.

3- Como é que estas alterações afetaram a sua vida pessoal, profissional e/ou social? \*

Texto de resposta longa

---

4- Como reagiram os familiares (marido, filhos), os amigos, colegas de trabalho, quando surgiram algumas destas alterações? \*

- Apoio e empatia
- Julgamento
- Indiferença

5- Partilha com eles os seus medos e receios? \*

- Sim
- Não

Secção 6 de 8

**Estratégias para melhorar a qualidade de vida:**



Sabe o que fazer ou faz algo para melhorar algumas das alterações que lhe surgem?  
Responda às seguintes perguntas

1- Toma alguma medicação? \*

- Sim
- Não

2- Se respondeu **SIM**:

Selecione quais:

- Suplementos
- Hormonas de substituição
- Antidepressivos
- Indutores do sono
- Nenhum dos mencionados

3- Com que produto realiza a sua higiene íntima? \*

- Gel íntimo
- Apenas água
- Outro sabão
- Nenhum

4- Utiliza creme vaginal? \*

- Sim
- Não

5- Tem uma vida sexual ativa? \*

- Sim
- Não

6- Se respondeu **SIM**:

Sente-se confortável quando tem relações sexuais?

- Sim
- Não

7- Se respondeu **NÃO**:

Qual o desconforto?

Texto de resposta curta

---

8- Ainda em relação à atividade sexual.

Utiliza alguma estratégia para ficar mais confortável? - Qual?

Texto de resposta curta

---

9- Se pratica algum exercício físico ou atividade de lazer, diga qual/quais: \*

Texto de resposta curta

---

10- Como considera a sua alimentação? \*

Pouco saudável

Ligeiramente saudável

Muito saudável

Outra: .....

11- Recorreu a algum tipo de ajuda quando estava a entrar na Menopausa?

Se **SIM**, quem? (**pode** selecionar as que se aplicam a si)

Família

Amigos

Profissionais de saúde (médico, enfermeiro, terapeuta)

Livros, revistas

Internet, TV

Outra: .....

---

12- O que a levou a pedir ajuda?

Texto de resposta longa

---

13 - Que tipo de ajuda teve? ...

(pode selecionar as que se aplicam a si)

- Obtive mais conhecimento sobre o assunto.
- Obtive informações sobre estilos de vida saudáveis e meti em prática.
- Obtive acompanhamento em relação ao meu estado de saúde – realizei rastreios (cancro da mama e co...
- Obtive apoio psicológico.
- Obtive tratamentos/medicamentos para me ajudar.
- Obtive orientações em relação à minha vida sexual e reprodutiva.
- Obtive apoio de diversos profissionais.
- Outra: .....

14- A ajuda que teve, facilitou a adaptação à menopausa?

Sim

Não

Secção 7 de 8

**Sugestões:** ✕ ⋮

Descrição (opcional)

1- O que considera importante haver para que este processo seja mais fácil? \*

(pode selecionar as que se aplicam a si)

- Mais informação
- Partilha dos medos e receios
- Conversas em grupos com mulheres na menopausa
- Estratégias para prevenir ou melhorar sintomas
- Mais apoio profissional na área de enfermagem, dermatologia, psicologia, ginecologia, fisioterapia...
- Consultas de rotina
- Outra: .....

## **ANEXO XI – Tabela de Dimensões a Analisar**

TEMA	Perguntas	Categoria agrupada	CATEGORIAS	Indicadores para aprofundar
<u>Conhecimento sobre o climatério</u>	O que sabe sobre a menopausa?	----- --	✓ Associação ao processo fisiológico, ao momento em que deixar de menstruar	-----
		----- --	✓ Associação às alterações consequentes da menopausa	-----
		----- --	✓ Perceção da necessidade de conhecimento sobre o climatério	-----
<u>Significado atribuído ao climatério</u>	O que sente em relação à menopausa?	Fase de transição fácil	✓ Bem-estar	-----
			✓ Novas oportunidades	
			✓ Novas amizades/relações	
			✓ Mudanças positivas	
			✓ Outros	
		Fase de transição difícil	✓ Desconfortos/mal-estar	-----
			✓ Problemas de saúde	
			✓ Solidão	
			✓ Perdas (de familiares)	
			✓ Mudanças negativas	
✓ Outra				
				<b>Facetas da qualidade de vida:</b>
<u>Implicações na qualidade de vida</u>	Das seguintes alterações, seleccione as que teve/tem associadas à menopausa?	Alterações físicas	✓ Secura/prurido vaginal	Dor/desconforto Autoestima Imagem corporal Energia/ fadiga
			✓ Incontinência urinária	
			✓ Dores articulares	
			✓ Afrontamentos, suores noturnos	
			✓ Aumento de peso	
			✓ Cabelo fino e quebradiço	
			✓ Alterações na pele	
			✓ Cansaço	
		Alterações psicológicas	✓ Insónias	Dormir/descansar Sentimentos negativos
			✓ Sensação de tristeza	

			<input checked="" type="checkbox"/> Surgimento de medos (medo da morte)	
			<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade/irritabilidade	
Como se sentiu quando surgiram estes sintomas?	Sentimentos positivos		<input checked="" type="checkbox"/> Bem, com entusiasmo para esta nova fase da minha vida	Sentimentos positivos
	Sentimentos negativos		<input checked="" type="checkbox"/> Mal, deixei de gostar de mim	Sentimentos negativos Imagem corporal Autoestima
			<input checked="" type="checkbox"/> Sem energia ou vontade de fazer nada.	
			<input checked="" type="checkbox"/> Sentia-me triste.	
		<input checked="" type="checkbox"/> Indiferente		
Como é que estas alterações afetaram a sua vida?	-----		<input checked="" type="checkbox"/> Impacto a nível pessoal (familiar, conjugal)	Atividade sexual Capacidade de trabalho
			<input checked="" type="checkbox"/> Impacto a nível profissional	
			<input checked="" type="checkbox"/> Impacto a nível social	
			<input checked="" type="checkbox"/> Sem implicações	
Como reagiram os familiares (marido, filhos), os amigos, colegas de trabalho, quando surgiram algumas destas alterações?	-----		<input checked="" type="checkbox"/> Apoio, empatia	Relacionamentos pessoais
			<input checked="" type="checkbox"/> Julgamento	
			<input checked="" type="checkbox"/> Indiferença	
Partilha com eles os seus medos e receios?	-----		<input checked="" type="checkbox"/> Envolvimento	
Tem uma vida sexual ativa? Sente-se confortável quando tem	-----		<input checked="" type="checkbox"/> Atividade sexual ativa	Atividade sexual
	-----		<input checked="" type="checkbox"/> Conforto com atividade sexual	

	relações sexuais? Qual o desconforto?	-----	✓ Desconfortos associados ao ato sexual	
<u>Estratégias para melhorar a qualidade de vida no processo de transição no climatério</u>	Utiliza alguma estratégia para ficar mais confortável? Qual?	-----	✓ Estratégias utilizadas nas relações sexuais	Atividade sexual
	Sabe o que fazer ou faz algo para melhorar algumas das alterações que lhe surgem?	Uso de fármacos	✓ Suplementos	Dependência de medicamentos Participação e oportunidades de recreação e lazer
			✓ Hormonas substituição	
			✓ Antidepressivos	
	Toma alguma medicação? Com que produto realiza a sua higiene íntima? Utiliza creme vaginal para hidratação? Pratica exercício físico? Realiza alguma atividade de lazer? Que tipo de alimentação faz?	Autocuidado	✓ Indutores do sono	
			✓ Uso creme vaginal	
			✓ Gel íntimo	
			✓ Apenas água	
		-----	✓ Outro sabão	
			✓ Exercício físico/ atividade de lazer	
			✓ Não realiza exercício físico	
		Preocupação com alimentação	✓ Muito saudável	
			✓ Ligeiramente saudável	
✓ Pouco saudável				
Recorreu a algum tipo de ajuda? Se SIM, quem?	Rede de apoio	✓ Família / Amigos	Apoio social Saúde e assistência social disponível e de qualidade	
		✓ Profissionais de saúde (médico, enfermeiro, terapeuta)		
		✓ Meios de comunicação (livros, revistas, internet, TV)		
O que a levou a pedir ajuda?	-----	✓ Procura de informação/conhecimento		

	Que tipo de ajuda teve?	Tipo de ajuda	<input checked="" type="checkbox"/> Obteve informação sobre o processo de transição no climatério. <input checked="" type="checkbox"/> Obteve informações sobre estilos de vida saudáveis. <input checked="" type="checkbox"/> Obteve orientações em relação à vida sexual e reprodutiva. <input checked="" type="checkbox"/> Obteve acompanhamento em relação ao estado de saúde – rastreios (cancro da mama e colo do útero). <input checked="" type="checkbox"/> Obteve tratamentos/medicamentos para ajudar. <input checked="" type="checkbox"/> Obteve apoio psicológico. <input checked="" type="checkbox"/> Obteve apoio de diversos profissionais.	
	A ajuda que teve, facilitou a adaptação à menopausa?	-----	<input checked="" type="checkbox"/> Eficácia das estratégias	
<u>Sugestões das participantes</u>	O que considera importante haver para que este processo seja mais fácil?	Educação para a saúde sobre o climatério, estilos de vida e estratégias	<input checked="" type="checkbox"/> Mais informação <input checked="" type="checkbox"/> Estratégias para prevenir ou melhorar sintomas	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
		Sessões em grupo	<input checked="" type="checkbox"/> Partilha dos medos e receios <input checked="" type="checkbox"/> Conversas em grupos com mulheres na menopausa	
		-----	<input checked="" type="checkbox"/> Mais apoio profissional na área de enfermagem, dermatologia, psicologia, ginecologia, fisioterapia	
		-----	<input checked="" type="checkbox"/> Consultas de rotina	
		-----	<input checked="" type="checkbox"/> Formação dos profissionais	
		-----		

## **ANEXO XII – Matriz de Análise dos Resultados**

TEMA	Categoria agrupada	CATEGORIAS	Resultados	
			Nº de respostas	Unidades de Registo
<u>Conhecimento sobre o climatério</u>	-----	✓ Associação ao processo fisiológico, ao momento em que deixa de menstruar	-----	<p>“Que se trata de um processo normal, na vida da mulher.” (P4 secção 4, E2)</p> <p>“Processos hormonais (...)” (P4 secção 4, E10, I1)</p> <p>“Que é um período em que a mulher deixa de ser fértil.” (P4 secção 4, E13)</p> <p>“Ausência menstruação por 1 período de 12 meses consecutivos. Alterações hormonais (...)” (P4 secção 4, E15, I1, I2)</p> <p>“É uma fase natural da vida da mulher, marca o fim dos ciclos menstruais e da fertilidade É caracterizada por alterações hormonais significativas principalmente a diminuição dos níveis de estrogênio e progesterona, produzidos pelos ovários (...)” (P4 secção 4, E19, I1, I2, I3, I4)</p>
	-----	✓ Associação às alterações consequentes da menopausa	-----	<p>“Que é uma fase diferente na vida de uma mulher (...)” (P4 secção 4, E3, I1)</p> <p>“É incomodativa.” (P4 secção 4, E5)</p> <p>“Que tudo muda na vida da mulher, tanto a nível físico como psicológico.” (P4 secção 4, E8)</p> <p>“Processo transição que poderá envolver algumas alterações na mulher.” (P4 secção 4, E9)</p> <p>“(...) alterações e sintomas sentidos (...)” (P4 secção 4, E10, I1)</p> <p>“A menopausa é uma mudança no nosso corpo. A principal mudança dá-se no corpo e a outra e na nossa mente.” (P4 secção 4, E12)</p> <p>“(...) Perda densidade óssea. Oscilação humor. Alteração padrão sono.” (P4 secção 4, E15, I2)</p> <p>“Muitos desconfortos.” (P4 secção 4, E16)</p>

				<p>“A menopausa é uma fase de transição na vida de uma mulher” (P4 secção 4, E18)</p> <p>“(…) As mulheres podem apresentar uma serie de sintomas tais como: ondas de calor, suores noturnos, alterações de humor, alterações no sono, diminuição da libido, cefaleias, enxaquecas etc.” (P4 secção 4, E19, I5, I6, I7)</p>
	-----	<p>✓ Perceção da necessidade de conhecimento sobre o climatério</p>		<p>“Pouco” (P4 secção 4, E1, E6 E17, E20)</p> <p>“(…) que deve ser preparada com o máximo de informação e acompanhamento possíveis.” (P4 secção 4, E3, I1)</p> <p>“Muito pouco” (P4 secção 4, E4)</p> <p>“Não aprofundei ainda por ser recente, mas quero muito saber sobre o tema.” (P4 secção 4, E7)</p> <p>“(…) procuro ir estudando mais sobre soluções naturais para melhoria de sintomas.” (P4 secção 4, E10, I2)</p> <p>“Vou estudando/ lendo alguma informação.” (P4 secção 4, E14)</p> <p>“O básico.” (P4 secção 4, E 21)</p>
<u>Significado atribuído ao climatério</u>	Fase de transição fácil	✓ Bem-estar	0	-----
		✓ Novas oportunidades	2	-----
		✓ Novas amizades/relações	0	-----
		✓ Mudanças positivas	5	-----
		✓ Outros	-----	“Deixar de correr risco de engravidar” (P5 secção 4, E13)
	Fase de transição difícil	✓ Desconfortos/mal-estar	15	-----
		✓ Problemas de saúde	1	-----
		✓ Solidão	1	-----
		✓ Perdas (de familiares)	0	-----
		✓ Mudanças negativas	10	-----
		✓ Outra	-----	“Envelhecimento, alterações a nível psicológico” (P5 secção 4, E5)

				“Adaptação, implica alteração de hábitos – conhecimento” (P5 secção 4, E15)
<u>Implicações na qualidade de vida</u>	Alterações físicas	✓ Secura/prurido vaginal	9	-----
		✓ Incontinência urinária	2	
		✓ Dores articulares	8	
		✓ Afrontamentos, suores noturnos	16	
		✓ Aumento de peso	12	
		✓ Cabelo fino e quebradiço	5	
		✓ Alterações na pele	6	
		✓ Cansaço	12	
Alterações psicológicas	✓ Insónias	11	-----	
	✓ Sensação de tristeza	2		
	✓ Surgimento de medos (medo da morte)	0		
	✓ Ansiedade/irritabilidade	13		
Sentimentos positivos	✓ Bem, com entusiasmo para esta nova fase da minha vida	1	-----	
Sentimentos negativos	✓ Mal, deixei de gostar de mim	2	-----	
	✓ Sem energia ou vontade de fazer nada.	8		
	✓ Sentia-me triste.	5		
	✓ Indiferente	7		
-----	✓ Impacto a nível pessoal (familiar, conjugal)	-----	<p>“Afetaram essencialmente a minha vida sexual, as restantes alterações tenho sabido lidar, exceto o aumento de peso” (P3 secção 5, E5)</p> <p>“A nível pessoal, perda de autoestima, menos vontade de sexo pois devido á secura tornou se doloroso (...)” (P3 secção 5, E8, I1, I2)</p> <p>“Piora a minha relação com marido porque naturalmente é com ele que eu</p>	

				mais tenho reações de irritação.” (P3 secção 5, E10)
		✓ Impacto a nível profissional	-----	<p>“essencialmente a vida profissional consequência das insónias” (P3 secção 5, E14)</p> <p>“Maior esforço e procura de motivação” (P3 secção 5, E15)</p> <p>“faço, porque tenho que fazer” (P3 secção 5, E17)</p> <p>“Por vezes é com grande esforço que faço os meus turnos” (P3 secção 5, E18)</p> <p>“Sem vontade de fazer nada” (P3 secção 5, E20)</p> <p>“sinto me mais cansada” (P3 secção 5, E21)</p>
		✓ Impacto a nível social	-----	“(…) pressão social das "amigas", tás velha, tens tantas rugas” (P3 secção 5, E8, I2, I3)
		✓ Sem implicações	-----	<p>“Como uma nova etapa que se ultrapassa sem stress” (P3 secção 5, E2)</p> <p>“Não afetaram” (P3 secção 5, E4)</p> <p>“Num modo geral não me afeta” (P3 secção 5, E12)</p>
	-----	✓ Apoio, empatia	13	-----
		✓ Julgamento	1	
		✓ Indiferença	7	
	-----	✓ Envolvimento	14	-----
	-----	✓ Atividade sexual ativa	18	-----

	-----	✓ Conforto com atividade sexual	15	-----
	-----	✓ Desconfortos associados ao ato sexual	-----	<p>“Secura e falta de libido” (P7 secção 6, E5)</p> <p>“menos libido, menos lubrificação” (P7 secção 6, E8)</p> <p>“Dor e sem vontade” (P7 secção 6, E 17)</p>
<u>Estratégias para melhorar a qualidade de vida no processo de transição no climatério</u>	-----	✓ Estratégias utilizadas nas relações sexuais – lubrificante	-----	<p>“Uso um gel lubrificante receitado pela minha ginecologista” (P8 secção 6, E5)</p> <p>“uso gel lubrificante, mas ainda assim...” (P8 secção 6, E8)</p>
	Uso de fármacos	✓ Suplementos	3	-----
		✓ Hormonas substituição	1	
		✓ Antidepressivos	2	
		✓ Indutores do sono	1	
	Autocuidado	✓ Uso creme vaginal	3	-----
		✓ Gel íntimo	16	
		✓ Apenas água	2	
		✓ Outro sabão	5	
	Exercício físico/ atividade de lazer	✓ Caminhadas	-----	“caminhadas” (P9 secção 6, E2, E4, E7, E8, E9, E12, E14, E15, E17, E18, E19)
		✓ Corrida		<p>“correr” (P9 secção 6,E19)</p> <p>“(…) correr” (P9 secção 6, E8, I1)</p>
		✓ Pilates/Yoga		<p>“pilates” (P9 secção 6, E3, E 20)</p> <p>“(…) /yoga” (P9 secção 6, E9, I1)</p>
		✓ Ginásio		<p>“musculação, caminhadas” (P9 secção 6, E7)</p> <p>(…) Bicicleta (…)” (P9 secção 6, E9, I1)</p> <p>“exercício de força, caminhadas” (P9 secção 6, E14)</p> <p>“ginásio às vezes” (P9 secção 6, E21)</p>
		✓ Natação		<p>“natação” (P9 secção 6, E6)</p> <p>“hidroginástica (…)” (P9 secção 6, E 19)</p>
		Não realiza exercício físico		3

	Preocupação com alimentação	✓ Muito saudável	10	-----
		✓ Ligeiramente saudável	10	
		✓ Pouco saudável	1	
	Rede de apoio	✓ Família / Amigos	3	-----
		✓ Profissionais de saúde (médico, enfermeiro, terapeuta)	10	
		✓ Meios de comunicação (livros, revistas, internet, TV)	5	
	-----	✓ Procura de informação/conhecimento	-----	<p>“Querer estar mais informada e preparada e diminuir o impacto destas alterações no meu dia a dia” (P12 secção 6, E6)</p> <p>“Fui à minha médica de família, só para poder ter a certeza que estava a entrar na menopausa” (P12 secção 6, E12)</p>
	Tipo de ajuda	✓ Obteve informação sobre o processo de transição no climatério	9	-----
		✓ Obteve informações sobre estilos de vida saudáveis	2	-----
		✓ Obteve orientações em relação à vida sexual e reprodutiva.	0	-----
✓ Obteve acompanhamento em relação ao estado de saúde – rastreios (cancro da mama e colo do útero).		9	-----	
✓ Obteve tratamentos/medicamentos para ajudar.		4	-----	
✓ Obteve apoio psicológico.		2	-----	
✓ Obteve apoio de diversos profissionais.		1	-----	

	-----	✓ Eficácia das estratégias	9	-----
<u>Sugestões das participantes</u>	Educação para a saúde sobre o climatério, estilos de vida e estratégias	✓ Mais informação	18	-----
		✓ Estratégias para prevenir ou melhorar sintomas	20	-----
	Sessões em grupo	✓ Partilha dos medos e receios	6	-----
		✓ Conversas em grupos com mulheres na menopausa	6	-----
	-----	✓ Mais apoio profissional na área de enfermagem, dermatologia, psicologia, ginecologia, fisioterapia	12	-----
	-----	✓ Consultas de rotina	5	-----
-----	✓ Formação dos profissionais	-----	<p>“médicos + informados” (P1 secção 7, E8)</p> <p>“Abordar o tema sem tabus da própria com profissionais” (P1 secção 7, E15)</p>	

## **ANEXO XIII – Perfil da Amostra e Contexto em que vivem o Climatério**

Dados	Variáveis	Resultados
		Nº de respostas
▪ Idade	✓ 45-50 anos	13
	✓ 50- 55 anos	8
▪ Escolaridade	✓ Ensino básico	1
	✓ Ensinos Secundário	11
	✓ Ensino Superior	9
▪ Profissão	✓ Profissional de saúde	13
	✓ Pessoal administrativo	7
	✓ Outro	1
▪ Estado Civil	✓ Solteira	2
	✓ Casada/União de facto	18
	✓ Divorciada	1
▪ Nº de filhos	✓ Nenhum	1
	✓ Um	11
	✓ Dois ou mais	9
▪ Coabita com os filhos	✓ Sim	18
	✓ Não	2
▪ Com quem coabita	✓ Sozinha	1
	✓ Marido/companheiro	2
	✓ Marido/companheiro + filhos	16
	✓ Marido/companheiro + pais/sogros	2
	✓ Apenas com filhos	2
▪ Ainda menstrua	✓ Sim	12
	✓ Não	9
▪ Desde quando não menstrua	✓ Há 1 ano	3
	✓ Entre 2 a 6 anos	3
	✓ Há mais de 6 anos	3
▪ Menopausa por causa médica	✓ Menopausa iatrogénica	2
▪ Menopausa precoce	✓ Menopausa entre os 40 e os 45 anos	1

## **ANEXO XIV – Parecer da Comissão de Ética**

**COMISSÃO DE ÉTICA DA CUF**  
**FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJECTOS**

Investigador Principal	JOANA TOJAL PINTO E TERESA CARREIRA
Identificação Estudo/Projecto	TRANSIÇÃO PARA A MENOPAUSA - ESTRATÉGIAS DO EEESMO
Unidade	HOSPITAL
Data de submissão do estudo	27-02-2025
Data do parecer(s)	06.03.2025; 11.03.2025

**PARECER PIC N° 33/2025/51995027**

PARECER ÉTICO FAVORÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/>
PARECER ÉTICO CONDICIONADO AO PREENCHIMENTO DE REQUISITOS	<input type="checkbox"/>
PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projecto não pode ser avaliado)	<input type="checkbox"/>



[Redacted]  
Lisboa, 11 de Março de 2025

Exma. Senhora Dra. Joana Tojal Pinto,

Considerando as alterações efectuadas, tenho o gosto de comunicar que a Comissão de Ética [Redacted] deliberou emitir parecer favorável.

Agradecemos o cuidado posto na resposta às solicitações desta Comissão.

Aproveitamos para manifestar a nossa disponibilidade para tudo que considerar conveniente e apresentar os nossos melhores cumprimentos,



António Pinto Leite

Presidente da Comissão de Ética [Redacted]

## **ANEXO XV – Consentimento Informado**



### Autorização para Participação em Estudo Clínico

<b>Promotor:</b>	Joana Tojal Pinto
<b>Responsável pelo Estudo</b>	Joana Tojal Pinto
<b>Nome do Estudo:</b>	Processo de Transição no Climatério – estratégias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Este documento complementa a informação importante em relação ao estudo para o qual foi abordado/a. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

#### Informação geral

No âmbito do 10º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde de Santarém, eu, Enfermeira Joana Tojal Pinto do Internamento Geral [REDACTED] e estudante do mestrado acima mencionado, pretendo realizar um estudo no âmbito da saúde da mulher com o tema "Processo de Transição no Climatério – estratégias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica". Esta estudo tem o intuito compreender as necessidades, percepções e experiências das mulheres na fase do climatério, de modo a identificar as estratégias do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica que possam facilitar o processo de transição. A sua participação é de extrema importância e irá contribuir para a compreensão dos desafios enfrentados pelas mulheres aprimorando a prática de enfermagem, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das mulheres.

#### Qual a duração esperada da minha participação?

Tempo previsto de 10-15 minutos.

#### Quais os procedimentos do estudo em que vou participar?

Responder a um questionário com perguntas sobre a menopausa, os sintomas associados e que implicações tem na sua vida, as estratégias que utiliza para melhorar esses mesmos sintomas e que tipo de ajuda tem ou gostaria de ter no futuro para melhor a sua qualidade de vida nesta fase. Serão também tratados os dados pessoais relativos à idade, habilitações literárias, categoria profissão, email institucional, estado civil e características do agregado familiar. E em relação à sua vida sexual e reprodutiva, serão tratados os seguintes dados pessoais: historial clínico, tratamentos/prescrições e características comportamentais.

#### A minha participação é voluntária?

A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo é importante ter conhecimento que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para si. No caso de decidir abandonar o estudo, a sua relação com o Hospital [REDACTED] não será afetada.



Contribui para o aprimorar da prática de enfermagem, para que no futuro haja intervenções que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das mulheres na menopausa.

#### **Quais os possíveis riscos da minha participação?**

Não haverá riscos, uma vez garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas.

#### **Quem assume a responsabilidade, no caso de um evento negativo?**

O Promotor.

#### **Como é assegurada a confidencialidade dos dados?**

Os dados serão tratados com sigilo profissional, sendo apenas utilizados para análise entre o investigador principal e o sub-investigador, e apenas para fins académicos. A confidencialidade será garantida uma vez que os dados são pseudonimizados.

#### **O que acontecerá aos dados quando a investigação terminar?**

Serão guardados durante 5 anos e eliminados, posteriormente, da conta google drive institucional da [REDACTED] [REDACTED] previamente guardados, com o compromisso ético e legal aplicado e em consideração pelos princípios gerais de confidencialidade, proteção e segurança dos participantes.

#### **Como irão os resultados do estudo ser divulgados e com que finalidades?**


A sua confidencialidade estará salvaguardada. Apenas os dados obtidos que sejam de carácter científico serão divulgados através de publicações e reuniões científicas.

#### **Em caso de dúvidas, quem devo contactar?**

A Unidade de Saúde do Hospital [REDACTED] é a entidade subcontratante no âmbito do tratamento dos seus dados pessoais neste estudo clínico. Para obter mais informações acerca dos termos do tratamento dos seus dados pessoais, bem como acerca de quais são os seus direitos à luz da lei da proteção de dados aplicável e de como os pode exercer, consulte a Política de Privacidade Saúde [REDACTED] em [REDACTED] ou contacte o Encarregado de Proteção de Dados do Grupo [REDACTED], através de formulário no site [REDACTED] selecionando o Assunto - Proteção de dados. Nos termos da lei, é-lhe garantido o direito de, através de contacto com o Encarregado de Proteção de Dados do Grupo [REDACTED] retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para a finalidade referida, o que não invalida, no entanto, o tratamento dos dados efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado.

Sem prejuízo de qualquer outra via de recurso administrativo ou judicial, tem direito a apresentar uma reclamação à CNPD ou a outra autoridade de controlo competente nos termos da lei, caso entenda que o tratamento dos seus dados pelo investigador viola o regime legal em vigor a cada momento.



Poderá também ver esclarecidas todas as suas restantes dúvidas com a Equipa de Investigação, através de e-mail para 

#### **Autorização para Participação no Ensaio Clínico**

Li (ou alguém leu para mim) o presente documento e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no estudo - "Processo de Transição no Climatério – estratégias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica". Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste documento ou ao meu representante, devidamente assinado.

Código  \_\_\_\_\_

Nome do Participante : \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do Investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_