



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Estágio

**Parto seguro: Aplicabilidade da Lista de Verificação da
Organização Mundial de Saúde**

Marisa Sobral Monteiro de Sousa

**Lisboa
2021**

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Estágio

**Parto seguro: Aplicabilidade da Lista de Verificação da
Organização Mundial de Saúde**

Marisa Sobral Monteiro de Sousa



Orientador: Maria João Baptista dos Santos de Freitas



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

***“When you change the way you view birth, the
way you birth will change.”***

(Mongan, 2015)

AGRADECIMENTOS

Gratidão e reconhecimento:

À minha **docente orientadora Maria João Baptista dos Santos Freitas** por toda a paciência, empenho, disponibilidade e por incentivar e guiar o desenvolvimento do meu pensamento reflexivo.

A **todas as docentes** deste CMESMO pelas aprendizagens proporcionadas e por possibilitarem e apoiarem o meu crescimento académico, científico e profissional como futura EESMO.

A **todos os profissionais** com os quais me cruzei ao longo deste processo, e que me motivaram, ensinaram e contribuíram para todo o meu desenvolvimento. Em especial, à **EEESMO Florbela Mira**, pela sua empatia, orientação, confiança e por todos os momentos de aprendizagem que fez questão de me proporcionar.

Ao meu **marido Hugo**, que me apoiou incondicionalmente ao longo de toda esta etapa, que viveu comigo os momentos de angústia e ansiedade, dando-me incessantemente força para nunca desistir e continuar o projeto que tínhamos para a nossa família.

Ao meu **filho Tomás**, que tantas vezes viveu a minha ausência, mas o seu amor incondicional e inabalável me faz querer continuar a ser melhor por ele e para ele.

Aos **meus pais e irmãos** de sangue e coração, que me apoiaram, sendo a minha âncora, para conseguir conciliar vida pessoal e familiar com a profissional e académica.

Aos **colegas do 10º CMESMO**, cujo apoio, incentivo coletivo e amizade que estiveram presentes ao longo de todo este percurso académico, á nossa **Carolina...**

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABCF – Auscultação dos Batimentos Cardio-fetais **ATB** – antibioterapia

ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AM – Aleitamento Materno

APPT – Ameaça de parto pré-parto

AWHONN – Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses

BP – Bloco Partos

CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems

CMEESMO – Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CPNP – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

CS – conivente significativo

CTG – Cardiotocográfica(o) ou Cardiotocografia

DGS –Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EA – Evento Adverso

EEESMO –Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESMO –Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ER – Estágio com relatório

FC – Frequência cardíaca

FCF – Frequência cárdio-fetal

GND – Gravidez Não Desejada

ICM –International Confederation of Midwives

IG – Idade gestacional

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JBI –Joanna Brigs Institute

LVCS – Lista de verificação cirurgia segura

LVPS –Lista de Verificação Parto Seguro

MEPE –modelo efectividade do papel do enfermeiro

NREM –The nursing role effectiveness model

OC – Orientadora clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS –Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PBE – Prática baseada na evidência

PCC – População Conceito e Contexto

PP –Plano de parto

RN –Recém-Nascido

SCC –Safe checklist childbirth

SR – Scoping Review

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TA – Tensão Arterial

TP – Trabalho de Parto

UNICEF – United Nations Children's Fund

RESUMO

Este relatório surge com o objetivo de descrever a reflexão acerca do percurso de aprendizagem realizado e asseverar a análise crítico-reflexiva das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), desenvolvidas no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, enquadrada no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A assistência do EESMO à parturiente/família deve assentar no pressuposto que o nascimento deverá ocorrer com a maior segurança dignidade e integridade humana possível. Assim, este relatório pretende igualmente identificar a evidência científica acerca dos contributos da utilização da Lista de verificação para o parto seguro (LVPS) da Organização Mundial de Saúde (OMS), estatuidando a reflexão e estudo sobre a sua utilização e viabilidade nas salas de parto portuguesas.

O referencial teórico orientador dos cuidados, oportunizando a obtenção e desenvolvimento das competências, foi o Modelo da Efetividade do Papel do Enfermeiro de Irvine, Sidani, & McGillis Hall (1998).

As opções metodológicas deste relatório tiveram por base a prática baseada na evidência. A questão que norteou a revisão da literatura (Scoping Review) utilizando a metodologia do Joanna Briggs Institute (2020) foi: *Quais os contributos da utilização da LVPS da OMS para parto o seguro?* Posteriormente foi realizado um estudo exploratório, observacional e descritivo, de abordagem quantitativa, com o objetivo de determinar a aplicabilidade da LVPS em contextos hospitalares mais diferenciados e altamente tecnológicos. Auditaram-se os registos de enfermagem de 30 parturientes no período de Outubro a Dezembro de 2020.

A análise dos resultados evidenciou o nível de adesão dos EESMO às práticas essenciais descritas na LVPS bem como a frequência com que o faziam. Identificaram-se casos em que algumas das práticas não eram desenvolvidas com a frequência recomendada, ou eram omissas. Concluiu-se que a utilização da LVPS nestes ambientes também é útil para aumentar a segurança dos cuidados às parturientes. No entanto, não é imprescindível para garantir uma prática segura, o seu uso como ferramenta individual e formal, se o padrão de registo que suporta a prática de enfermagem contemplar e evidenciar as boas práticas recomendadas pela OMS para um parto seguro.

Palavras-chave: mulher, parto, segurança, qualidade, lista de verificação.

ABSTRACT

This report aims to describe the reflection on the learning path undertaken and assert the critical-reflective analysis of the common and specific competences of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health (EESMO), developed within the Curricular Unit Internship with Report, framed in the 10th Master's Course in Maternal and Obstetric Health Nursing.

The EESMO assistance to the parturient/family must assume that the birth should take place with the greatest safety, dignity and human integrity possible. Thus, this report also intends to identify the scientific evidence about the contributions of the use of the Checklist for Safe Childbirth (LVPS) of the World Health Organization (WHO), establishing the reflection and study on its use and feasibility in delivery rooms Portuguese.

The theoretical framework guiding care, providing opportunities for obtaining and developing skills, was the Nurse's Role Effectiveness Model by Irvine, Sidani, & McGillis Hall (1998).

The methodological choices in this report were based on evidence-based practice. The question that guided the literature review (Scoping Review) using the Joanna Briggs Institute methodology (2020) was: What are the contributions of the use of the WHO LVPS for safe delivery? Subsequently, an exploratory, observational, and descriptive study with a quantitative approach was carried out, with the aim of determining the applicability of the LVPS in more differentiated and highly technological hospital contexts. The nursing records of 30 parturients were audited from October to December 2020.

The analysis of the results showed the level of adherence of the EESMO to the essential practices described in the LVPS, as well as the frequency with which they did so. Cases were identified in which some of the practices were not developed as often as recommended or were missing. It was concluded that the use of LVPS in these environments is also useful to increase the safety of care for parturients. However, it is not essential to ensure a safe practice, its use as an individual and formal tool, if the record standard that supports the nursing practice contemplates and highlights the good practices recommended by the WHO for a safe birth.

Keywords: woman, childbirth, safety, quality, checklist.

INDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	13
1.1. Qualidade e segurança dos cuidados	13
1.2. Lista de verificação para o parto seguro da Organização Mundial de Saúde (OMS) ..	16
1.3. O Modelo da efetividade do papel do enfermeiro	18
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS E PROCESSO DE TRABALHO	21
2.1. Scoping Review	21
2.1.1. Estratégia de Pesquisa	23
2.1.2. Discussão	24
2.1.3. Considerações Finais.....	26
2.2. Parto Seguro: Aplicabilidade da Lista de Verificação da OMS.....	27
2.2.1. Plano de Trabalho	27
2.2.2 Métodos para a prática	28
2.2.3 Resultados	29
2.2.3.1. Primeiro momento da LVPS - Admissão no BP	29
2.3.1.2 Segundo momento da LVPS – Antes da expulsão	32
2.3.1.3 Terceiro momento da LVPS – Logo após o parto	35
2.3.1. Discussão dos resultados.....	39
2.3.2. Considerações finais e implicações para a prática	41
2.4. Considerações Éticas.....	44
3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECIALIDADE E DO GRAU DE MESTRE: UMA ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	45
3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional e pré-natal.....	45
3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	50
3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	57
3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e da mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.....	61
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

ANEXOS

Anexo I – Lista de Verificação para parto seguro da OMS

Anexo II – Certificado de participação: *5th Biennial European Conference "Nursing's innovation, influence and impact on global health: looking back and moving forward"*

Anexo III- E-book SIGMA: *5th Biennial European Conference "Nursing's innovation, influence and impact on global health: looking back and moving forward"*

Anexo IV – Requerimento n.º 10470, alteração do Tema

Anexo V– Síntese do registo de atividades práticas

APÊNDICES

Apêndice I: Modelo da Efetividade do Papel do Enfermeiro adaptado ao estudo realizado

Apêndice II: Pesquisa MedLine

Apêndice III: Pesquisa CINAHL

Apêndice IV: Pesquisa Academic Search

Apêndice V: Fluxograma de identificação e seleção dos estudos/artigos. (PRISMA)

Apêndice VI: Resultados/ Síntese dos artigos da Scoping Review

Apêndice VII: Esquema dos contributos da LVPS

Apêndice VIII: Poster “Contributos da utilização e adaptação da Lista de Verificação Parto Seguro da Organização Mundial de Saúde: Scoping Review”

Apêndice IX: Instrumento Excel para tratamento de dados

Apêndice X: Trabalho realizado no contexto de Ginecologia: IST

Apêndice XII: Sessão de formação BP, realizada em contexto de Estágio com relatório

Apêndice XII: Avaliação da sessão de formação em contexto de Estágio com relatório

Apêndice XIII: Sessão de educação para a saúde: “Sexualidade e Violência no Namoro”

Apêndice XIV: Trabalho realizado no contexto de estágio de puerpério: Norma para alta.

Apêndice XV: Sessão de formação: depressão pós-parto

Apêndice XVI: Documento para a consulta das Infecções sexualmente transmissíveis

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1: Modelo da efetividade do papel do enfermeiro.....	20
Quadro n.º2: Palavras-chave seguindo a mnemónica PCC.....	22
Quadro n.º 3: Critérios de Inclusão e Exclusão.....	23
Quadro n.º 4: Termos de Pesquisa: CINAHL, MEDLINE e ACADEMIC SEARC.....	24
Quadro n.º 5: Primeiro momento da LVPS - Admissão no BP.....	29
Quadro n.º6: Segundo momento da LVPS – Antes da expulsão.....	32
Quadro n.º7: Terceiro momento da LVPS – Logo após o parto.....	35
Quadro n.º8: Adesão da equipa de enfermagem às práticas essenciais da LVPS da OMS.....	38

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório, surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrada no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, e constitui-se como um dos elementos de avaliação da mesma. Inicialmente, este curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi convolado a Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com o Despacho nº1482/2010, de 21 de janeiro, com alterações introduzidas pelo Despacho 9990/2019 de 4 de novembro.

Neste percurso formativo, utilizando uma prática reflexiva e baseada em evidência científica, foi minha pretensão/objetivos gerais enquanto futura enfermeira especialista, desenvolver as competências comuns e específicas, explanadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019); no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Regulamento nº391/2019); no Essential Competencies for Midwifery Practice da International Confederation of Midwives (ICM, 2019) e ainda as competências para alcançar o grau de Mestre.

Ao longo do meu percurso profissional, sempre dei grande enfoque às questões da segurança e qualidade associadas ao processo de cuidados, refletindo, informando-me e intervindo nas áreas passíveis de serem melhoradas. Todavia, foi através dos novos saberes, adquiridos neste processo formativo, que tive conhecimento da existência de uma ferramenta de suporte a cuidados seguros prestados às parturientes durante o trabalho de parto, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), denominada: “Lista de Verificação para Parto Seguro” (LVPS). Ao efetuar uma pesquisa bibliográfica inicial e entrevistas informais a EESMO que exercem funções em locais de nascimento hospitalares, constatei que em Portugal não existe evidência da aplicação da LVPS nas salas de parto portuguesas, pelo que delineei como objetivos específicos: Desenvolver competências no cuidar da mulher em trabalho de parto com qualidade e segurança; aprofundar conhecimentos relativos à segurança dos cuidados prestados às parturientes; analisar a aplicabilidade da LVPS da OMS em locais de nascimento hospitalares portugueses; divulgar a LVPS da OMS e os benefícios da sua utilização aos EESMO; refletir com os EESMO acerca dos resultados da análise da aplicabilidade da LVPS no contexto hospitalar português.

Para além dos acima referidos, são igualmente objetivos específicos deste relatório: cuidar da mulher inserida na comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, período pré-concepcional e período pré-natal; cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante

o período pós-natal; cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, em idade fértil e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

O referencial teórico, orientador dos cuidados de enfermagem, oportunizando a obtenção e desenvolvimento das competências, foi o Modelo da Efetividade do Papel do Enfermeiro, de Irvine, Sidani, & McGillis Hall (1998).

Este relatório, está dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo, relativo ao enquadramento conceptual, integra a revisão da literatura que sustenta a temática e o quadro de referência orientador do desenvolvimento da prática de cuidados. O segundo capítulo, inclui toda a fase metodológica do projeto de desenvolvimento formativo e profissional, desde o mapeamento da literatura através da *revisão scoping segundo a JBI* (Aromataris & Munn, 2020), à implementação e análise dos resultados do projeto. Segue-se o capítulo III com a reflexão sobre o percurso de desenvolvimento de competências nos diferentes contextos clínicos. Termina no capítulo IV, com a reflexão final relativa a este percurso formativo e de desenvolvimento profissional. Por último as respetivas referências bibliográficas utilizadas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Neste capítulo, apresento uma breve revisão da literatura relativa à temática subjacente a este relatório seguindo-se o quadro teórico que suporta o desenvolvimento da prática de enfermagem ao longo dos diferentes contextos clínicos.

1.1. Qualidade e segurança dos cuidados

Segundo a OMS (2017) nascem cerca de 130 milhões de crianças anualmente, contudo ocorrem 303 000 mortes maternas, 2,6 milhões são nados-mortos e 2,7 milhões recém-nascidos morrem nos primeiros 28 dias de vida.

Estes dados demonstram que o parto é um processo complexo e com risco de mortalidade ou morbilidade, materna e/ou fetal. No entanto, alguns destes acontecimentos, podem ser evitados, pois as principais causas estão perfeitamente identificadas: hemorragia, hipertensão e infeção (Lowdermilk & Perry, 2008). A maior parte das causas de morte foram atribuídas a síndromes hemorrágicas constituindo uma das principais causas de mortalidade e morbilidade perinatal, contribuindo também para mau prognóstico materno (Graça, 2017). Lowdermilk & Perry (2008), referem também que “a mortalidade materna continua a ser considerada um problema significativo” e em pleno século XXI, é um problema mundial que é preciso resolver. Assim, nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio - adotados em 2000 os Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) comprometeram-se a reduzir a taxa de mortalidade

materna em 75%, em 2015, relativamente a 1990, no entanto essa meta não foi de todo atingida, levando a ONU definir como prioritário a redução do rácio de mortes maternas para menos de 70 em cada 100 mil nados-vivos até 2030. Portugal com a introdução de um programa de vigilância da gravidez de baixo risco no Serviço Nacional de Saúde, há muito que atingiu essa meta, sendo atualmente de 12,7 mortes maternas por cada 100 mil nascimentos (PORDATA, 2019). Todavia, esta taxa apesar de se situar muito abaixo da preconizada pela ONU, já foi significativamente mais baixa, observando-se um incremento preocupante nos últimos cinco anos.

Outro indicador que espelha a qualidade da assistência pré-natal é a mortalidade neonatal observando-se em Portugal uma tendência similar à mortalidade materna, sendo que, em 2015 era de 2,0 tendo aumentado para 2,2/1000 nados vivos em 2018. Este incremento, reflete o aumento de 23 óbitos de menores de 28 dias Oliveira (2017). Quanto á mortalidade perinatal, aumentou em 2018 relativamente a 2015 de 3.9 para 4.2 por cada 1000 nascimentos (PORDATA, 2019).

Estima-se que aproximadamente 2% das parturientes sofram algum evento adverso (EA) grave durante o parto, o que contribui para a morbilidade e mortalidade materna e neonatal (Regal, Gilbert & Burwick, 2015). Um EA é classificado como um dano decorrente de uma determinada intervenção, sendo que este dano pode ser evitável ou não (Moura, M., & Mendes, W., 2012) e questiona a eficiência e a efetividade dos cuidados de saúde, que são pilares da qualidade em saúde (Donabedian, 1996).

A qualidade em saúde é assim definida, como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, Diário da República, 2015). A qualidade em saúde, seja ela no âmbito público ou privado, está ancorada em três importantes fatores: a) Estrutura – onde o cuidado de saúde é definido pela estrutura física, administrativa e técnica, ou seja, refere-se ao ambiente de cuidados no que tange à parte física (sede), ambiente organizacional e recursos humanos; b) Processo: refere-se às atividades ligadas aos cuidados baseados na assistência e acolhimento efetivamente prestado, normas, protocolos seguidos pelos serviços; e c) Resultado – avaliado continuamente por indicadores (Donabedian, 1996; Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998; Sousa & Serranheira, 2014).

Com o propósito de definir a qualidade dos cuidados de enfermagem a Ordem dos Enfermeiros (OE) enunciou seis categorias de Padrões de Qualidade que o enfermeiro, na procura permanente da excelência, deve perseguir e que são: a satisfação dos clientes; a

promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e ao autocuidado dos clientes; a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem (OE,2018).

A definição de Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem permite o desenvolvimento de instrumentos de avaliação dos cuidados de enfermagem que nortearão a promoção e implementação de programas de melhoria contínua (Freitas, 2015).

Para que os cuidados sejam de qualidade, é implícito que estes sejam dotados de segurança. A promoção da segurança do doente, é conquistada através da integração do conhecimento científico e técnico atualizado, na prática dos cuidados e pressupõe, momentos de reflexão multidimensional, interpessoal e interdisciplinar, sendo que os problemas relacionados com a segurança do doente devem ser vistos como um momento para partilhar e adequar conhecimentos. Assim é imperativo desenvolver e produzir recursos de forma a contornar os problemas de segurança identificados (ACSS, 2015). A segurança do doente configura “a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados em saúde a um mínimo aceitável” (Sherman, H., Castro, G., Fletcher, M., Hatlie, M., & Hibbert, P., 2009), pois, tal como refere Pisco e Biscaia (2001), já não chega fazermos o nosso melhor, é imperativo que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os processos de cuidados, demonstrando que é obtida a melhor qualidade possível.

Com o desígnio de melhorar a segurança e qualidade dos cuidados, têm vindo a ser implementadas nas últimas décadas, protocolos e normas a nível mundial, que têm como objetivo coadjuvar a prevenção de EA. Nos últimos anos, tem havido um enfoque na realização de pesquisas, que desenvolvem conhecimento científico, levando a adoção de procedimentos de verificação periódica em diversas áreas, visando a melhoria do processo de cuidados (Roscani, Ferraz, Oliveira Filho & Freitas, 2015) e minimizando a ocorrência de EA. Existe assim, uma tendência mundial para adotar práticas mais seguras, baseadas em evidência científica e recomendadas por organizações internacionais como a OMS, sendo exemplo as diretrizes de ações para promover e garantir a segurança de pacientes cirúrgicos divulgadas em 2008, que promoveram em diversos países a adoção de uma lista de verificação dos procedimentos cirúrgicos (Checklist de Segurança Cirúrgica). Posteriormente a Agência Nacional de Segurança do Paciente (NPSA – National Patient Safety Agency) do Reino Unido adaptou a referida Checklist para mulheres submetidas a cesariana (NHS,2010 e Marcolin, 2015). Portugal adotou a Lista de Verificação para Cirurgia Segura (LVCS) da OMS, sendo esta incorporada como um dos objetivos enunciados na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020 (DGS, 2015).

O uso de instrumentos que ajudam no quotidiano dos colaboradores a melhorar a segurança é importante para terem a certeza que prestam cuidados de qualidade e baseados em evidencia científica (Neves, H., Pereira, M., Alves, S., Gomes, G. P., Bachion, M. & Souza, A., 2014). As listas de verificação de segurança são instrumentos amplamente utilizados para aumentar a segurança na assistência à saúde (Fausett, M., Propst, A., Van Doren, K., & Clark, B., 2011) e são recomendadas como parte dos processos de padronização para a prevenção de erros no processo assistencial (Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M., 2000 e IOM, 2011). Utilizar listas de verificação incrementa a segurança dos diversos atores do processo de cuidados. Daud-Gallotti, Morinaga, Arlindo-Rodrigues, Velasco, Martins & Tiberio (2011), destacam que essa segurança sofre diversas influências como: o próprio ambiente de trabalho, profissionais devidamente capacitados, aspetos institucionais, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento obedecendo a legislação vigente, compromisso e responsabilidade de todos no cumprimento da Lista de Verificação a ser aplicada.

1.2. Lista de verificação para o parto seguro da Organização Mundial de Saúde (OMS)

A OMS em conjunto com enfermeiras, parteiras, médicos obstetras, pediatras, clínicos gerais, especialistas em segurança dos doentes de todo o mundo, desenvolveu uma lista organizada de práticas essenciais baseada em evidências para o intraparto, que visa evitar/diminuir as principais causas de morte materna e neonatal em todo o mundo, e promover cuidados de alta qualidade durante o parto nas unidades de saúde. Cada item da Lista de Verificação para o Parto Seguro (LVPS) é uma ação crítica que, se não for cumprida, poderá provocar sérios danos à parturiente, ao recém-nascido ou a ambos (OMS, 2017).

A LVPS (tradução em português europeu), ou originalmente, Safe Childbirth Checklist (SCC), foi desenvolvida com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência às parturientes, por forma a que as maternidades pudessem ter uma assistência padronizada em relação aos principais riscos associados ao parto. O documento foi construído em inglês por diversos especialistas, como ação universal, contém 29 itens de fácil aplicação, necessita de poucos recursos, é facilmente aplicável em hospitais, com o intuito de garantir uma assistência ao parto livre de eventos adversos e danos irreparáveis, como morte materna e neonatal. O SCC foi testado em dez países dos continentes Africano e Asiático com resultados positivos (OMS, 2014).

A LVPS da OMS (Anexo I) é aplicada em 4 momentos chave: antes do parto; antes da expulsão (ou cesariana); logo após o parto (no espaço de uma hora); e antes da alta, englobando todos os momentos em que a mulher se encontra na maternidade, e com dois públicos-alvo,

parturiente e feto/recém-nascido. Foi desenvolvida para garantir a execução de práticas de cuidados /intervenções essenciais, sendo capaz de ajudar na comunicação direta e coordenação entre a equipa multidisciplinar. A LVPS, pretende contribuir para evitar as principais causas de mortes maternas (hemorragia, infeção, trabalho de parto obstruído, distúrbios hipertensivos) e neonatais (cuidados intrapartos inadequados, asfixia perinatal, infeção e complicações da prematuridade), sendo que esta pode ser usada tanto em ambientes ricos como pobres em recursos (OMS, 2015).

Os cuidados prestados a mulheres grávidas, devem ser seguros e de qualidade, o que envolve aspetos como a correta utilização da LVPS, procedimentos técnicos, corpo de conhecimento científico e competências relacionais que promovam o parto humanizado (Dodou, Sousa, Barbosa & Rodrigues, 2017).

A OMS considera que o uso da LVPS traduz-se num melhor cuidado à mulher em trabalho de parto, garantindo ainda a qualidade nos registos, pois permite a análise de todo processo que está a ser realizado na prestação dos cuidados de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, e proporciona uma melhoria na comunicação entre a equipa e diminuição dos riscos (OMS, 2016).

Atualmente e devido à evidencia científica disponível sabemos que o uso de Listas de verificação para validar práticas/procedimentos, possibilita minorar o risco que está intrínseco a essas mesmas práticas, permitindo em simultâneo aprimorar a gestão de risco nas instituições, com foco na segurança dos clientes e na qualidade dos cuidados prestados, facilitando igualmente aos profissionais de saúde avaliar o cuidado oferecido, introduzindo melhores práticas que minimizem e evitam a ocorrência de eventos adversos num ciclo de melhoria continua (Gomes, Salvador, Rodrigues, Silva, Ferreira, & Santos, 2016).

Os riscos referentes à parturiente e ao recém-nascido são uma realidade presente e cabe à equipe multiprofissional, que atua durante todo o processo de parto e pós-parto delinear estratégias e estabelecer barreiras para garantir a segurança.

A LVPS foi idealizada de forma genérica, para que pudesse ser utilizada em países com pouca tecnologia diagnóstica (como laboratório de análises clínicas e de imagens), havendo assim sempre necessidade de adaptação aos contextos locais (OMS,2015). A OMS (2017), no seu guia de implementação da LVPS, refere que a mesma é dinâmica e reconhece a necessidade de adaptação transcultural e validação para as realidades locais, de forma a adequá-la aos diversos contextos, idiomas e práticas.

Em Portugal, os contextos clínicos em que se prestam cuidados a parturientes e recém-nascidos são altamente diferenciados e complexos, suportados em tecnologia e conhecimento

científico atualizado, pelo que pode ser questionável a utilidade da Lista de Verificação para Parto Seguro da OMS como ferramenta genérica de apoio à prática diária, para garantir a qualidade e segurança nos cuidados prestados.

Face à evidencia científica (Spector, Agrawal, Kodkany, Lipsitz, Lashoher, Dziekan & Gawande, 2012; Nababan, Islam, Mostari, Tariqujjaman, Sarker, Islam & Moucheraud, 2017; Praxedes, Arrais, Araújo, Silva, Gama & Freitas, 2017; SantAna, Leite, Vilela, Sanfelice, Almeida & Alves, 2017; Albolino, Dagliana, Illiano, Tanzini, Ranzani, Bellandi & Tartaglia, 2017; Semrau, Hirschhorn, Delaney, Singh, Saurastri, Sharma & Gawande, 2018; Carvalho, Rosendo, Freitas, Silva, Medeiros, Moutinho, Pimenta & Gama, 2018) que identifica a pertinência e os benefícios da utilização da Lista de Verificação para Parto Seguro da OMS pelos profissionais que prestam cuidados às parturientes, sem, contudo, indicar ou diferenciar características dos contextos clínicos para a sua utilização, urge compreender a sua aplicabilidade e utilidade em ambientes mais tecnológicos e diferenciados como são as salas de parto dos hospitais portugueses.

1.3. O Modelo da efetividade do papel do enfermeiro

Como quadro de referência, foi escolhido para este trabalho, o Modelo da Efetividade do Papel do Enfermeiro (The Nursing Role Effectiveness Model (NREM)). Tendo este, sido desenvolvido e testado por Irvine, Sidani, & McGillis Hall (1998) e atualizado por Doran, Harrison, Hirdes, Laschinger, Hirdes, Rukholm, Sidani, et al. (2006). Este modelo, está ancorado no modelo de avaliação da qualidade em saúde, de Donabedian (1996), que tem na sua conceptualização a tríade: Estrutura, Processo e Resultado. São vários os estudos que enunciam a relação de influência das variáveis de Estrutura sobre as variáveis de Processo e de Resultado (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Johnson, Mass, & Moorhead, 2004; Joseph, 2007).

A Estrutura, refere-se às características dos ambientes de cuidados de saúde como as instalações, os equipamentos, os materiais clínicos, os prestadores de cuidados e os utilizadores destes serviços, que individualmente e em conjunto influenciam o Processo de cuidados e a qualidade dos Resultados (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Doran D., 2011), assim, podemos designar como parte da Estrutura, a estrutura organizacional (competências dos profissionais, dotações, renumeração), o cliente (variáveis de carácter pessoal e de saúde/doença, como a idade e a gravidade da doença).

O Processo, reporta-se ao modo como os cuidados são prestados e recebidos (intervenções de enfermagem, recursos consumidos, ferramentas de apoio aos cuidados). Inclui as

intervenções autónomas e interdependentes dos enfermeiros. Sendo Intervenções autónomas, aquelas que são iniciadas pelos enfermeiros em resposta a diagnósticos de enfermagem, com total responsabilidade. Pressupõem um julgamento clínico em resposta à situação do cliente (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002), a implementação das intervenções e a sua avaliação (Januário, 2013). As Intervenções interdependentes são funções e responsabilidades partilhadas com outros membros da equipa, que estão interdependentes e em concretização, necessitando igualmente de capacidade de decisão clínica autónoma. Incluem atividades de comunicação, implementação e coordenação de cuidados de manutenção (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

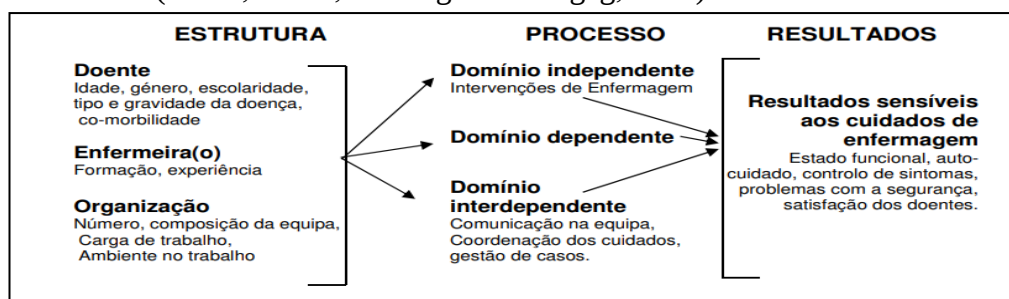
Este modelo teórico, propõe relações entre os diferentes papéis que os enfermeiros assumem nos cuidados de saúde e os resultados que são esperados pelos cuidados de enfermagem, podendo estes serem categorizados em atividades dependentes, interdependentes ou independentes. Transpondo para a realidade portuguesa, as atividades independentes enunciadas por Irvine, Sidani & Hall (1998), estão ao nível das intervenções autónomas (OE, 2015a) pois são realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com a sua qualificação profissional. No que se refere ao domínio interdependente, são as funções e responsabilidades em que os enfermeiros participam, mas que estão ligadas ou são comuns a funções de outros profissionais (Doran et al., 2006). Relativamente ao domínio dependente da atividade de enfermagem, são aquelas que a sua implementação, é dependente de prescrições/tratamentos médicos. Segundo Doran (2002), este modelo permite uma análise do papel interdependente e autónomo do enfermeiro por forma a atingir maior e melhor qualidade nos cuidados de saúde e aclarar o contributo dos enfermeiros para os Resultados em saúde, ou seja, a evidência da efetividade dos cuidados de Enfermagem (Doran, et al., 2006).

Quanto aos Resultados, estes são indicadores da evolução no sentido da resolução do problema e reportam-se ao efeito dos cuidados no estado de saúde dos clientes ou população, incluindo o comportamento adotado, o conhecimento retido, a satisfação e os ganhos em qualidade de vida (Rosa, 2016), sendo avaliados em continuum (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002). Subdividem-se em 6 categorias: prevenção de complicações; resultados clínicos, como o controle de sintomas; conhecimento da doença, o seu tratamento e gestão dos efeitos colaterais; resultados de saúde funcionais, tais como físico, social, funcionamento cognitivo, mental e habilidades de autocuidado; satisfação com o atendimento; custos.

Compreende-se assim, uma ligação estreita entre os cuidados oferecidos aos clientes e os resultados verificados pela sua implementação, tornando-se a análise destes, imprescindíveis para a avaliação, monitorização e melhoria da qualidade em saúde (Donabedian, 2005).

Tal como está patente no quadro 1, o Modelo da Efetividade do Papel do Enfermeiro (MEPE) exhibe a natureza multidimensional de uma situação de cuidados, podendo, na opinião de Irvine, Sidani, Keatings, & Doidged (2002), orientar a investigação sobre os mecanismos que estão implícitos à forma como os cuidados de enfermagem podem influenciar os resultados obtidos. Neste sentido o modelo, possibilita uma visão sobre a efetividade dos cuidados de enfermagem, assim como averiguar a sensibilidade dos resultados em saúde, aos cuidados de enfermagem (Seabra, 2014).

Quadro 1. O Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem – Nursing Role Effectiveness Model (Irvine, sidani, Keatings & Doidgeg, 2002).



O MEPE, induz a análise da relação entre variáveis de Estrutura, Processo e Resultado, possibilitando uma visão sobre a efetividade da enfermagem, com recurso a um conjunto de indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Seabra, 2014). Encoraja investigadores, administradores e técnicos a conceptualizar em termos do processo de cuidados, que tem impacto direto nos resultados, e os fatores estruturais das organizações que podem influenciar o processo de cuidados e consequentemente os resultados dos cuidados, podendo ser utilizado para avaliar as dimensões estruturais, de processo e de resultado, relacionando com o objetivo dos estudos que se pretendam desenvolver (Seabra, 2014). Os estudos que utilizam este modelo conceptual possibilitam a avaliação da efetividade das intervenções a partir dos resultados esperados (Azzolin, 2011).

Neste alinhamento a avaliação da qualidade dos cuidados é contínua e não baseada apenas na análise de resultados ou consequências de erros ocorridos na prática clínica/ complicações permitindo reconhecer o contributo dos enfermeiros (Estrutura) através dos cuidados que prestam (Processo) na sua prática clínica, para os resultados atingidos (Resultados) (Doran, 2002), de acordo com as sete dimensões propostas por Donabedian (2003): eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade; e equidade.

O modelo amplia a avaliação da eficácia e da eficiência. Ao avaliar a eficácia utilizam-se condições controladas e nas avaliações sobre eficiência estudam-se resultados, em condições não controladas da prática, associando o seu custo (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004; Moorhead S., Johnson, Maas, & Sawnsen, 2010). A efetividade diz respeito à capacidade de se promoverem os resultados pretendidos, é a relação entre os resultados conseguidos e os resultados propostos. O MEPE permite análise e conclusões sólidas se, para determinados resultados, conseguirmos relacionar as práticas de cuidados específicos, com os fatores estruturais que mais influenciam esses fatores de processo (Irvine, Sidani, & Hall, 1998).

Assim sendo, emerge a importância da utilização de ferramentas que permitam o controle do processo e garantam a qualidade dos resultados como é exemplo a “Lista de Verificação para o Parto Seguro”, desenvolvida pela OMS, com a finalidade de garantir e monitorizar um conjunto de práticas/intervenções essenciais à segurança da grávida em trabalho de parto, bem como ao seu feto. De forma a ilustrar a incorporação da temática selecionada para este percurso formativo o MEPE, foi realizado um quadro representativo, podendo ser consultado em Apêndice I.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS E PROCESSO DE TRABALHO

A excelência na prestação de cuidados é uma prioridade do EEESMO e apenas é alcançada com recurso a processos de formação contínua que incorporem a evidência científica mais atual. Assim, e com o objetivo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente/Conivente significativo (CS), recorreu-se à *Scoping Review* (SR), para posteriormente a prática ser baseada na evidência (PBE), fundamentando a tomada de decisão na prática de cuidados.

2.1. Scoping Review

As revisões sistemáticas visam fornecer uma síntese abrangente e imparcial de muitos estudos relevantes em um único documento, usando métodos rigorosos e transparentes. Uma revisão sistemática visa assim, evidenciar, sintetizar e resumir o conhecimento existente para enformar a prática (Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., Khalil, H., 2019). A *Scoping Review*, sendo uma das metodologias possíveis para efetuar revisões sistemáticas, permite realizar uma pesquisa metódica e organizada, através do mapeamento da evidência científica disponível, sendo exequível a identificação de estudos acerca da temática escolhida e viabilizando a identificação de lacunas na evidência científica disponível, assim como novos campos a explorar dentro das temáticas.

Desta forma, a SR é uma ferramenta de pesquisa útil para os profissionais de saúde ao possibilitar: o rápido acesso à evidência disponível acerca de uma determinada temática em estudo; a inclusão de todos os estudos e artigos obtidos baseados na sua relevância e não na qualidade dos mesmos; a identificação de lacunas na evidência disponível que poderão servir de orientação para a produção de nova evidência científica e, finalmente, a promoção da publicação e disseminação dos resultados da investigação (Armstrong, Hall, Doyle & Waters, 2001; Tricco, Antony, Zarin, Strifler, Ghassemi, Ivory, Straus, et al., 2015; Tricco, Lillie, Zarin, O'Brien, Colquhoun, Kastner, Straus, et al., 2016).

Para a realização da *Scoping Review* utilizou-se o referencial normativo do Joanna Briggs Institut de 2020 (Aromataris & Munn, 2020) e seguiu-se um processo de pesquisa estruturado, que requereu métodos rigorosos, para garantir que os resultados fossem confiáveis e significativos. Importa ressaltar que no âmbito da Unidade curricular Opção, foi iniciado este projeto de elaboração do protocolo da SR, de acordo com o método proposto pelo JBI (Aromataris & Munn, 2020).

Assim, relativamente ao enquadramento, justificação da temática e discussão dos resultados, foi realizada uma pesquisa exaustiva da literatura acerca dos contributos da LVPS. É de salientar que a pesquisa foi iniciada no ano de 2019, repetida semestralmente em 2020 e novamente, no 1º Trimestre de 2021.

O título da Scoping Review realizada foi: **“Importância da utilização da Lista de Verificação da OMS para o Parto Seguro: Uma Revisão Scoping”**.

Os objetivos foram: mapear a literatura existente sobre os contributos da utilização da lista de verificação da OMS para o parto seguro; aprofundar o conhecimento sobre a utilização da LVPS.

Como questão de investigação definiu-se: **Quais os contributos da utilização da LVPS da OMS para parto o seguro?**

Utilizando a estratégia participantes, conceito e contexto (PCC), foram incluídos na SR estudos que: a) quanto ao tipo de participantes abordem mulheres em trabalho de parto/parturientes; b) quanto ao conceito abordem a utilização da LVPS; c) quanto ao contexto, considerou-se não aplicável, tal como está patente no Quadro 2.

	<i>Termos naturais</i>	
	Português	Inglês
População (P)	Mulher em trabalho de Parto: Mulher; Parto	Woman in labor: Woman; Childbirth

Conceito (C)	Lista de Verificação	Checklist
	Qualidade	Quality
	Segurança	Safety
Contexto (C)	Não aplicável	

Quadro 2 - Palavras chave seguindo a mnemónica PCC

Os critérios de inclusão/ exclusão são a base para a realização da Scoping Review, pois através da determinação destes é exequível mapear a evidência científica e, têm efeitos na estratégia de pesquisa e na seleção dos artigos a serem incluídos (Aromataris & Munn, 2020). No Quadro 3 estão definidos os critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 3- Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão	• Artigos de natureza qualitativa e quantitativa, relativos a investigação primária e secundária e artigos de opinião e que retratem os contributos, resultados, a importância ou benefício do uso da LVPS da OMS. • Artigos acessíveis em full-text • Artigos em Língua Portuguesa, Inglesa, Francesa, Italiana ou espanhola
Critérios de Exclusão	• Artigos anteriores a 2010 (Ano em que foi lançada a Lista de Verificação da OMS) • Artigos que não contemplem os contributos da utilização da LVPS da OMS

2.1.1. Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa foi constituída por três passos: 1) Pesquisa inicial limitada às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete (via EBSCOhost); ACADEMIC SEARCH com termos naturais, no Google académico, obras literárias e literatura cinzenta, seguindo-se uma análise de palavras de texto nos títulos e resumos e das palavras chave usadas para descrever o artigo; 2) Segunda pesquisa usando todas as palavras-chave e termos de índice identificados, em todas as bases de dados incluídas; 3) As referências bibliográficas de todos os artigos e relatórios identificados foram analisadas para identificar estudos adicionais .

Na pesquisa realizada na base de dados *MEDLINE* (Apêndice II) verificaram-se quais os termos indexados possíveis para cada uma das palavras-chave, bem como o seu termo natural, a pesquisa de termos com truncatura e posteriormente foi feita a sua agregação com o operador booleano *OR*. Após a agregação destes termos para cada palavra-chave foi realizada uma pesquisa com a associação das mesmas com o operador booleano *AND*.

Seguidamente foi realizada a pesquisa na base dados *CINAHL* e *ACADEMIC SEARCH* (Apêndice III e IV) utilizando os mesmos termos escolhidos para a *MEDLINE*, repetindo-se todo o processo de agregação e associação. No quadro 4 estão representados os termos utilizados para a pesquisa.

Quadro 4 – Termos de Pesquisa: *CINAHL*, *MEDLINE* e *ACADEMIC SEARCH*

	<i>Termos naturais</i>		<i>CINAHL</i> (<i>Termos Indexação</i>)	<i>MEDLINE</i> (<i>Termos Indexação</i>)	<i>ACADEMIC SEARCH</i> (<i>Termos Indexação</i>)
População (P)	Mulher em trabalho de Parto	Woman in labor	Woman; Expectant Mothers; Childbirth; Vaginal Birth	Woman; Parturition; Childbirth	Woman; Female; Childbirth
Conceito (C)	Lista de verificação; Qualidade; Segurança	Checklist; Quality; Safety	Checklist; Quality; Quality Improvement; Quality of Nursing Care; Quality of Health Care; Safety Patient Safety	Checklist; Quality; Quality Improvement; Quality of Nursing Care; Quality of Health Care; Safety	Checklist; Quality; medical quality control; Safety

Posteriormente foi realizado o Fluxograma *Prisma* (Apêndice V) que espelha o processo de identificação e seleção dos 7 artigos incluídos na SR.

Foi realizada uma avaliação e seleção dos artigos por forma a apresentar uma descrição narrativa que responda à questão e ao objetivo da revisão *scoping*.

Os resultados apresentam-se sob a forma de tabela (Apêndice VI), na qual é possível identificar as características dos estudos, como o título, o ano, o objetivo, a população/amostra, o método utilizado e as principais conclusões. A síntese de cada artigo está identificada com um código (ex. E1) tendo o número de ordenação sido atribuído de forma aleatória. A tabela foi elaborada com base no manual da JBI (Aromataris & Munn, 2020). Foram encontrados artigos em Língua Portuguesa e Inglesa em que 5 foram publicados no ano 2017, 1 em 2018 e 1 em 2012.

2.1.2. Discussão

Na síntese da evidencia obtida através da RS verificou-se que a adesão à LVPS da OMS induziu um aumento da segurança dos cuidados prestados pois houve aumento no cumprimento das práticas essenciais (Nababan, Islam, Mostari, Tariqujjaman, Sarker., Islam & Moucheraud, 2017; Spector , Agrawal, Kodkany, Lipsitz, Lashoher, Dziekan, Gawande, 2012), sendo que na admissão da mulher, com a utilização da LVPS, eram colhidas todas as informações necessárias

ao preenchimento de todos os seus itens (Praxedes, Arrais, Araújo, Silva, Gama & Freitas, 2017). A utilização da lista incitou o aumento do uso do Partograma, pelo que a LVPS pode ser uma ferramenta para apoiar os profissionais de obstetrícia a evitar eventos adversos que ocorrem durante o parto, já que há uma monitorização e documentação de todo o processo de trabalho de parto (Albolino, Dagliana, Illiano, Tanzini, Ranzani, Bellandi & Tartaglia, 2017; Carvalho, Rosendo, Freitas, Silva, Medeiros, Moutinho, Pimenta & Gama, 2018). A implementação de protocolos de segurança, que contêm medidas para reduzir a ocorrência de eventos adversos, são apoiados, tanto por profissionais de saúde como pelos clientes, já que estes vêm garantir a segurança, pois os protocolos garantem à parturiente e ao seu feto/ recém-nascido a diminuição dos riscos e a redução de complicações (Albolino, Dagliana, Illiano, Tanzini, Ranzani, Bellandi & Tartaglia, 2017), pelo que a utilização da LVPS é satisfatória para manter a qualidade e segurança no trabalho de parto e pós-parto para o binómio mãe/bebé (SantAna, Leite, Vilela, Sanfelice, Almeida & Alves, 2017). Exemplo do referido é a diminuição do tempo de internamento (Praxedes, Arrais, Araújo, Silva, Gama & Freitas, 2017) e da taxa de morte fetal (Spector, Agrawal, Kodkany, Lipsitz, Lashoher, Dziekan, Gawande, 2012) que se observou com a adesão às práticas essenciais para garantir a segurança dos cuidados, nos locais onde foi aplicada a LVPS (Semrau, Hirschhorn, Delaney, Singh, Saurastri, Sharma & Gawande, 2018) e ao uso mais racional de medicamentos (Nababan, Islam, Mostari, Tariqujjaman, Sarker, Islam & Moucheraud, 2017). Também se denotaram mudanças nos padrões de comportamento individual, por exemplo na higienização das mãos (SantAna, Leite, Vilela, Sanfelice, Almeida & Alves, 2017).

A LVPS da OMS por abranger um conjunto de práticas essenciais desde o momento da admissão até à alta, que são evidenciadas quando registadas, permite a monitorização, a avaliação do processo de cuidados e a identificação de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados (SantAna, Leite, Vilela, Sanfelice, Almeida & Alves, 2017). Porém, para efetivar a melhoria da qualidade dos cuidados com a LVPS, deve ser tido em conta a necessidade de sensibilizar, responsabilizar e habilitar os profissionais para o seu uso, com necessidade de reforço de estratégias e tecnologias que fortaleçam a cultura de segurança dos clientes nas instituições (Albolino, Dagliana, Illiano, Tanzini, Ranzani, Bellandi & Tartaglia, 2017).

A utilização da LVPS tem uma boa adesão no grupo profissional de parteiras, mas baixa adesão dos médicos obstetras. Para compreender este fenómeno foi também estudada a componente da comunicação, concluindo-se que há efetivamente má comunicação entre os diferentes membros da equipa que prestam cuidados às mulheres em trabalho de parto, embora, a lista pareça promover o trabalho interdisciplinar (Albolino, Dagliana, Illiano, Tanzini,

Ranzani, Bellandi & Tartaglia, 2017). A LVPS promove a comunicação entre parteiras e mães (Nababan, Islam, Mostari, Tariqujjaman, Sarker,, Islam & Moucheraud, 2017).

Outra vantagem da LVPS, é o facto de ser um instrumento de baixo custo de implementação (Spector , Agrawal, Kodkany, Lipsitz, Lashoher, Dziekan, Gawande, 2012).

A LVPS mostrou-se importante para lembrar aos profissionais de saúde que prestam cuidados às parturientes, as boas práticas a serem obrigatoriamente desenvolvidas em todos os partos, assumindo-se como uma ferramenta, que destaca as falhas no processo de cuidados, e nos fatores de estrutura de suporte aos cuidados (Spector, Agrawal, Kodkany, Lipsitz, Lashoher, Dziekan, Gawande, 2012).

Foi realizado um esquema, que remeto para apêndice (Apêndice VII), onde é possível verificar de forma sucinta todos os contributos explanados nos diferentes estudos, sendo que é evidente a melhoria da qualidade e segurança nos processos de cuidados, assim como a melhoria da satisfação quer de profissionais, quer das mulheres alvo dos cuidados.

2.1.3. Considerações Finais

Com esta revisão, foi possível identificar os inúmeros contributos da utilização da LVPS da OMS e aclarar os benefícios tanto para a díade mãe/filho, pois aumenta a sua satisfação aquando seu atendimento pelo aumento do nível de segurança; mas também para os profissionais, que a usam como aliada para a garantia da prestação de cuidados segundo todas as boas práticas, assegurando uma assistência com qualidade.

Em alguns dos estudos que integram esta SR, é mencionado a componente da comunicação, como algo que também é alvo de melhoria com a utilização da LVPS, que tem um papel fulcral na uniformização de práticas e da comunicação verbal e escrita na equipa multidisciplinar.

Havendo ganhos, em qualidade e segurança, há por consequência ganhos em saúde e ganhos económico-financeiros, já que a aplicabilidade da LVPS quando realizada de forma sistemática, traz efetivamente, diminuição dos riscos, diminuição dos danos e diminuição dos tempos de internamento.

De uma forma geral, a LVPS, nos contextos em que foi utilizada, na sua maioria países em desenvolvimento, é de facto uma mais-valia para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, mostrando inúmeras vantagens quando aplicada. No entanto, falta saber se em países desenvolvidos, como por exemplo em Portugal, se as mais valias na sua utilização são de facto significativas. São vários os autores que apontam para necessidade de realização de novos e mais estudos nesta temática, nomeadamente para melhor compreender a interação complexa entre qualidade, contexto e resultados obtidos. Referem também, a importância da adaptação da LVPS a nível local e a avaliação do seu contexto.

Esta scoping Review, foi apresentada sob a forma de poster, (Apêndice VIII) na *5th Biennial European Conference "Nursing's innovation, influence and impact on global health: looking back and moving forward"* (Anexo II), tendo sido publicada no e-book da Sigma (Anexo III), em Maio de 2020 (p.295-296).

2.2. Parto Seguro: Aplicabilidade da Lista de Verificação da OMS

Neste subcapítulo, é evidenciada a metodologia utilizada para a concretização da temática subjacente ao meu projeto de estágio com relatório, assim como o plano, execução e análise dos resultados obtidos.

2.2.1. Plano de Trabalho

Inicialmente, o Título proposto para este Relatório de Estágio era: *“Parto Seguro: Adaptação da Lista de Verificação da Organização Mundial de Saúde”*, tendo sido planeado no “Projeto de Estágio com Relatório” um conjunto de atividades a serem desenvolvidas no contexto de Bloco de Partos, com a finalidade de dar consecução ao mesmo. Todavia, ao iniciar esse Ensino Clínico agendei com a Sra. enfermeira chefe do serviço uma reunião para apresentar o meu projeto, solicitar consentimento e colaboração para o seu desenvolvimento.

Durante essa reunião fui surpreendida com a sua não adesão ao projeto. Foi invocado, que tratando-se de um serviço de referência para o sul do país e ilhas em cuidados peri-natais diferenciados, sendo a instituição acreditada como hospital amigo dos bebés pela UNICEF desde 2005 e ainda, um hospital creditado pelo sistema CHKS, que garante a qualidade e excelência na prestação de serviços e a melhoria contínua dos processos de atuação, não faria sentido a adaptação a esse contexto da LVPS da OMS que agrega intervenções consideradas básicas, quando os profissionais de saúde são altamente diferenciados e integram na sua prática diária essas e outras intervenções. Foi ainda justificado, que a metodologia de trabalho do serviço apresentava como alicerces a humanização e satisfação das utentes/família: respeito pela **privacidade** (salas de parto para cada uma das parturientes), promoção do **conforto** (possibilidade de hidroterapia, aromoterapia e musicoterapia durante o trabalho de parto), da **segurança** (cardiotocógrafos ligados a uma central de monitorização, permitindo a monitorização permanente do bem-estar materno-fetal , telemetria e sistema de pulseiras eletrónicas para Recém-nascidos), do **acompanhamento** (permissão de acompanhamento 24h durante o trabalho de parto), estimulação da **relação precoce mãe-pai-recém-nascido** (contacto precoce pele a pele após o nascimento), **visitas** (visitas de grupos de grávidas que realizam preparação para o parto nos Centros de Saúde da área de influência) , **promoção do parto normal** (prática de cuidados segundo as recomendações da Organização Mundial de

Saúde promotoras do parto normal), e do **aleitamento materno** (contacto precoce e a amamentação na primeira meia hora de vida). Perante as justificações apresentadas pela enfermeira chefe, e a sua não concordância com o projeto, deparei-me com a impossibilidade de o realizar tal como tinha projetado, com a necessidade de reformular o objetivo de “Promover a adaptação da LVPS da OMS ao contexto português” para “Analisar a aplicabilidade da LVPS da OMS em locais de nascimento hospitalares portugueses”, o que também implicou a alteração do título deste Relatório (registo n.º10470, Anexo IV) para: ***“Parto Seguro: Aplicabilidade da Lista de Verificação da Organização Mundial de Saúde”***.

Assim sendo, realizei novo plano de trabalho, com as atividades que visavam a concretização deste novo projeto, sendo elas: Pesquisa de evidência científica para fundamentar a pertinência da utilização da LVPS em ambientes de nascimento com maior diferenciação dos profissionais de saúde e de tecnologia; refazer a revisão sistemática da literatura sobre os contributos da LVPS da OMS, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher em trabalho de parto e em paralelo aprofundar conhecimentos sobre a LVPS; Propor o novo projeto à Sra. Enfermeira chefe do serviço, por forma a obter o seu consentimento e a sua colaboração; identificar os recursos, protocolos e práticas existentes no serviço para garantir cuidados seguros; conhecer os aplicativos de registo de cuidados (Sistema informático de suporte aos registo dos cuidados de enfermagem, Partograma); Identificar nos aplicativos de registo de cuidados a evidência da consecução das 29 práticas essenciais enunciadas na LVPS, nos momentos críticos preconizados; Analisar os resultados obtidos e divulga-los junto da chefia e da equipa de enfermagem; propor ações de melhoria face aos resultados encontrados.

2.2.2 Métodos para a prática

A Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros (LVPS), foi desenvolvida para ajudar os profissionais de saúde a prestarem cuidados de alta qualidade durante o parto em unidades de saúde, desde o momento em que a grávida é admitida até ao momento em que a puérpera e o seu recém-nascido deixam a unidade de saúde (OMS, 2017).

Em Portugal, os contextos clínicos em que se prestam cuidados a parturientes e recém-nascidos são altamente diferenciados e complexos, suportados em tecnologia e conhecimento científico atualizado, pelo que pode ser questionável a utilidade da LVPS como ferramenta de apoio à prática diária, para garantir a qualidade e segurança nos cuidados prestados, pelo que, urge estudar a sua aplicabilidade a esta realidade.

Para a compreensão do fenómeno em estudo, realizei um estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa, com o objetivo geral de: verificar se a existência de um instrumento padronizado como a Lista de Verificação para o Parto Seguro da OMS, é imprescindível para

manter a assistência segura e com qualidade, em contextos clínicos mais desenvolvidos e diferenciados. Como objetivo específico pretendi analisar a adesão às 19 práticas essenciais descritas nos três primeiros momentos da LVPS, pela equipa de enfermagem do Bloco de Partos (BP) de um hospital português.

Para o efeito descrito, procedi à análise documental dos registos de enfermagem (informáticos e em suporte de papel/Partograma) de 30 parturientes a quem também prestei cuidados, no período que decorreu entre Outubro de 2020 e Fevereiro de 2021. A recolha e análise de dados incidiu apenas sobre três dos quatro momentos que integram a LVPS da OMS e que dizem respeito às práticas de cuidados que garantem a qualidade e segurança dos cuidados prestados às parturientes em três momentos distintos: no momento da admissão (6 práticas), imediatamente antes do parto (5 práticas) e no pós-parto imediato (8 práticas). Ou seja, os três momentos que ocorrem enquanto a grávida está internada no serviço de BP. Foi construído um instrumento de apoio à auditoria dos registos (Guia de observação dos itens da LVPS) para avaliar a evidência da prestação dos cuidados/práticas essenciais, com base nos itens que integram a LVPS. Os dados para o seu preenchimento, foram extraídos das intervenções de enfermagem registadas no plano de cuidados das parturientes (informatizado e redigido em linguagem classificada/CIPE) e do Partograma (suporte papel). Utilizei um Guia por auditoria ao processo de enfermagem de cada parturiente. Para garantir o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, procedi à codificação individual de cada instrumento de recolha de dados. Todos os itens da LVPS tiveram como escala de medida: Realizado e registado (1); Não registado (0). Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva com recurso ao programa Excel, tal como está descrito em Apêndice IX.

2.2.3 Resultados

Neste subcapítulo apresento a análise dos dados obtidos, organizados de acordo com os três momentos distintos para a execução das práticas essenciais e em conformidade com o preconizado pela OMS.

2.2.3.1. Primeiro momento da LVPS - Admissão no BP

A admissão de uma parturiente no BP constitui-se como um momento crucial para os profissionais de saúde efetuarem uma avaliação inicial da parturiente que será determinante para detetar e iniciar o tratamento de complicações pré-existentes ou desencadeadas pela gravidez/ trabalho de parto, o que, até poderá implicar a transferência da grávida para outra Unidade de Saúde com um nível de diferenciação de cuidados mais elevado. É também neste momento que o profissional de saúde deve prover a parturiente de informação pertinente

relativa ao trabalho de parto, com ênfase nos sinais de alarme/ desvios da normalidade e conduta a adotar.

A OMS na sua LVPS identifica neste primeiro momento, seis práticas indispensáveis para garantir a qualidade dos cuidados e a segurança da parturiente.

No Quadro 5, apresento essas práticas e em simultâneo a frequência de adesão às mesmas evidenciado na amostra em estudo.

Quadro 5- Práticas essenciais no Momento 1- Admissão no BP

1. A parturiente tem de ser transferida? Não. Sim, organizada.
O BP deste hospital é um centro de referência nacional altamente diferenciado e com capacidade de resposta a necessidades de cuidados complexos, pelo que não há lugar a transferência para outra unidade mais diferenciada. Resultado: considerou-se este item realizado/registado em 100%.
2. Partograma iniciado? Não, inicia a partir de 4cm. Sim. Começar a registar no Partograma quando a dilatação do cérvix for ≥ 4 cm (Critério de normalidade da evolução da dilatação cervical na fase ativa cerca de 1 cm/h).
Resultado: 96.7% dos registos evidencia que como o Partograma foi iniciado na fase ativa do trabalho de parto.
2.1. A cada 30 min: registar Frequência cardíaca materna (FCM), Contratilidade uterina (CU) e Frequência cardíaca fetal (FCF).
A OMS recomenda o registo no Partograma a cada 30' da FCM, da FCF e da CU, sem, contudo, especificar se essa recomendação é igual para parturientes com monitorização contínua desses indicadores ou avaliação ocasional. Dado que as parturientes neste BP têm estes parâmetros continuamente monitorizadas e com alarmes sonoros para desvios da normalidade, considerou-se que a avaliação destes parâmetros era realizada pela equipa de enfermagem de hora a hora. Resultado: Neste critério verificou-se que 100 % dos registos evidenciavam esta prática.
2.2. A cada 2 h registar a Temperatura materna
Resultado: verificou-se evidencia desta prática em apenas 16.7% da amostra.
2.3. A cada 4 h registar Tensão Arterial Materna
Resultado: constatou-se a sua evidencia em apenas 50% da amostra.
3. A parturiente precisa de tomar antibióticos? Não; Sim, administrado. (Antes de administrar questionar se tem alergia a qualquer medicamento.)

Critérios para administração de antibiótico: se a temperatura for $\geq 38^{\circ}\text{C}$; história de corrimento vaginal fétido ou rotura de membranas >18 h.

A OE (2015), refere que questionar a grávida relativamente a alergias anteriores é uma boa prática. Efetivamente, esta prática é sempre realizada na avaliação inicial da grávida, que ocorre durante o procedimento de admissão/acolhimento no BP. Segundo a OMS, a necessidade de a parturiente iniciar antibioterapia advém da presença de temperatura corporal acima de 38°C , existência de corrimento vaginal fétido ou com rotura das membranas placentares superior a 18 horas. O protocolo do BP em que decorreu o estudo, para além destes critérios, inclui também mulheres com pesquisa positiva de *Streptococcus B* anal/vaginal e devem iniciar a antibioterapia no início do trabalho de parto. **Resultado:** constatou-se que 66.7% da amostra, não apresentou critérios segundo a OMS e segundo o protocolo do BP, para iniciar antibioterapia. Apenas, 33.3% da amostra ostentava critérios para iniciar antibioterapia, o que correspondia a 10 parturientes. Nos registos de 1 (10%) dessas parturientes com rotura de membranas e líquido amniótico com cheiro fétido, não foi encontrada evidencia da administração do antibiótico. Ou seja, em **96,7% da amostra foi cumprida a boa prática de avaliação da necessidade de antibioterapia e da sua administração em função da presença dos critérios definidos pela OMS.**

4. A parturiente precisa de tomar Sulfato de Magnésio e fazer tratamento anti-hipertensivo? Não. Sim, sulfato magnésio/ tratamento anti-hipertensivo administrado.
Critérios para administração de Sulfato de magnésio à parturiente: TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria $\geq 3+$; TA diastólica ≥ 90 mmHg e proteinúria $\geq 2+$ com presença de cefaleias, e/ou distúrbio visual e/ou dor epigástrica; **Critérios para administração de tratamento anti-hipertensivo:** TA sistólica >160 mmHg. Objetivo: manter a TA sistólica <150 e a diastólica <100 mmHg.)

Resultado: 96.7% da amostra, não evidenciava necessidade da administração de Sulfato de magnésio ou de tratamento anti-hipertensivo. Apenas 3,3% da amostra (1 parturiente) apresentava hipertensão arterial, tendo iniciado tratamento com Sulfato magnésio e Labetalol.

Constata-se que 100% da amostra evidenciou o cumprimento desta boa prática.

5. Encorajar a presença do acompanhante no parto. Não. Sim, acompanhante presente

A OMS (2015), refere que: “A presença de acompanhantes durante o trabalho de parto aumenta a probabilidade de a parturiente ter um parto vaginal espontâneo em vez de cesariana, ou parto com ventosa ou fórceps.” Os acompanhantes, dão apoio à parturiente durante o período do pré-parto, do parto e do pós-parto e estes podem ser cruciais a identificar os sinais de perigo e a alertar os profissionais de saúde. **Resultado:** verificou-se que em **apenas 13.3% dos registos da amostra, havia sido mencionada a presença ou o encorajamento do acompanhante para estar junto da parturiente.**

6. Confirmar que a parturiente ou o acompanhante pedirão ajuda durante o trabalho de parto, se necessário.

Segundo a OMS, o facto dos acompanhantes e da parturiente saberem o nome do profissional que os assiste, aumenta o nível de confiança no momento em que for necessário pedir ajuda, sendo igualmente importante informar previamente sobre os sinais de alarme e a conduta a adotar. Assim no momento da admissão a parturiente deve ser alertada para pedir ajuda se houver: hemorragia vaginal, dor abdominal grave, dor de cabeça forte ou distúrbio visual, incapacidade de urinar ou necessidade de fazer força. **Resultado: A análise dos registos demonstra que em apenas 10%, da amostra esta prática foi implementada e registada.**

2.3.1.2 Segundo momento da LVPS – Antes da expulsão

No momento 2, denominado de “Antes da expulsão”, a OMS reitera que este é um momento crucial para detetar e tratar complicações que possam ocorrer durante o trabalho de parto e prevenir eventuais situações de crise que possam surgir após o parto. A LVPS neste segundo momento enuncia cinco práticas imprescindíveis para garantir a qualidade dos cuidados e a segurança da parturiente. No Quadro 6 apresentamos essas práticas e em simultâneo o nível de adesão às mesmas evidenciado na amostra em estudo.

Quadro 6- Práticas essenciais no Momento 2- Antes da expulsão do feto

1. A parturiente precisa de tomar antibióticos? Não; Sim administrado. Antes de administrar questionar se tem alergia a qualquer medicamento.

Critérios para administração de antibiótico- se a temperatura for $\geq 38^{\circ}\text{C}$; história de corrimento vaginal fétido ou rotura de membranas >18 h (OMS, 2008; OMS 2015), e se streptococcus B positivo no exsudado anal/vaginal, de acordo com o protocolo em vigor da instituição. Também devem ser administrados antibióticos se o parto for por cesariana (OMS, 2009), ou instrumentado com presença de laceração grau III/IV.)

Os protocolos terapêuticos deste BP são concordantes com as orientações acima descritas.

Resultado: Verificou-se que 66.7% da amostra não apresentava critérios para a administração de antibióticos. Cerca de, 33.3% da amostra ostentava critérios para iniciar antibioterapia, o que correspondia a 10 parturientes. Nos registos de uma dessas parturientes (10%) com rotura de membranas e líquido amniótico com cheiro fétido, não foi encontrada evidência da administração do antibiótico. Ou seja, **em 96,7% da amostra foi cumprida a boa prática de avaliação da necessidade de antibioterapia e da sua administração em função da presença dos critérios definidos pela OMS.**

2. A parturiente precisa de tomar Sulfato de Magnésio e fazer tratamento anti hipertensivo? Não. Sim, sulfato magnésio/ tratamento anti-hipertensivo administrado.

Crítérios para administração de sulfato de magnésio à parturiente: TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria $\geq 3+$; TA diastólica ≥ 90 mmHg e proteinúria $\geq 2+$ com presença de cefaleias, e/ou distúrbio visual e/ou dor epigástrica.; **Crítérios para administração de tratamento anti-hipertensivo:** TA sistólica > 160 mmHg. Objetivo: manter a TA sistólica < 150 e a diastólica < 100 mmHg.)

A presença de Hipertensão Arterial na gravidez pode assumir uma forma perigosa dando origem à instalação do Síndrome de pré-eclampsia/ Eclampsia com graves consequências maternas e fetais, pelo que deve ser monitorizada e controlada com terapêutica anti-hipertensivas e prevenidas convulsões com a administração de sulfato de magnésio. Os protocolos terapêuticos deste BP estão alinhados com as orientações da OMS. **Resultado:** 96.7% da amostra, não evidenciava necessidade da administração de sulfato de magnésio ou de tratamento anti-hipertensivo. Apenas 3,3% da amostra (1 parturiente) apresentava hipertensão arterial, havendo evidência de registo de administração de terapêutica anti-hipertensiva e sulfato de magnésio, pelo que se constatou que 100% da amostra evidenciou o cumprimento desta boa prática.

3. Confirmar que existe o material mínimo necessário para o parto ao lado da cama, preparar e efetuar o parto.

Prestar cuidados à parturiente logo a seguir ao parto: Confirmar que só há um bebé (não mais); Administrar oxitocina dentro de 1 minuto após o parto; Dequitação 1-3 minutos após o parto; Massajar o útero depois da placenta sair; confirmar se o útero está contraído.)

No momento do parto, podem ocorrer situações imprevistas que têm de ser resolvidas no imediato, pelo que os profissionais de saúde devem estar preparados para qualquer eventualidade e estarem munidos do material necessário para atuarem. Os materiais

essenciais deverão estar sempre disponíveis, limpos, funcionais e prontos a utilizar. Neste BP para além do material mínimo descrito estão sempre disponíveis na sala de parto outros materiais e equipamentos coadjuvantes ao parto. São preconizadas pela OMS (2018), intervenções a realizar à puérpera imediatamente após o parto, por forma a garantir uma expulsão segura da placenta e a evitar uma hemorragia pós-parto, como é exemplo a administração de 10 unidades ocitocina IM (intramuscular) no espaço de 1 minuto após a expulsão do feto. Constatou-se que no BP o protocolo para a administração da ocitocina é diferente relativamente à dosagem, à via e ao momento ideal de administração. Assim, após a dequitação administram-se 20 unidades de ocitocina diluídas em 500cc de soro fisiológico em perfusão endovenosa. De acordo com a literatura consultada verificou-se que a via de administração de ocitocina e a dosagem a administrar no pós-parto, para a prevenção da hemorragia pós-parto, não é consensual. No entanto segundo Bonomi, Cunha, Trigueiro, Lobato & Tavares (2012) e Cunningham (2001), a sua administração após a dequitação e em perfusão endovenosa é uma forma segura e eficaz. Em relação às outras intervenções essenciais não se identificaram dissemelhanças. **Resultado: Em 100 % da amostra estudada observou-se evidencia da adesão a estas práticas.**

4. Confirmar que existe o material mínimo necessário para prestar cuidados ao recém-nascido (toalha limpa; lâmina/tesoura esterilizada para cortar o cordão umbilical; dispositivo de aspiração; Ambu e máscara) e prepará-lo.

Prestar cuidados imediatos ao RN: Secar a pele mantê-lo quente; Se não respirar, estimulá-lo e desobstruir vias aéreas; Se continuar a não respirar laquear e cortar o cordão, desobstruir as vias aéreas, se necessário, ventilar com Ambu e máscara e pedir ajuda.)

Relativamente aos materiais para o RN, a OMS (2018) indica que para além do material necessário para o parto, deverá existir igualmente o material necessário para os cuidados imediatos ao RN, em que se inclui o material de reanimação. Após o nascimento, o bem-estar do RN é avaliado com recurso ao Índice de Apgar (IA). Esta escala permite avaliar a capacidade de adaptação do RN à vida extrauterina, inclui a avaliação de cinco itens indicadores de vitalidade: a Frequência Cardíaca, a frequência respiração, a coloração da pele, a irritabilidade reflexa (choro, gemido) e o tónus muscular, ao 1º, 5º e 10º minutos de vida. Cada item pode ser pontuado de 0 a 2. O score final é obtido pelo somatório da pontuação atribuída a cada item, sendo 10 o valor máximo passível de ser obtido. IA de 9-10 expressam uma boa capacidade de adaptação do RN à vida extrauterina. Segundo Northem (2001) citado por Teixeira (2010), o IA tem provado ser um bom preditor da necessidade de

observação mais cuidada ou prestação de cuidados imediatos mais diferenciados na sala de partos.

Resultado: No BP em que decorreu o estudo, existe o material preconizado e dispõe de uma sala com todo o material e equipamentos necessários à reanimação do RN, que é diariamente verificado e repostado, pelo que se considerou 100% de evidência de cumprimento desta prática.

Cerca de 10% dos RN da amostra, apresentaram IA ao 1º, 5º e 10º minutos inferior a 9/10/10. Destes, 6,6%, precisaram de ser transferidos para o Serviço de Neonatologia, os restantes após os cuidados prestados pela equipa de enfermagem, obtiveram IA 8-9-10, acabando por ficar em alojamento conjunto com a mãe no Internamento de puerpério. Constatou-se assim que, independentemente de se tratar de um RN com ou sem necessidades especiais, são prestados os cuidados adequados e em alinhamento com as orientações da DGS dos protocolos do BP e da OMS/LVPS. **Dado a evidência relatada, considera-se este item da LVPS como 100% realizado/registado.**

5. *Assistente identificado e pronto para ajudar no parto, caso seja necessário.*

Segundo a OMS, os profissionais de saúde devem estar preparados para eventuais emergências por forma a garantir a segurança da parturiente e do RN. Assim, é imperioso que exista um membro da equipa previamente identificado, para apoiar a/o parteira/o em caso de emergência. **Resultado:** No contexto analisado a equipa de saúde é multidisciplinar em regime presencial. O enfermeiro ESMO presta cuidados à parturiente realizando o parto com o apoio de um enfermeiro generalista, que aciona outros recursos em caso de necessidade (equipa médica de obstetrícia, neonatologia ou anestesia). Assim, **neste critério foi determinado como 100% realizado/registado, face à organização existente na instituição.**

2.3.1.3 Terceiro momento da LVPS – Logo após o parto

Para a OMS, é essencial observar a parturiente e o RN logo após o parto (no espaço de uma hora) para detetar eventuais complicações que ocorram e atuar em conformidade. Outro aspeto importante é fornecer informação à puérpera (e ao seu acompanhante) sobre quais são os sinais de perigo/ alerta e recomendar para reportar de imediato ao profissional de saúde, quando presentes em simultâneo ou individualmente.

A LVPS no momento 3, denominado de “Logo após o parto” define oito práticas que têm como finalidade a deteção precoce de complicações e a conduta a adotar na sua presença.

No Quadro 7, estão descritas essas práticas e analisada a adesão da equipa de enfermagem do BP.

Quadro 7- Práticas essenciais no Momento 3- Logo após o parto

1. A parturiente tem sangramento anormal? Não. Sim, pedir ajuda. <i>(Se sangramento anormal: massajar o útero, considerar mais uterotómico, iniciar fluidos endovenosos, manter a parturiente quente, tratar a causa (atonía uterina, placenta/fragmentos retidos, lacerações vaginais, rotura uterina).)</i>
O sangramento anormal pós-parto é uma grave complicação que deverá ser detetada e tratada o mais cedo possível. Segundo a OMS, o utilizador da Lista de Verificação deverá confirmar se o sangramento é normal e se o útero está bem contraído antes da puérpera ter alta do bloco de partos. O profissional de saúde deverá ainda verificar outros sinais ou sintomas como falta de ar ou cansaço aumentado. Resultado: 100% dos registos da equipa de enfermagem evidenciam a avaliação das perdas hemáticas por via vaginal, as características do útero e de outros parâmetros hemodinâmicos que revelam o bem-estar da puérpera, no pós-parto imediato.
2. A parturiente precisa de tomar antibióticos? Não; Sim administrado. (Antes de administrar questionar se tem alergia a qualquer medicamento.) <i>Critérios para administração de antibiótico- se a placenta for removida manualmente, se a temperatura da puérpera for $\geq 38^{\circ}\text{C}$, se tiver tremores e/ou corrimento vaginal fétido, se tiver laceração do períneo de terceiro ou quarto grau.</i>
Resultado: Na amostra estudada, 76.7% das puérperas, não apresentaram critérios que justificassem o início de antibioterapia, todavia 23.3% da amostra, apresentava critérios para administração de antibiótico. Neste universo (7 puérperas), a auditoria aos registos revelou que uma destas puérperas não tinha realizado antibioterapia. Assim, determinou-se que no pós-parto imediato 96,7% da amostra estava em conformidade com o determinado pela OMS.
3. A puérpera precisa de tomar Sulfato de Magnésio e fazer tratamento anti-hipertensivo? Não. Sim, sulfato magnésio/ tratamento anti-hipertensivo administrado. <i>Critérios para administração de sulfato de magnésio à puérpera: TA diastólica $\geq 110\text{ mmHg}$ e proteinúria $\geq 3+$; TA diastólica $\geq 90\text{ mmHg}$ e proteinúria $\geq 2+$ com presença de cefaleias, e/ou distúrbio visual e/ou dor epigástrica; Critérios para administração de tratamento anti-</i>

hipertensivo: TA sistólica >160 mmHg. Objetivo: manter a TA sistólica <150 e a diastólica <100 mmHg.

Em todos os momentos da LVPS, a hipertensão materna ou a sintomatologia prodrômica de pré-eclampsia/eclampsia e as suas alterações laboratoriais, fazem parte da avaliação necessária por forma a manter a segurança da mulher.

Resultado: Neste item, mais uma vez, verificou-se que os registos relativos a esta prática, se encontravam 100% registados/realizados, à semelhança do que acontecera no momento 1 e 2, pois foi iniciado tratamento anti-hipertensivo ou administrado sulfato de magnésio, sempre que estas situações se verificaram.

4. O bebé precisa de Transferência? Não. Sim, efetivada.

Sendo o hospital em que decorreu o estudo um centro de referência materno-fetal nacional, não há lugar a transferência para outra unidade, exceto quando não existe vaga de internamento na Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia.

Resultado: face às circunstâncias do contexto local, foi considerado como 100% registado/realizado.

5. O bebé precisa de antibióticos? Não. Sim, administrado.

Critérios para administração de antibioterapia ao RN: Se a mãe tiver feito antibioterapia durante o TP para tratar uma infeção; se o RN tiver: Frequência respiratória >60 ciclos/min ou <30 ciclos/min; retração torácica, gemido ou convulsões; Reação lenta aos estímulos; Temperatura <35° (não subindo após aquecimento) ou > 38°.

Resultado: Na amostra em estudo, na presença dos critérios acima descritos e em caso de suspeita de doença no RN, os registos evidenciaram que foi sempre solicitado pela equipa de enfermagem a avaliação do RN pelo médico neonatologista, que observaram e encaminharam o RN, sendo neste item considerado 100% registado/realizado.

6. O bebé precisa de cuidados especiais e de monitorização? Não. Sim, organizados.

Critérios para cuidados especiais: prematuridade; peso à nascença <2500g; precisar de antibióticos; precisar de reanimação.

Resultado: Na amostra em estudo e na presença de pelo menos um dos critérios acima descritos, os registos evidenciaram que foram prestados os cuidados em conformidade com as necessidades, e indicações do médico neonatologista, sendo esta prática essencial considerada 100% registado/realizado.

7. Amamentação e contacto pele com pele iniciados (se a parturiente e o bebé estiverem bem).
Resultado: A totalidade dos registos de enfermagem analisados fazem referência à promoção da amamentação precoce e ao contacto pele a pele. Estas são intervenções de rotina no puerpério imediato praticadas pela equipa de enfermagem, estão integradas no projeto denominado “Maternidade com qualidade” em curso neste BP e consideradas indicadores de boa prática. Resultado: Verificou-se que 100% dos registos evidenciavam estas práticas.
8. Confirmar que a parturiente / acompanhante pedirão ajuda, se houver sinais de perigo.
Segundo a OMS (2018), na presença de um processo passível de complicações imprevisíveis, como é o processo de nascimento, as puérperas e acompanhantes, devem ser ensinados a reconhecer os sinais de perigo e a alertar o enfermeiro responsável pelos cuidados, caso esses sinais ocorram, sendo eles: hemorragia vaginal, dor abdominal forte, cefaleias intensas ou distúrbio visual, respiração difícil, febre e calafrios ou dificuldade em urinar; assim como, sinais relativos ao RN: respiração ofegante ou respiração difícil, febre, frio inexplicável, parar de mamar bem, menor atividade do que normalmente ou alteração da coloração corporal. Resultado: Constatou-se que em apenas 23.3% da amostra há evidência nos registos, de que os enfermeiros terão explicado à puérpera/família os sinais de alarme.

Constatou-se que os valores médios de evidência de adesão (registo) às práticas essenciais definidas pela OMS na LVPS são diferentes nos três momentos tal como está plasmado na Quadro 8, sendo a evidência da adesão mais expressiva nos momentos 2 (99,34%) e 3 (90%).

Quadro 8- Adesão da equipa de enfermagem às práticas essenciais da LVPS da OMS

Adesão da equipa de enfermagem às práticas essenciais da LVPS da OMS			
	Momento 1	Momento 2	Momento 3
	100	96,7	100
	96,7	100	96,7
	96,7	100	100
	16,7	100	100
	50	100	100
	96,7		100
	100		100
	13,3		23,3
	10		
Média	64,46	99,34	90,00

2.3.1. Discussão dos resultados

A realização deste estudo, teve como principal objetivo verificar se a existência de um instrumento padronizado como a Lista de Verificação para o Parto Seguro da OMS, é efetivamente útil para manter a assistência segura e com qualidade, em contextos clínicos mais desenvolvidos e diferenciados, capazes de oferecer uma resposta mais complexa às necessidades de cuidados das parturientes e dos recém-nascidos, como é o caso da maternidade/BP em que o estudo foi desenvolvido.

A LVPS é um instrumento potencialmente útil para prevenir resultados adversos, tanto para as parturientes como para os recém-nascidos. Esta, induz boas práticas que agem tanto nas causas diretas de morte materna (doenças hipertensivas, hemorragia e infecção puerperal) como nas causas indiretas (doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério e infecções agudas ou prévias) e das mortes neonatais (cuidados intraparto inadequados, asfixia perinatal, infecção e complicações da prematuridade) (OMS, 2018). São múltiplos os estudos que comprovam que as listas de verificação são benéficas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e que elas aperfeiçoam a adesão a boas práticas, podendo ser usadas tanto em ambientes ricos como pobres em recursos humanos e tecnológicos (Morse, Fonseca, Barbosa, Calil, Eyer, 2011; Spector, Agrawal, Kodkany, Lipsitz, Lashoher, Dziekan, & Gawande, 2012; Massoud, & Kimble, 2015; Patabendige, & Senanayake, 2015; OMS, 2015; OMS, 2017; Santos, Pedroni, Carlotto, Silva, Gouveia, & Vieira, 2020).

Melhorar continuamente a qualidade da assistência no parto é uma necessidade mundial que está inscrita no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 da agenda para 2030 das Nações Unidas (ONU, 2015), pelo que é imperioso identificar e intervir sobre as principais causas da mortalidade e morbidade materna, criando em simultâneo mecanismos e ferramentas que suportem essa intervenção e evidenciem os resultados de melhoria.

Os resultados deste estudo revelam que embora não se utilize no contexto clínico analisado a LPVS tal como é recomendado pela OMS, as práticas essenciais que a integram nos três primeiros momentos e que garantem a qualidade dos cuidados e segurança das parturientes, são na generalidade desenvolvidas/praticadas de forma rotineira e estão evidenciadas no padrão de registos utilizado nesta organização de saúde. Porém observaram-se algumas exceções que requerem análise, reflexão e ação de melhoria, que passo a elencar.

- Verificou-se que a nível da identificação precoce de problemas como a infecção ou distúrbios hipertensivos, através da avaliação sistemática dos sinais vitais (Momento 1), há efetivamente evidencia nos registos de enfermagem, de apenas ter sido avaliada a

temperatura corporal de 2 em 2 horas a 16.7% e a tensão arterial foi avaliada de 4 em 4 h a 50% a das parturientes.

- Destaca-se ainda, que neste Momento 1, relativamente à necessidade de administração de antibioterapia, dos 33.3% casos identificados (10 parturientes), houve 1 parturiente em que não foi iniciado antibiótico apesar de cumprir um dos critérios para a instituição da antibioterapia (ATB). Efetivamente, segundo a OMS, haveria indicação para iniciar ATB, no entanto, neste BP, o protocolo para a instituição da ATB contempla alguns critérios diferentes: febre materna e a presença simultânea de 2 critérios, entre eles: leucocitose materna, taquicardia materna/fetal, hipertonia uterina, PCR elevado e líquido amniótico com cheiro fétido ou purulento, segundo os autores Fishman & Gelber (2012) na descrição do protocolo da instituição. No entanto, tal como refere a OMS e de acordo com o parecer do comité do The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) de 2017, a administração de antibióticos intraparto é recomendada sempre que uma infeção intraamniótica é suspeita ou confirmada. Assim, os ATB devem ser considerados perante febre materna isolada, a menos que uma fonte diferente da infeção intraamniótica seja identificada e documentada.
- No contexto estudado observou-se repetidamente a preocupação dos diferentes profissionais, em questionarem a parturiente relativamente à presença de um acompanhante para assistir ao parto. Atualmente o acompanhamento da puérpera pela pessoa significativa dadas as contingências impostas pela pandemia COVID19, resume-se ao período expulsivo. Contudo a recomendação da OMS e a prática anterior à pandemia contempla a totalidade do período de internamento neste serviço. Ainda assim, a evidencia desta prática é incipiente nos registos pois observou-se em apenas 10% dos registos auditados.

O parto e o nascimento devem ser considerados fenómenos que transcendem as questões estritamente biológicas, com vista a alcançar um significado social que abrange tanto aspetos culturais, valores, crenças e culturas. Requer-se, por parte dos profissionais, saberes e práticas baseadas em evidências científicas e também em princípios humanos (Pereira, Diaz, Backes, Ferreira & Backes, 2018). Assim é imperativo, que no que concerne ao encorajamento da presença do acompanhante no parto, este seja efetivamente realizado e registado.
- Foi observado que a esmagadora maioria dos enfermeiros realiza ensinamentos às parturientes para que estejam familiarizadas com os aspetos mencionados na LVPS (Momento 1: hemorragia; dor abdominal grave, dor de cabeça forte ou distúrbio visual, incapacidade de urinar ou necessidade de fazer força; Momento 3: confirmar que a mulher conhece os sinais

de alarme). Porém, verificou-se que os registos de enfermagem espelham essa evidencia em apenas 10% no Momento 1 e 23,3% Momento 3.

O pós-parto imediato, é um momento que exige vigilância, por forma a diminuir a probabilidade de complicações puerperais. Segundo a OMS (2017), é importante realizar ensinios à puérpera que a dotem de informação, para que na presença de determinados sinais ou sintomas, esta possa alertar de imediato os profissionais de saúde. De acordo com Madalozo & Ravelli (2013), citando Cabral, et al. (2010), empoderar a mulher de conhecimento é torná-la adjuvante na prevenção de complicações no puerpério imediato, aumentando desta forma a qualidade dos cuidados, envoltos em conhecimento e evidencia científica, e que são primordiais para manutenção e promoção da saúde da mulher.

- Também no momento 3, pode ser necessária administração de ATB. Na amostra estudada, foi identificada 1 puérpera que necessitava de iniciar ATB por cumprir um dos critérios definidos pela OMS (Laceração de grau III/IV) e este não foi administrado. No BP onde foi realizado o estudo, existe um protocolo que estabelece, que em partos com lacerações grau III/IV é necessária antibioterapia. No entanto, esta intervenção insere-se no domínio dependente da atividade de enfermagem pois a sua implementação, é dependente de prescrição médica (Irvine, Sidani & McGillis Hall, 1998), o que pode justificar no registo de enfermagem a ausência da administração de antibioterapia.

2.3.2. Considerações finais e implicações para a prática

Nos últimos anos, tem havido um enfoque na realização de estudos, que permitiram a identificação das causas da ocorrência de EA e que justificaram a adoção de procedimentos de verificação periódica em diversas áreas, visando a melhoria do processo de cuidados (Roscani, Ferraz, Oliveira Filho & Freitas, 2015) e minimizando a ocorrência de EA.

Nos hospitais portugueses com maior complexidade e diferenciação de cuidados, existem tecnologias de informação de suporte à atividade dos enfermeiros (fatores de estrutura), com recurso à linguagem classificada para a prática de enfermagem (CIPE), que permitem o registo de dados relativos ao processo de cuidados de enfermagem (diagnóstico, planeamento, execução e avaliação). Em alguns desses aplicativos já estão inclusive definidos diagnósticos de enfermagem com intervenções standard associadas, sendo possível integrar as intervenções/práticas consideradas pela OMS essenciais, plasmadas na LVPS, para garantir a segurança das parturientes e que estejam omissas.

Identificou-se a existência de protocolos orientadores de cuidados, nomeadamente a administração de antibioterapia em função da presença de alguns critérios, o que embora seja reconhecido como uma boa prática, não é suficiente para garantir a qualidade dos cuidados

prestados, identificando-se casos de parturientes e de puérperas com necessidade de iniciar antibioterapia e que pelo facto de serem intervenções dependentes de prescrição médica, acabaram por não ser realizadas em tempo útil. Refletindo sobre os fatores da estrutura que poderão influenciar/justificar este achado e tal como referem Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, (2002) e Doran D., (2011), as competências técnicas e científicas dos profissionais, a adequação das dotações em função da carga de trabalho, são aspetos importantes da estrutura que quando não são acautelados, afetam o processo de cuidados levando à omissão de cuidados essenciais e/ou à ocorrência de eventos adversos para os clientes.

Concluiu-se também, que mesmo em atividades independentes, como as atividades de educação para a saúde, vigilância e deteção de complicações, os enfermeiros ESMO não as executam ou não as registam como realizadas, sendo necessário escrutinar o motivo pelo qual não são realizadas/ registadas. A utilização de instrumentos de verificação que ajudem os EESMO são importantes para melhorarem a segurança dos cuidados que prestam sendo que, as listas de verificação de segurança são instrumentos amplamente utilizados para aumentar a segurança na assistência (Fausett, et al., 2011), havendo já um histórico de evidencia de resultados positivos associados à utilização da LVPS da OMS (Spector, Agrawal, Kodkany, Lipsitz, Lashoher, Dziekan & Gawande, 2012; Nababan, Islam, Mostari, Tariqujjaman, Sarker, Islam & Moucheraud, 2017; Praxedes, Arrais, Araújo, Silva, Gama & Freitas, 2017; SantAna, Leite, Vilela, Sanfelice, Almeida & Alves, 2017; Albolino, Dagliana, Illiano, Tanzini, Ranzani, Bellandi & Tartaglia, 2017; Semrau, Hirschhorn, Delaney, Singh, Saurastri, Sharma & Gawande, 2018; Carvalho, Rosendo, Freitas, Silva, Medeiros, Moutinho, Pimenta & Gama, 2018; OMS, 2018).

Assim, considera-se que para contextos semelhantes ao estudado, a LVSP tal como é preconizada a sua utilização como ferramenta formal e individual para verificar um conjunto de intervenções, é aconselhável, mas não é imprescindível para garantir uma prática segura às parturientes e puérperas, se o padrão de registo que suporta a prática de enfermagem contemplar e evidenciar a prestação dos cuidados essenciais, recomendadas pela OMS para um parto seguro.

Após a finalização do estudo, emergiu a necessidade de divulgação dos resultados, pelo que foi elaborado um relatório (Apêndice X) com a finalidade de difundir junto da chefia e da equipa de enfermagem, as principais evidencias que assomaram neste estudo e que claramente demonstram a necessidade de análise, reflexão e de implementação de ações de melhoria. O relatório foi impresso e entregue à Sra. Enfermeira Chefe, que demonstrou sensibilidade aos resultados, admitindo que os registos, quer seja pelo volume de trabalho, falta de tempo ou pela

falta de hábito na sua realização de forma sistemática/organizada, nem sempre demonstram de forma explícita, todos os cuidados prestados às mulheres em trabalho de parto. Foi igualmente entregue outro exemplar à Sra. Enfermeira Orientadora e solicitado a sua colaboração para divulgação junto da restante equipa (depois de obtido o consentimento da chefia). Durante a reunião com a Sra. Enfermeira Chefe ficou acordado a realização de uma Sessão de Formação para a equipa de enfermagem com os objetivos de: Divulgar os resultados do estudo; Refletir com a equipa sobre os resultados obtidos; Consensualizar as ações de melhoria a serem implementadas (Apêndice XI).

Na Sessão de Formação, a equipa de enfermagem identificou-se com a evidencia produzida pelo estudo, admitindo as ineficiências no registo de práticas essenciais (apesar de as realizarem) como: ensinar sobre os sinais de alarme à mulher/ acompanhante; encorajar a presença do acompanhante no parto. Quanto à identificação precoce de problemas como a infeção ou distúrbios hipertensivos, através da avaliação sistemática dos sinais vitais, demonstraram compreender a importância da periodicidade da avaliação e do registo, dado que só dessa forma dão visibilidade aos cuidados prestados e aumentam a qualidade e segurança dos mesmos. Foram debatidas com a equipa algumas sugestões de melhoria: Melhoria do padrão de registos no SI- SCLinic, com a introdução no aplicativo do diagnóstico e intervenções de enfermagem relativas aos ensinamentos realizados no BP (para que não fosse necessário registar no campo de “notas livres”); Elaboração de um plano de cuidados para a parturiente, com calendarização/periodicidade das intervenções, como por exemplo a avaliação da Temperatura (2/2 horas) e TA (4/4h) da parturiente, por forma a funcionar como checklist dos sinais a serem avaliados e registados, bem como a definição de alertas (em função da presença dos critérios definidos) relativos à necessidade de administração de fármacos anti hipertensivos, anticonvulsivantes e antibióticos.

Com a implementação destas medidas, seria possível de forma mais organizada e sistematizada proceder aos registos, minimizando o risco de esquecimento/omissão, contribuindo assim, para a melhoria da comunicação com a equipa médica (dado que estes têm acesso aos registos de enfermagem) e dos cuidados prestados à parturiente.

Foram realizadas várias sessões de formação, pelo facto de não ser possível devido à Covid19, reunir toda a equipa numa só sessão, no final solicitado aos participantes que realizassem a avaliação da sessão através de um link (Apêndice XII), no entanto a resposta foi tardia, não tendo sido possível reunir a avaliação dos mesmos em tempo útil.

2.4. Considerações Éticas

Foi com a declaração de Helsínquia que a ética ganhou reconhecimento universal para todos os investigadores no domínio da investigação em saúde (Diniz & Corrêa, 2001).

Os princípios éticos respeitados, quer na prestação de cuidados quer ao longo deste projeto de investigação foram: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações e dados pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e a potencialização das vantagens (Fortin, 2009). O Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019) diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (art. 5º), foi amplamente cumprido, assim como também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015a), o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015) e os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2011). Neste projeto tive ainda presentes os princípios éticos, tais como: beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013).

Assim, foi solicitada autorização verbal à Sra. Enfermeira chefe do BP para a colheita de dados, foram informados todos os enfermeiros daquele BP, acerca do projeto em curso e foram esclarecidos sobre os seus benefícios e sobre a finalidade do estudo da temática para a melhoria dos cuidados prestados. Na extração e apresentação dos dados esteve sempre patente o direito ao anonimato e confidencialidade dos participantes.

3. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA ESPECILIDADE E DO GRAU DE MESTRE: UMA ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi-me possível desenvolver as competências do específicas do EESMO e presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstetrícia (Regulamento nº391/2019), assim como no documento Essential Competencies for Midwifery Practice (2019) da ICM., prestar cuidados à mulher nas várias fases do seu ciclo reprodutivo, ao RN e família, assumindo-os como figuras centrais e parceiras nas decisões relativas aos cuidados, indo de encontro à cultura de cada família e respeitando-a.

Neste capítulo irei descrever e refletir sobre os diferentes momentos que permitiram o meu crescimento e desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista, em anexo (Anexo V) é possível encontrar o documento síntese de registo das atividades práticas realizadas.

3.1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-concepcional e pré-natal

O cuidado à mulher/família inserida na comunidade durante o período pré-concepcional e pré-natal, foi transversal a quase todos os contextos clínicos, pelo foram múltiplas as atividades que concorreram para o desenvolvimento das competências 1 e 2 do Regulamento de Competências do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019).

No contexto de Cuidados de Saúde Primários, foi-me possível contactar com adolescentes em contexto de consulta de Planeamento Familiar (PF) e também em ambiente escolar no âmbito da Saúde Escolar (SE). A precocidade das consultas de PF ou das sessões de saúde sexual em SE, combinadas com a relação interpessoal entre enfermeiro e utente potencia o crescimento pessoal, essencial nesta etapa de descoberta e desenvolvimento (Peplau, 1991). Através da continuidade do acompanhamento ao longo do ciclo vital, é possível construir uma relação de confiança com os jovens, obtendo melhores resultados em saúde sexual e reprodutiva (Vidal, 2014). Para uma efetiva promoção da saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes, sendo que a empatia e a acessibilidade a consultas de PF, com flexibilidade de horários e garantia de privacidade e confidencialidade no atendimento (Godinho, A., Florentino, D., Violante, F., Dias, H., & Coutinho, E., 2020) são fatores da estrutura muito relevantes para garantir a qualidade no atendimento a esta faixa etária. Considero igualmente importante a

presença dos EESMO nas escolas, garantindo aos adolescentes o esclarecimento de dúvidas e a resolução de problemas associados à sexualidade, em tempo útil, mas também para fazer a diferença na educação e composição do “eu sexual”. Miranda (2016), atenta a importância do ajuste dos espaços para o atendimento de adolescentes e jovens a nível dos cuidados primários; a formação dos prestadores de saúde na área da adolescência; assim como a avaliação dos cuidados, defende ainda, a criação de parcerias de cuidados com vista a melhorar os cuidados a esta faixa etária. Assim, no EC em contexto de cuidados primários, elaborei em conjunto com outra mestrand, uma Sessão de Educação para a Saúde (Apêndice XIII) como o título: “A sexualidade e a violência”, destinada aos alunos do 8.º ano de uma escola na margem sul do rio Tejo, onde foram abordados temas como: métodos contraceptivos, infeções sexualmente transmissíveis/ doenças sexualmente transmissíveis (IST/DST), gravidez desejada/ não desejada (GND) e a violência no namoro, com os seguintes objetivos: Informar sobre os diferentes tipos de métodos contraceptivos, ensinar e treinar sobre o uso dos mesmos; informar sobre as diferentes IST/DS, e formas de prevenção; ensinar sobre GND, ensinar sobre prevenção da GND e suas implicações na adolescência; informar sobre a violência no namoro, ensinar sobre violência verbal, física e psicológica. Para dinamizar a sessão utilizaram-se estratégias pedagógicas que permitissem captar a atenção dos estudantes e estimular a sua participação, como criar espaços de partilha para debater mitos/ esclarecer dúvidas, e a “mesa experimental”, onde alguns dos alunos tiveram oportunidade de interagir com os métodos contraceptivos (alguns, pela primeira vez).

A intervenção do EESMO, na promoção da saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, é uma competência que lhe é reconhecida (OE, 2019), muito importante para o incremento da vivência positiva da saúde sexual ao longo do ciclo vital, para a promoção de uma atitude preventiva da doença, para influenciar os jovens na construção e vivência da sexualidade como fonte de saúde e bem estar, de comunicação e que impacta a forma de ser, de estar consigo próprio e com o mundo (Bezerra, A., Magalhães, J., Santos, M., 2013).

Segundo a DGS (2008), é importante “reforçar as atividades de promoção da saúde e os cuidados antecipatórios dirigidos para o período antes da conceção, reconhecidos que são os ganhos em saúde de uma intervenção sistemática e programada nesta fase do ciclo de vida dos indivíduos” pelo que a realização de consultas pré-concepcionais, favorecem o desenvolvimento da sexualidade e de uma gravidez segura, o controlo de infertilidade, e consequentemente uma gravidez e parto seguro, confluindo em maior sobrevivência de crianças com melhor qualidade de vida (DGS,2008). Assim, nas consultas de PF, tive sempre o cuidado de reforçar a

importância de realizar uma consulta antes da concepção, pois é neste período que é possível alertar para o início precoce da suplementação, perceber a história ginecológica e obstétrica, por forma a detetar situações de risco, bem como os seus antecedentes pessoais e familiares, consumos aditivos, situações de violência ou precariedade, e que possam interferir com a futura gravidez, havendo assim a possibilidade de referenciar para outros profissionais.

Relativamente à competência 2 do Regulamento n.º 391/2019 da OE, promovi a “decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade”. Como IVG entende-se o processo de interromper a gravidez, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez encontrando-se esse direito consagrado na Lei n.º 136/2015 de 7 de setembro. Segundo os dados publicados pela Pordata (2018), houve 14.928 registos de Interrupções Voluntárias da Gravidez (IVG) em Portugal em 2018. Os motivos para a realização da IVG prendem-se essencialmente com fatores socioeconómicos, baixa literacia em saúde e ausência de projeto de maternidade (Palma, 2017). Efetivamente, era notório que na zona onde se inseria a Unidade de Saúde, existiam muitas mulheres com baixa escolaridade, baixa literacia em saúde, muitas emigrantes que não comunicavam em português e bastante jovens. Recordo-me especialmente de uma situação com uma jovem de 20 anos, que foi à consulta de PF, para iniciar o processo de IVG, pela quarta vez, duas delas naquele ano. Ao questionar acerca do método contraceutivo utilizado até à data, referia que utilizava o método de coito interrompido, pois o companheiro recusava-se a usar método de barreira, e não queria utilizar contraceutivo oral porque considerava que “fazia mal”, reforçando assim a sua baixa literacia em saúde no âmbito da contraceção e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Os cuidados pré-natais, iniciam-se idealmente durante o primeiro trimestre da gravidez e antes das 12 semanas de gestação (DGS, 2015). Os programas de vigilância da gravidez/cuidados pré-natais, em concreto o que vigora em Portugal induz a melhoria de resultados, engloba um conjunto de intervenções que são desenvolvidas no decurso da gravidez e no puerpério. Neste âmbito, o EESMO assume um papel relevante, junto da grávida/casal/família, promovendo uma transição saudável e respeitando, sempre, as suas crenças, valores e cultura. Durante o EC em contexto de cuidados primários, foi-me possibilitada a realização de consultas pré-natais, a todas as mulheres com gravidez de baixo risco (avaliação pela Escala de Goodwin modificada). Observei e realizei de forma autónoma consultas de vigilância pré-natal, a várias grávidas desde a presunção de gravidez até à sua referenciação na 36.ª semana para consulta hospitalar. Em todos os contactos, era validada a informação recolhida na avaliação inicial (história de saúde, história ginecológica e obstétrica, exames, análises clínicas e avaliação dos

potenciais riscos) e registado no boletim de saúde da grávida; explicava a importância da vigilância da gravidez e periodicidade das consultas. Com o evoluir da gravidez, sistematicamente avaliava a posição fetal no útero materno, utilizando a palpação (Manobras de Leopold) e o bem-estar materno (avaliação de sinais vitais) e fetal (avaliação altura do fundo do útero, auscultação dos batimentos cardíacos fetais), já que estes são parte integrante das competências do EESMO. Em todas as consultas houve momentos de educação para a saúde, sempre tendo em conta aquela mulher em particular e a sua idade gestacional e fomentado a necessidade de envolvimento da mulher/casal/família na aprendizagem e preparação para a parentalidade. Numa das consultas por mim realizadas, durante a anamnese, foi possível identificar que a grávida (20 semanas e 3 dias) mantinha consumos tabágicos. Questionei a grávida quanto ao nível de adição, respondendo-me que sabia que fazia mal e que estava a tentar reduzir o consumo, e que neste momento fumava 6/7 cigarros por dia. Segundo a DGS (2015) é um direito da grávida ser informada acerca dos malefícios do consumo de tabaco. Realizei ensinamentos, no que toca aos efeitos nocivos do tabaco para o feto (diminuição da perfusão placentária; aumento do risco de aborto; risco de parto prematuro; risco de morte fetal; baixo peso à nascença e síndrome de morte súbita do lactente (Lowermilk & Perry, 2008; Graça, 2017), sendo possível acordar como objetivo até à próxima consulta a redução do consumo para 4 cigarros/dia. Procurei criar uma relação empática e terapêutica com a grávida, utilizando uma linguagem clara, manifestando disponibilidade para a ajudar a tomar decisões, sendo assim possível, realizar um plano de cuidados em parceria com a grávida. Esta, expressou a sua satisfação pela forma como abordei o tema, sem a fazer sentir-se culpada ou má mãe, deixando-a com vontade de melhorar este aspeto. Para conseguir este resultado foi facilitador as minhas competências de comunicação que permitiram estabelecer uma relação terapêutica que se distingue de outras pela parceria estabelecida, no respeito pelas suas capacidades, no envolvimento da família, sendo uma relação dinâmica e em desenvolvimento, por forma a apoiar a que este seja proativo no seu projeto de saúde. Para mim, a comunicação e a relação que se estabelece com os clientes tem um papel primordial para o bem-estar dos mesmos, construindo processos de cuidados com qualidade, havendo consequentemente uma maior satisfação por parte da grávida/família. A comunicação, é fulcral para a melhoria da qualidade dos cuidados, seja através da relação criada com o cliente, instituição ou equipa multidisciplinar (Galvão, 1995). Outra forma de comunicação é a escrita e verifiquei que nas consultas, eram fornecidos panfletos específicos para cada situação o que considerei um veículo importante para a transmissão e integração da informação dada à mulher. Neles estavam incluídas temáticas, tais como: alimentação, exercício físico, desconfortos físicos e emocionais associados à

gravidez em cada trimestre, sexualidade, aleitamento materno, preparação da mala para a maternidade, plano de nascimento, sinais/sintomas de alerta, fases do trabalho de parto e alívio da dor, o puerpério, legislação, diagnóstico precoce e alguns cuidados ao RN. Todas estas estratégias desenvolvidas no âmbito das consultas de vigilância pré-natal, pretendem empoderar a grávida/ pessoa significativa/ família, para assumir um papel ativo na sua preparação física e psicológica, promotoras de uma vivência feliz e saudável da gravidez, parto, puerpério e parentalidade.

No contexto de Saúde Materno-fetal, tive oportunidade de desenvolver competências no que concerne à competência 2.2 da OE (2019): Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. Foi a primeira vez que me deparei com uma situação de abortamento. Tratava-se de uma mulher de 38 anos, com idade gestacional (IG) de 24 semanas, primigesta, tendo o feto sido diagnosticado com trissomia 13. A Trissomia 13 (T13) é a terceira causa mais comum de aneuploidias, com um aumento no diagnóstico dado o desenvolvimento de métodos e protocolos que incluem rastreio ecográfico e bioquímico, com a possibilidade de realizar um diagnóstico pré-natal (Chitayat, Langlois & Wilson, 2017). A trissomia 13, está associada a graves anomalias do sistema nervoso central (SNC), cardiopatias e malformações do trato gastrointestinal. A taxa de detecção ecográfica desta trissomia é 90%, (Malone, Canick, Ball, Nyberg, Comstock, Bukowski, Berkowitz, Gross, Dugoff, Craigo, Timor-Tritsch, Carr, Wolfe, Dukes, Bianchi, Rudnicka, Hackshaw, Lambert-Messerlian, Wald & D'Alton, (2011). A grávida ficou internada com a intenção de ser realizada uma Interrupção Médica da Gravidez (IMG). Este tipo de interrupção da gravidez, não é punível em termos legais quando se enquadra nos critérios legislados no artigo 142º do código Penal, com a redação que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei nº 48/95, de 15 de Março, e pela lei nº 90/97, de 30 de Julho (realizada até às 24 semanas de IG, efetuada por médico em estabelecimento de saúde oficial e quando o feto padece de doença incurável, grave ou malformação congénita). A grávida ficou num quarto, que era usado naquele serviço para situações de abortamento, fossem espontâneas ou IMG. No momento em que me dirigi e entrei no quarto, era notório o semblante pesado, de tristeza e de luto já a ser vivido. Para Ferreira et al, citado por Fatia (2008, p.52) “o luto é um processo, que engloba sofrimento somático, preocupação com a imagem do objeto perdido, sentimentos de culpa e preocupação com omissões e negligências, hostilidade e alterações profundas nos padrões normais de procedimento”. Identifiquei, de imediato, que esta situação não seria fácil de gerir, como mulher e mãe que sou, conseguia sentir o sofrimento que aquela família estava a viver. Segundo Pinto (2005), quem cuida nestas situações, tem de lidar com as suas próprias emoções,

além de dever estar mais desperto para reconhecer as situações em que há risco aumentado de luto patológico. Era uma primeira gravidez, após vários anos de tentativas sem sucesso. Gerir a perda gestacional, seja em que idade gestacional, é um evento traumático e com impacto significativo na vida dos casais (Serrano, 2017). Nesse mesmo dia, foi realizado pela equipa médica o feticídio, e iniciou a indução da expulsão do feto no meu turno. Naquela instituição, a indução é realizada no Serviço de Medicina Materno Fetal (SMMF) mas a expulsão do feto é realizada no Serviço de Bloco de Partos (BP). Apesar de difícil, consegui desenvolver uma relação empática, sendo possível identificar que gostariam de ver e dar colo, quando o feto nascesse, e que lhes fosse permitido alguns momentos para realizar a despedida. Segundo Lemos & Cunha (2015), é crucial o reconhecimento do luto materno por parte dos profissionais de forma a proporcionar espaço para que estas possam expressar os seus sentimentos e angústias. Respeitei a vontade do casal, e quando foi realizada a transferência para o BP, foi partilhada esta informação com o EESMO que ficou responsável por aquela família. Tive oportunidade tanto no SMMF) como no BP, de prestar cuidados especializados a grávidas com patologia associada como pré-eclampsia, eclâmpsia, Síndrome de HELLP, ameaça de parto pré-termo (APPT), infeção do trato urinário, rotura prematura de membranas, diabetes gestacional, colestase gravídica e achados ecográficos alterados.

O EC no SMMF, decorreu antes da pandemia COVID19, e o EC no BP já em plena pandemia, pelo que identifiquei drásticas mudanças que afetaram as famílias, como o direito ao acompanhante (Lei n.º 33/2009), sendo-lhes agora, vedada a oportunidade de exercício deste direito. Em termos de oportunidades de aprendizagem também senti o efeito pandémico, na medida em que me era vedada a prestação de cuidados a mulheres sem teste SARS-CoV2 negativo. No entanto, ao longo de todos os EC, e pelo que já foi explanado, foi-me possível desenvolver competência 2 do Regulamento do EEESMO, no que respeita ao cuidar a mulher/família durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (Regulamento n.º 391/2019).

3.2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O desenvolvimento da competência supracitada, foi essencialmente realizada em contexto de Bloco de Partos (BP), porém no contexto de Internamento de Medicina Materno-fetal, também foi possível cuidar de mulheres a induzir o TP e durante a fase de latência, até à sua transferência para o BP.

Em Março 2019, iniciei o meu ER no BP, vindo este a ser suspenso 2 semanas depois, devido à pandemia por SARS-CoV-2. O seu reinício ocorreu quase 7 meses depois. Embora o contexto clínico fosse o mesmo, algumas práticas tinham mudado, nomeadamente o direito à presença do acompanhante desde a admissão até à transferência para o Serviço de Internamento, o não poder prestar cuidados a parturientes sem teste para Covid-19 ou com teste positivo, o que considerei um constrangimento ao desenvolvimento desta competência, Aliado à diminuição de oportunidades para prestar cuidados às parturientes, também a organização do serviço havia mudado, existindo agora novos circuitos definidos para as grávidas, acompanhantes e profissionais. Observei ainda que também a nível da gestão de camas do serviço existiam alterações profundas, com boxes de parto específicas para mulheres com teste Covid-19 desconhecido e a aguardar resultado. Observei que por vezes havia necessidade de serem usados os blocos operatórios para o 3º e 4º estadio do TP, por forma a dar à mulher mais privacidade, pois a alternativa, seria ocorrer numa sala com mais parturientes, o que não é de todo o pretendido, sendo mesmo considerado inadequado pela OMS (2012), a “transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo período do trabalho de parto”. A utilização de material de proteção individual quer pelo EESMO, quer pela mulher, representam dificuldades acrescidas no estabelecimento da comunicação, da relação e do padrão respiratório por parte da mulher em TP, pois estas referiam inúmeras vezes o quando era difícil inspirar e exalar em esforço com a máscara.

O BP, em que se desenrolou o ER, tem no SU, um bloco operatório (BO), usado agora como bloco para mulheres positivas para Covid19, e um quarto com 2 camas para grávidas/ puérperas, quer para vigilância quer para recobro, quando positivas. No BP, existe uma sala (4 camas), chamada a sala de dilatação ou vigilância, e 5 boxes individuais, têm ainda 2 blocos operatórios usados maioritariamente para mulheres com teste negativo, para procedimentos obstétricos (cerclage, cesariana, parto gemelar) e alguns ginecológicos (curetagem, drenagem e marsupialização da glândula de Bartholin, drenagem cirúrgica de abscessos da mama e outros). Existe ainda uma sala com mais 3 camas, normalmente utilizada como recobro cirúrgico, mas também para o pós-parto imediato, no entanto, muitas vezes quando este espaço estava lotado, o pós-parto imediato era realizado nos corredores do BP.

A multiculturalidade de parturientes foi uma constante ao longo do estágio, pois o BP, situa-se numa área geográfica onde existe uma grande diversidade populacional, pelo que senti a necessidade de individualizar e singularizar os cuidados de acordo com as crenças, culturas e necessidades da mulher/família.

O parto caracteriza-se por um conjunto de fenômenos fisiológicos, que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto pelo canal de parto até à sua expulsão (Graça, 2017). O enfermeiro ESMO “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” (Regulamento n.º 391/2019), assim, este tem a incumbência de promover um processo de cuidados com qualidade, seguro, e que garanta a satisfação da grávida, proporcionando-lhe uma experiência de parto positiva (OE,2015), agindo de acordo com a melhor evidência científica, atuando sempre no sentido de proporcionar o bem estar da mulher/família.

Segundo Fatia & Tinoco (2016), o trabalho de parto divide-se em quatro estádios, com diferentes particularidades, que se denominam: primeiro estágio (apagamento e dilatação), segundo estágio (período expulsivo), terceiro estágio (dequitação), quarto estágio (puerpério imediato). Para Bobak, Lowdermilk & Jensen (1999), “O primeiro estágio do trabalho de parto inicia-se com as primeiras contrações uterinas regulares e termina quando o colo se encontra com a dilatação completa.” Lowdermilk & Perry (2008), Fatia & Tinoco (2016) e Graça (2017), fazem a mesma caracterização juntando a sensação dolorosa para a parturiente. Graça (2017) refere que Friedman dividiu o primeiro estágio em duas fases principais - fase latente e fase ativa, sendo que, a fase latente termina aos 3 cm de dilatação cervical e a fase ativa inicia-se aos 4 cm de dilatação cervical com extinção/apagamento praticamente total do colo (DGS,2015). Contudo esta classificação não é consensual, Langen, Weiner, Bloom, Rouse, Varner, Reddy & Sciscione (2016), consideram que a passagem da fase latente para a fase ativa do TP depende mais da extinção/apagamento do colo uterino do que da sua dilatação, estimando que a fase latente termina quando o colo se extingue totalmente, o que acontece entre os 3 a 6 cm de dilatação cervical. No entanto, a OMS (2018) propõe que a fase latente do TP seja considerada até 5 cm de dilatação cervical e a duração da fase ativa do 1º estágio do TP pode ser até 12 horas nas primíparas e 10 horas nas múltiparas. Constatei que no BP, em que se desenrolou o ER, a classificação adotada era a da DGS (2015). A progressão da dilatação cervical na fase ativa do TP é cerca de 1,2 cm/h nas nulíparas e nas múltiparas é superior a 1,5cm por hora (Cohen & Friedman, 1983 cit. por Graça, 2017). O Partograma torna-se assim numa ferramenta essencial para a vigilância do TP, pois vai permitir “(...) realizar uma adequada avaliação da evolução do trabalho de parto e reduzir o número de intervenções” (APEO, 2009). O TP, pode ser influenciado por 5 fatores: o feto e a placenta, o canal de parto, as contrações uterinas, a posição da mãe e as reações psicológicas (Lowdermilk & Perry, 2006). Assim, o EEESMO deve deter um profundo conhecimento dos processos fisiológico, mecânico

e dinâmico do TP, para diagnosticar os desvios da normalidade e atuar precocemente. Assim, a anamnese cuidada no acolhimento/admissão da parturiente, é fulcral para o planeamento de cuidados e para o estabelecimento de uma relação empática e baseada na confiança (Fonseca, 2016), por forma a potenciar a autoconfiança da mulher no seu processo de parto. Segundo alguns estudos (Hunter (2002); AWHONN (2011)), o suporte do enfermeiro ESMO, é uma boa prática de cuidados com contributos tanto na promoção do parto normal, no aumento do índice de satisfação, no decréscimo do recurso a métodos farmacológicos para o alívio da dor, assim como está associado a melhores resultados para as mulheres em trabalho de parto (ACOG, 2019).

Para ser detentora de conhecimento sobre a mulher a quem ia prestar cuidados, previamente, consultava o processo clínico, o Boletim de Saúde da Grávida (BSG), o Partograma (se já iniciado), CTG (cardiotocografia fetal), o Plano de Parto/ Nascimento (PP) obtendo assim o máximo de informação. Quando me dirigia á parturiente, realizava a restante anamnese ou completava a existente com toda a informação (antecedentes pessoais; vigilância da gravidez e exames pré-natais; Curso de preparação para a parentalidade e nascimento (CPPN); o que esperava para o seu parto; discussão do PP). O PP, é um documento escrito, individual, em que a parturiente expressa a sua vontade relativamente a aspetos que considera importantes para ter uma experiência de parto positiva (OMS, 2018). A elaboração do PP durante a gravidez é recomendada pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012). O respeito dos desejos expressos no PP pelos profissionais de saúde é um dever, salvo em situações clínicas que o desaconselhem, tendo em vista preservar a segurança da mãe e do feto (Lei n.º 110/2019, artigo 15º E).

Tendo realizado todo o ER, em tempos de pandemia por Covid19, foi perçetível que a grande maioria das mulheres, não tinha tido acesso a CPPN, o que considero ser critico para uma assistência pré-natal de qualidade. O desconhecimento acerca do processo do TP, traz à mulher ansiedade na sua vivência. Os CPPN, “constituem uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez” (DGS,2015), sendo amplamente reconhecido, que tanto a componente teórica como as sessões práticas, têm em vista a promoção da vinculação entre mãe/pai/bebé, os posicionamentos a ter durante o trabalho de parto e as técnicas de respiração e relaxamento colaborando também na gestão da dor e consequentemente numa experiência de parto positiva (Mourato, 2015).

Durante o ER, procurei inteirar-me dos cuidados especializados a desenvolver, com a orientação da OC, de forma a desenvolver competências no âmbito da vigilância do trabalho de parto. Assim, avaliei o bem-estar materno e fetal: sinais vitais maternos, pesquisei sinais de alarme, avaliei o traçado CTG segundo os critérios definidos pela Internacional Federation of

Gynecology and Obstetrics (FIGO,2015), sendo assim possível diagnosticar e atuar de forma independente ou interdependente nas situações de sofrimento fetal. Constatei a existência de uma norma no BP em que decorreu o ER, que impõe a monitorização continua com a CTG, contudo, sempre que estivesse disponível era oferecida a possibilidade de monitorização por telemetria. A este respeito, a OMS (2018) não recomenda a monitorização contínua da CTG, fazendo parte das práticas essenciais descritas na LVPS a avaliação intermitente de 30/30 minutos. Também a ACOG (2019) não reconhece mais-valia na monitorização continua da CTG, pois o seu uso generalizado, não parece reduzir os casos de morte perinatal e paralisia cerebral quando utilizada em mulheres com gravidez de baixo risco.

A OE (2019) define como competências regulamentadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), o diagnostico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido, identificando e monitorizando o risco materno-fetal durante o TP, assim como a capacidade de referenciar as situações que estão para além da sua área de atuação. Assim, tive em especial atenção a avaliação dos sinais vitais da grávida, como a Tensão Arterial (TA) e temperatura, tal como preconizado pela OMS (2017), descrito como boa prática na LVPS.

O controle da dor associada ao TP, foi uma prática central nos cuidados que prestei, avaliando a dor com recurso à escala numérica e intervindo em função do seu nível de intensidade, preferência da parturiente e prescrição terapêutica. Elucidei sempre as parturientes acerca dos métodos não farmacológicos de alívio da dor como: a massagem, o uso da água no duche, a bola de pilates, a importância da verticalidade e as técnicas respiratórias. Para intervir adequadamente é necessário compreender, o tipo de dor sentida, o padrão comportamental da resposta à dor de cada parturiente e as suas expectativas (OE, 2013). Observei que mesmo nas mulheres com analgesia epidural, quando conjugada com as medidas não farmacológicas de alívio da dor, esta tornava-se mais eficaz e duradoura. Muitas mulheres optavam pelo recurso ao duche. Eram explicados os benefícios da água, sendo que a água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da libertação de catecolaminas e o aumento das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente (Davim et al., 2008). No decurso do TP, foram promovidas ações facilitadoras da dilatação e progressão da apresentação (Fatia & Tinoco, 2016), como as massagens, o uso de técnicas respiratórias, o uso da água, a escuta musical, a deambulação e o uso de posições verticalizadas, a bola de pilatos, a aromaterapia, a acupressão, entre outras, são algumas das técnicas não farmacológicas ao dispor dos EESMO, com outcomes comprovados no aumento

do conforto e satisfação da parturiente em TP (Kashanian & Shahali, 2009; Gallo, Santana, Ferreira, Marcolin, PoliNeto, Duarte & Quintana, 2013; Sever & Akyuz, 2015). Idealmente, a grávida não deveria ser internada, sem se encontrar em fase ativa do TP, no entanto fosse por contratilidade dolorosa, uma CTG não tranquilizadora (ou suspeito), ou uma bolsa amniótica rota, o internamento acabava por ser aconselhado. A APEO & FAME (2009), não recomenda o internamento precoce por forma a evitar intervenções desnecessárias.

A avaliação da progressão do TP, com recurso à realização do toque vaginal, era realizada com o consentimento livre e esclarecido da parturiente, explicando sempre que me encontrava em processo formativo, podendo existir a possibilidade de ser realizado novo toque por parte da EESMO OC, por forma a confirmar a avaliação realizada. Com o tempo e desenvolvimento das competências, fui-me tornando cada vez mais autónoma nessa avaliação.

O segundo estágio “começa com a dilatação cervical completa (10 cm) e apagamento do colo (100%) e termina com o nascimento do bebé” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 453). Efetivamente, mesmo que a dilatação esteja completa, nem sempre existe de imediato a necessidade de realizar os esforços expulsivos. Assim, aguardava calmamente que a mulher sentisse esse impulso, mantendo apenas uma atitude expectante e não intervencionista. Segundo Lowdermilk & Perry (2008, p.453) “orientar a mulher para esforços expulsivos antes do seu corpo mostrar que está preparado, pode resultar num período prolongado de esforço ativo com progressos limitados ou nulos”. Foi possível observar, que naquele BP, ainda se orienta muito a parturiente para esforços expulsivos dirigidos (manobra de Valsalva). A evidencia científica mais atual, vem contrariar esta conduta, identificando inúmeras vantagens nas técnicas respiratórias de glote aberta no TP e nas técnicas de produção autónomas, que conduzem a um aumento da sensação de bem-estar, à diminuição dos níveis de cortisol séricos, à libertação de endorfinas e ocitocina, ao aumento do fluxo útero-placentar, diminuindo a fadiga e o risco de trauma perineal da parturiente e, finalmente, reduz a incidência de partos instrumentalizados (King & Pinger, 2014). Ao longo do meu percurso, procurei optar por uma atitude hands-off no período expulsivo, dado que esta está associada a uma diminuição de necessidade de episiotomia (Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinar, 2011), no entanto, esta não era praticada pela grande maioria dos EESMOS do BP, contudo com o evoluir do ER a OC dava-me liberdade para assistir os partos com recurso a esta técnica, apesar de sob a sua supervisão e em apenas 2 partos, recorri a episiotomia médio-lateral, por suspeita de sofrimento fetal. Sempre que possível era realizada irrigação de água quente sobre o períneo ou aplicação de compressa quente, por forma a facilitar a distensão dos tecidos (OMS,2018), assim que se dava o início da exteriorização da cabeça fetal, apoiava apenas para controlar a velocidade da exteriorização,

sendo por vezes necessário apoiar e proteger o períneo com uma das mãos, esta manobra designa-se por manobra de Ritgen modificada e é realizada durante a contração (Greve, 2009). Após a restituição e rotação externa, apoiando apenas a cabeça fetal, mantendo uma atitude de hands-off, procurava a presença de circulares cervicais, que encontrei em 16 RN sendo na sua maioria largas o suficiente para retirar sem necessidade laquear, contudo tal não foi possível em 7 RN, pelo que procedi à laqueação imediata do cordão. A todas as parturientes, foram explicados os benefícios do corte tardio do cordão (clampar do cordão umbilical além dos 30 segundos, foi associado ao aumento do hematócrito, diminuição da prevalência de anemia, diminuição das taxas de hemorragia intraventricular, diminuição da necessidade de unidades de concentrado eritrocitário por anemia e hipotensão (Hall, Stoll, Hutton & Brown, 2012), sendo estas a decidir que conduta deveria tomar. Sempre que a condição materna e fetal permitia, foi promovido o contacto pele-a-pele imediato, promovendo a vinculação, a melhoria da oxigenação, a regulação da temperatura, a respiração e frequência cardíaca do RN (Lowdermilk & Perry, 2008), bem como a experiência de parto positiva (OMS, 2018).

Nos 42 partos que assisti foram, várias as mulheres que adotaram posições verticalizadas com recurso ao banco de parto ou em quatro apoios em cima da cama, mas em apenas 2 partos se deu o período expulsivo em quatro apoios, e 6 partos ocorreram em decúbito lateral, atendendo ao respeito pela vontade e liberdade de escolha da mulher. A posição verticalizada devido à ação da gravidade ajuda na descida do feto, proporciona liberdade de mudança de posição à parturiente, o que contribui para a participação ativa da mulher no processo de nascimento (Lowdermilk & Perry (2008); Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell & Styles (2009); Mota e Silva, Oliveira, Silva & Alvarenga (2011)). Foi sempre proporcionado o reforço positivo, e em alguns dos partos incentivei a tocar a cabeça do feto (ainda no canal vaginal) à medida que este ia progredindo no canal de parto, assim a parturiente constata a eficácia dos seus esforços expulsivos, aumentando consequentemente a confiança nas suas capacidades para parir. A intervenção do EEESMO é crucial na tomada de decisão informada, livre e esclarecida, no pleno exercício do direito da mulher à autodeterminação, sendo um elemento que permite um acompanhamento, apoio e esclarecimento da mulher/ casal durante o TP, promovendo um parto humanizado (Moreira, 2014; Pimentel, 2015).

Tal como refere Fatia & Tinoco (2016), o terceiro estágio do TP dá-se após o nascimento até à dequitação. Sendo a minha atuação baseada pelo respeito do tempo fisiológico, aguardava sinais de descolamento da placenta (aumento súbito de sangue à vulva, contração uterina ou descida do cordão). A maioria das dequitações ocorreu pelo mecanismo de descolamento de Schultze e apenas 4 pelo mecanismo de descolamento de Duncan. Após a dequitação, era

verificada a formação do globo de segurança de Pinard, sendo administrada conforme protocolo do serviço, 10 unidades de ocitocina em bolús seguindo-se uma perfusão de ocitocina, adequando-se o número de unidades de ocitocina na presença de uma grande múltipara. Realizei sempre uma observação cuidada da placenta (cotilédones), membranas, cordão (número de vasos). De seguida, observava o canal de parto e períneo. Nas 42 observações, ocorreu em 1 mulher retenção de restos placentares, com necessidade à posteriori de ser submetida a revisão cirúrgica. Em 15 partos, verificou-se períneo íntegro, 16 com laceração de grau I (suturadas apenas as que apresentavam hemorragia ativa), 8 com laceração de grau II e 1 de grau III. Ao contrário do que pensava, tive bastante facilidade na aprendizagem da técnica de episiorrafia e a correção das lacerações do períneo. Tive oportunidade de executar diferentes técnicas de sutura, não obstante, sei que posso sempre melhorar e há imenso a aprender nesta área.

No quarto estágio, também designado como pós-parto imediato (até 2 horas após), é crucial a vigilância cuidada da puérpera e RN para a deteção precoce e intervenção no caso de surgirem complicações, proporcionar cuidados de higiene e conforto à mulher, promover alimentos, realizar crioterapia na região do períneo. Era nesta fase que era apoiada a adaptação do RN à mama. A maioria dos contextos nos quais desenvolvi a prática clínica cumprem as 10 medidas que promovem e apoiam o aleitamento materno (OMS & UNICEF, 2018).

Uma relação empática, respeito, privacidade, clareza na informação, disponibilidade para responder a questões e a presença do pai / pessoa significativa durante o parto estão associados a uma experiência e avaliação positiva por parte das famílias, dos cuidados recebidos (Baldisserotto, Filha & Gama, 2016). Tive efetivamente várias situações em que a mulher/casal verbalizavam a sua satisfação nos cuidados que haviam sido prestados. Mas, nunca mais me esquecerei de uma situação específica, em que o pai do RN (primeiro filho, 46 anos de idade), verbalizou que aquele era um momento muito desejado, e que eu tinha contribuído para um momento único, mágico e feliz, tendo realizado um elogio escrito oficial no “livro de reclamações”, disponível na Urgência Obstétrica, elogiando o trabalho de toda a equipa e serviço, mas enaltecendo o profissionalismo e cuidado prestado por mim e pela minha OC à sua família.

3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O puerpério, também designado como pós-parto, é um período de 6 semanas (Ferreira, 2016; Centeno, 2017) durante o qual se desenvolvem todas as modificações involutivas das alterações causadas pela gravidez e o parto (Montenegro & Rezende, 2008). Importa também diferenciar os diferentes períodos de pós-parto, tal como referido por Ferreira (2016) e Centeno (2017), o

pós-parto divide-se em pós-parto imediato (até 24h após o parto), precoce (até ao final da primeira semana) e tardio (até 6 semanas após o parto).

No EC em contexto de Internamento de Puerpério (puerpério imediato e precoce), a multiculturalidade das mulheres/ famílias, era óbvia, assim, prestei cuidados a mulheres/famílias com culturas diversas, de estratos sociais diferentes e com dilemas sociais importantes, de forma holística. Tive sempre a preocupação de estabelecer uma relação terapêutica, elevando sempre os princípios éticos e deontológicos da profissão, dos valores e dos referenciais da mesma, procurando responder aos desafios de uma população multicultural.

Realizei observação puerperal céfalo-caudal dando maior ênfase às mamas/ estabelecimento da lactação, à involução uterina, perdas hemáticas por via vaginal, ferida/sutura perineal ou abdominal, com a finalidade de identificar precocemente complicações (hemorragias pós-parto/ atonia uterina, infeções, problemas mamários, problemas venosos, alterações do padrão de eliminação, alterações emocionais, alteração no papel parental). Foi-me possível também, cuidar de mulheres com patologias associadas, como hipertensão e pré-eclampsia, monitorizando o seu estado de saúde (competência 4.3.5, 4.3.9 da OE (2019)). Como refere Graça (2017) é essencial a monitorização da puérpera com esta patologia nas primeiras horas após o parto, mas também nas patologias como diabetes gestacional, hemorragia pós-parto como sendo retenção de tecido placentar, trauma dos tecidos, atonia uterina (a mais frequente) e alterações nos fatores de coagulação.

Aproveitando o momento do exame geral da puérpera, não apenas para a deteção de desvios da normalidade dos parâmetros observados, realizei ensinamentos (ensino ou ato de ensinar, “dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (CIPE, 2011, p.96)), de forma a dotar a puérpera de conhecimento para ser capaz de reconhecer sinais de alarme e de se autocuidar, com a finalidade de promover o seu conforto, saúde e bem-estar (competência 4.2.5 da OE (2019)). Exemplo do descrito foi uma situação de cuidados que passo a descrever: A determinada altura, durante o EC, detetei lesões compatíveis com condilomas numa puérpera com parto via vaginal, tendo sido envolvida toda a equipa multidisciplinar (competência 4.2.2, 4.2.3 e 4.2.4 da OE (2019)), para o diagnóstico diferencial, encaminhamento e tratamento desta puérpera. Em paralelo informei e esclareci a puérpera relativamente à sua situação clínica. Neste caso em específico, havia também comprometimento social, pelo que foi efetuada a referenciação para acompanhamento social e realizado um contacto telefónico ao Centro de Saúde da área de residência, tendo sido sinalizada a situação, marcado dia e hora para realizar o diagnóstico precoce, por forma a garantir a continuidade dos cuidados. O enfermeiro cuida, também, no sentido da “prevenção de desajustes a nível familiar, tendo em vista a promoção da

saúde e do bem-estar de toda a família, com repercussões positivas também para a sociedade” (OE, 2015).

Relativamente à monitorização da situação de saúde do RN, tive oportunidade em todos os contextos de EC, realizar uma observação geral, fazendo um exame objetivo ao RN, sendo possível avaliar a vitalidade, a autorregulação e a transição de estádios de sono e vigília (OMS, 2014). Também aqui, houve lugar para instruir os pais para as alterações da coloração da pele e mucosas, do coto umbilical, do choro e da eliminação vesical e intestinal, sendo estas primordiais na identificação de possíveis desvios do estado de saúde normal do RN (competência 4.1.2 e 4.2.1 da OE (2019)).

Segundo Levy e Bértolo (2012) temos “(...) a obrigação de informar e aconselhar todas as futuras mães quanto à prática do aleitamento materno, nomeadamente as mães indecisas.”, e é de facto imprescindível o apoio dado a estas puérperas, de forma isenta de juízos de valor, esclarecendo-as das vantagens do aleitamento materno. (competência 4.1.6 da OE (2019)). O EESMO tem um papel importantíssimo na demanda de intervenções que visam o apoio, promoção e proteção do Aleitamento Materno (AM).

Para a OE (2015) “uma das condições fundamentais da excelência de cuidados é a atualização continua de conhecimentos” o que assume especial relevância em contexto de prestação de cuidados às puérperas em que as intervenções de enfermagem são centradas em dois grandes objetivos prevenção e diagnóstico de complicações e a promoção da saúde. A OMS define promoção de saúde como “um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde” (OMS, 2009). E aqui, o EESMO tem um papel importantíssimo. Assim, elaborei uma norma para o serviço, que foi entregue á chefia de enfermagem, relativa aos ensinios e sinais de alarme essenciais para a saúde da díade, que devem ser efetuados e verificados antes da alta (Apêndice XIV), acompanhada de um guia explicativo e elucidativo de cada item a verificar, pois tal como refere ACOG (2017), os protocolos, normas e listas de verificação têm vindo a demonstrar a sua eficiência na redução dos danos aos pacientes através de uma melhor padronização e comunicação. Sendo a alta um momento de atividade autónoma por parte da equipa de enfermagem, pois são os enfermeiros que realizam os ensinios e orientam a mulher/família para a comunidade, então é crucial que o momento da alta seja segundo uma padronização por forma a ser possível atingir maior e melhor qualidade nos cuidados de saúde (Doran, 2002). Contudo devido ao término do estágio neste contexto não foi possível efetuar a divulgação da mesma a todos os membros da equipa de enfermagem.

No EC que decorreu no BP, tive oportunidade de cuidar a mulher no âmbito do pós-parto imediato. Foi-me possível diagnosticar precocemente duas situações de hemorragia pós-parto

e uma situação de febre materna após o parto. As hemorragias pós-parto (HPP), constituem-se como principais causas de morbimortalidade materna, sendo a atonia uterina a afeição mais comum desencadeadora da hemorragia (Periard, Rezende, Segundo, Cosso, Lopes, França, Silva, Valadares, Lima, Junior, 2011). Perante o diagnóstico de HPP fui capaz de atuar precocemente, iniciando massagem uterina externa, por forma a expulsar sangue ou coágulos existentes na cavidade uterina (Silva, 2011), enquanto realizava massagem chamei ajuda, iniciando-se avaliação dos sinais vitais, e contacto com a equipa médica de obstetrícia. O objetivo seria parar o sangramento e ser capaz de palpar o globo de segurança de Pinard, mas não havia resposta, a puérpera continuava com perdas hemáticas vaginais aumentadas, pelo que deu-se início a terapêutica farmacológica com ocitocina e realizada colheita de sangue para hemograma e provas de coagulação, no entanto, perante a manutenção da situação, foi encaminhada para o Bloco Operatório, onde foi realizada revisão uterina cirúrgica, sendo possível extrair um coagulo e controlar a HPP.

O Puerpério é uma fase de grandes mudanças na mulher e família, sendo que as emocionais, podem trazer grande vulnerabilidade para os novos pais (DGS, 2005). Tive oportunidade de aplicar a Escala de Edimburgo numa puérpera que apresentava altos níveis de ansiedade, “emoção negativa: sentimentos de ameaça perigo e angústia” (CIPE, 2011, p.39), tendo plena consciência que o equilíbrio emocional de uma puérpera é fundamental para uma boa vinculação e vivência de um pós-parto saudável (competência 4.3.1 da OE (2019)). Em contexto de estágio nos Cuidados de Saúde Primários, observei que não era prática usual dos enfermeiros, aplicarem a Escala de diagnóstico precoce da depressão pós-parto no seu padrão de assistência à puérpera, o que de imediato me levou a inferir o incumprimento da recomendação pela DGS (2015), relativa ao desenvolvimento desta intervenção na Consulta de Pós parto. Face ao descrito, achei importante propor a realização de uma Sessão de Formação (Apêndice XV) a todos os enfermeiros daquela unidade, para dar conhecimento e enaltecer a importância da avaliação da saúde mulher da puérpera com enfoque na saúde mental e na promoção da vivência positiva da primeira infância, tendo sido também disponibilizado o manual da DGS (2015), com todas as orientações, assim como a escala impressa.

Após a saída da maternidade, o primeiro contacto com os profissionais de saúde, ocorre no âmbito da realização do diagnóstico precoce, sendo que, este é um momento fundamental para que a puérpera possa expor dúvidas, medos, receios. Tive também oportunidade de realizar o Teste de Guthrie designado também como rastreio neonatal ou teste do pezinho, que consiste na recolha de gotas de sangue após punção do calcanhar do bebé e tem como finalidade o diagnóstico precoce de patologias genéticas e metabólicas (Oliveira e Antão, 2021) , um

momento importante do diagnóstico precoce, mas ao mesmo tempo um contacto fundamental para compreender a dinâmica familiar relativa ao exercício dos papéis parentais e ao desenvolvimento da vinculação. Neste contexto, também foram várias as consultas de revisão pós-parto (pós-parto tardio) que realizei, em que efetuei observação geral, ginecológica e mamária, averigui e informei sobre contraceção e reinício da atividade sexual, sendo que a educação para a saúde, continua a ser uma intervenção central pois são múltiplos os ensinamentos feitos, (como a alimentação/amamentação, comportamento do bebé, dor, Plano Nacional de Vacinação, prevenção de acidentes, etc).

3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e da mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

No que respeita ao período do climatério/menopausa é de salientar a intervenção especializada, por parte do EESMO, orientando e apoiando a mulher nesta fase da sua vida, dando relevo a um cuidado individualizado que promova uma vivência tranquila, satisfatória e com saúde. Segundo a OE, o EESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, de forma a potenciar a sua saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa” (OE, 2019).

A vida da mulher em termos reprodutivos é marcada por dois eventos importantes, a menarca e a menopausa, sendo esta última definida como a última menstruação da vida da mulher (Bastos, 2003). Para a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2016), o “climatério é o período da vida da mulher em que ocorre um declínio progressivo da função ovárica e compreende três fases (pré, peri e pós-menopausa). O climatério, não é apenas um acontecimento transitório, desde o momento em que se inicia a falência ovárica até ao final de vida da mulher, logo, não importa apenas os aspetos físicos, mas também os biológicos, psicossociais, emocionais e culturais (Dias, 2014).

O enfermeiro na consulta de ginecologia integra os diferentes aspetos (bio-psico-socio-culturais) da mulher, garantindo, que o cuidado prestado seja interdisciplinar, inovador, transformador e integral (Catafesta, Klein, Canever & Lazzari, 2015). A educação para a saúde nestas consultas, é imprescindível, particularmente no que alude à importância dos rastreios do cancro do colo do útero e da mama, cuidados/higiene vaginal, estratégias para minimizar os desconfortos associados à menopausa, sinais de alarme, terapêutica hormonal de compensação, alimentação, exercício e hábitos de vida saudáveis, entre outros.

Os desconfortos causados pelo climatério, influenciam também a sexualidade e o quotidiano da mulher, como o prurido, a dispareunia, a incontinência urinária, o tenesmo vesical ou as

infecções urinárias de repetição, resultantes do hipoestrogenismo que desencadeia mudanças significativas no ambiente vaginal e nos órgãos gêrito-urinários (Bagnoli, Fonseca, Junqueira, & Ariê, 2002).

Uma das questões difíceis de abordar, é efetivamente a sexualidade, por esta ainda ser um tema tabú, quando se fala de mulheres no climatério. Como refere Dias (2014), a sexualidade é fisiologicamente possível de existir ao longo de todo o ciclo vital, sendo que a mulher pode ter prazer e/ou manter-se sexualmente ativa nesta fase do ciclo. Stuart & Laraia (2001), referem, ainda, que à medida que os enfermeiros se educam sobre a sexualidade, capacitam-se para compreender as necessidades e os problemas sexuais, tendo esta sido uma preocupação que tive ao longo deste estágio, o aprofundamento do meu conhecimento nesta temática através da pesquisa bibliográfica e das experiências práticas.

Neste contexto clínico tive oportunidade de realizar de forma autónoma consultas nas três fases do climatério, prestando cuidados diferenciados como futura EESMO, refletindo e debatendo em paralelo com a minha orientadora, as intervenções específicas do EESMO neste âmbito. Tentei sempre ter uma postura empática, empoderando a mulher para vivenciar de forma positiva este período, facultando-lhe informação adequada às suas necessidades de forma clara e sistematizada.

A observação/participação nas consultas de especialidade de ginecologia, (ginecologia-oncológica, uroginecologia e senologia) foram também atividades importantes para a consolidação de conteúdos teóricos e diversificação de experiências/ competências. Assim, nas consultas de senologia, foi possível realizar o exame mamário, ensino do autoexame da mama e tratamento a ferida operatória. Ao longo das consultas, foi perceptível que o número de mulheres com patologias graves da mama, era elevado, sendo que pude observar/participar em diversas consultas de mulheres com cancro da mama (CM), intervindo ao nível da educação para a saúde na adoção de estilos de vida saudáveis e manutenção da vigilância da saúde. Várias, foram as doentes com CM em consulta pré-cirúrgica, pós-cirúrgicas ou de confirmação de diagnóstico. Promovi a vigilância da sua saúde sexual e ginecológica assim como enfatizei a importância do diagnóstico precoce do cancro.

Nas consultas de Uroginecologia, a patologia mais frequentemente identificada é a incontinência urinária (IU). Segundo, Marques (2017), citando Cardozo & Stanton (1980), a IU de esforço é a mais frequente, representando um problema de saúde pública, dado o número de mulheres que afeta em todo mundo. A etiologia da IU inclui contrações involuntárias do detrusor, anomalia do esfíncter ou trajeto, multiparidade, menopausa, obesidade, obstipação, cirurgia uroginecológica prévia, atividade física intensa, consumo de café e tabaco (Marques,

2017). O diagnóstico dos diferentes tipos de IU, faz-se através de exames urodinâmicos, sendo o tratamento selecionado em função da tipologia da IU. O tratamento mais comum é cirúrgico, embora possam ser utilizados tratamentos mais conservadores, especialmente em situações de IU ligeira (Rodrigues, 2011), estes englobam exercícios dos músculos do pavimento pélvico (exercícios de Kegel), estimulação elétrica, estimulação eletromagnética, biofeedback e dispositivo intravaginal. Considero que o EESMO, tem um papel fundamental na prevenção e tratamento da IU, atuando ao nível da educação para a saúde quer no que diz respeito às causas para IU, quer para o seu tratamento.

Nas consultas de ginecologia geral, tive oportunidade de realizar exame/ observação ginecológica em inúmeras mulheres, exame bimanual, citologia cervical (20) com teste de HPV, exérese de pólipos do colo e colaboração na colocação de dispositivos intrauterinos (3) e 1 implante subcutâneo, realizar educação para a saúde sobre contraceção, ensino sobre transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, importância da cessação tabágica. Ao longo das consultas que realizei e nas outras em que tive uma intervenção menos autónoma, a privacidade da utente e o seu conforto, foram sempre priorizadas. A posição ginecológica e a observação são só por si desconfortáveis, pelo que é importante o EESMO estabelecer uma relação de confiança e proporcionar um ambiente tranquilo, por forma a que a experiência da mulher seja a melhor possível. As observações ginecológicas, possibilitaram-me identificar/perceber o que é normal e o que pode ser ou não patológico tendo assim desenvolvido a competência: 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 (OE,2019). As colpocitologias (Testes de Papanicolau) foram realizadas no âmbito da consulta ginecológica, sendo as primeiras mais difíceis, quer pela falta de experiência, quer pelo receio de causar dor, não obstante, obtive feedbacks muito positivos de utentes a quem realizei esta intervenção. Outra experiência que pude adquirir foi relativa ao cuidar da mulher submetida a histeroscopia, quando participei na consulta prévia ao exame e observei a realização do exame. A consulta é realizada pelo médico ginecologista com o apoio de um enfermeiro generalista com larga experiência nesta área. Segundo Benner (2001), o enfermeiro perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática. E efetivamente esta enfermeira, desempenha o seu papel de enfermeira que não sendo especialista é perita na área. O exame que acompanhei, foi realizado a uma mulher, que vinha em processo de tratamento de infertilidade, e que é enviada por suspeita de lesões/pólipos do endométrio. A enfermeira teve

a sensibilidade de saber se a mulher tinha quem a acompanhasse após o exame, a mulher nega e refere que estava preocupada pois não tinha sido preparada para a realização do procedimento e que tinha o filho à sua espera na escola, pelo que lhe foi sugerido contactar alguém que pudesse ir buscar o filho, por forma a estar mais tranquila durante o exame. Esta sensibilidade fez certamente a diferença na condução do exame. O enfermeiro tem um papel fulcral na tranquilização da mulher e na manutenção de um ambiente favorável e seguro no sentido de minimizar os riscos e o desconforto do procedimento, para além de colaborar na realização do exame, e intervir no ensino sobre os cuidados a ter após a técnica, não de uma forma prescritiva, mas sim de uma forma explicativa, levando a um aumento da adesão por parte da mulher e à sua satisfação com o atendimento.

Outra atividade que foi possível desenvolver por ser sentida como uma necessidade para o serviço, foi a elaboração de um documento orientador (Apêndice XVI) da Consulta de Infecções Sexualmente Transmissíveis que havia sido instituída recentemente no hospital (6 meses), por ainda não existir qualquer tipo de documento norteador do seu funcionamento. Nesta consulta o médico Dermatologista com especialização em dermatovenereologia observa, diagnostica, prescreve terapêutica e exames auxiliares de diagnóstico, sendo apoiado por um enfermeiro generalista na execução de alguns destes atos. Nestas consultas, não existe intervenção do EESMO. Porém, pude observar várias situações de mulheres que precisavam de orientação para conseguirem uma sexualidade segura quando viviam situações de IST, bem como situações de mulheres que por não existir uma observação por EESMO, iam para estas consultas triadas como tendo uma IST e afinal o problema era ginecológico, acabando por haver um atraso no diagnóstico e tratamento da doença. Esta experiência, possibilitou-me aprofundar o meu conhecimento teórico e prático nesta área temática e desenvolver competências para intervir na promoção da saúde e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, assim como atingir a competência específica explanada pela OE (2019): 1.3 — Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É indiscutível, a importância da realização deste relatório, como veículo promotor da reflexão relativa ao caminho percorrido neste percurso formativo, para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas à prática futura como EESMO e à obtenção do grau de Mestre.

A diversidade de experiências proporcionadas ao longo dos vários contextos de EC, impulsionaram a necessidade contínua de procura pela evidência disponível assim como incitaram a promoção da minha capacidade de crítica reflexiva. Considero ter adquirido competências técnicas, científicas e relacionais que me permitiram crescer pessoal e profissionalmente e de prestar cuidados especializados, visando o cuidado holístico, individualizado, especializado e centrado na mulher inserida na família e comunidade, utilizando como estratégia a observação participante e o pensamento crítico-reflexivo em todos os momentos de aprendizagem, desenvolvendo competências especializadas nos vários domínios da intervenção do EESMO, com enfoque na promoção da segurança e melhoria contínua da qualidade dos cuidados, norteadas pelo Modelo da efetividade do papel do enfermeiro.

Atento que as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes EC, permitiram-me atingir os objetivos a que me propus no início deste projeto, indo também de encontro à necessidade de aquisição das competências descritas pela OE (2019), competências do ICM (2019) como EESMO, na prestação de cuidados especializados, independentes e interdependentes, a todas as mulheres ao longo do seu ciclo de vida, inseridas na comunidade, em alinhamento com a manutenção de uma conduta que integra os padrões éticos e deontológicos esperados.

Apesar das adversidades impostas pelo contexto pandémico e pela falta de adesão ao meu projeto, fui capaz de me readaptar continuamente, com o apoio da minha professora orientadora. Com a concretização deste projeto, emergiu a falta de conhecimento dos EESMO acerca da existência da Lista de Verificação para Parto Seguro da OMS, sendo possível verificar, que a maioria das práticas essenciais ao parto seguro, estão integradas no quotidiano da assistência prestada pelos EESMO, apesar de nem sempre estarem evidenciadas nos padrões de registos de enfermagem existentes. Em virtude dos resultados obtidos neste estudo e dos contributos irrefutáveis da LVPS, concluiu-se, que a sua aplicação como ferramenta/checklist individual tal como foi desenhada, não é imprescindível para a garantia da qualidade e da segurança dos cuidados prestados às parturientes e puérperas em contextos hospitalares mais diferenciados e altamente tecnológicos como são os Portugueses. Quando iniciei este projeto, não fazia ideia onde este me iria levar. Agora não o quero terminar, pelo que pretendo continuar a divulgar os

resultados obtidos pelo mesmo, por forma a dar visibilidade às práticas essenciais, prestadas em quatro momentos distintos na assistência à parturiente, feto/ RN, fundamentais para garantir a segurança e qualidade do processo de cuidados, através da apresentação de posters e comunicações livres ou/e publicação de um artigo numa revista científica, assim como através da permanente divulgação entre os meus pares.

Considero assim, ter concluído esta etapa com sucesso e estar preparada para prestar cuidados especializados á mulher/família inserida na comunidade ao longo de todo o seu ciclo vital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim V., Nilsen A.B., Lukasse M. & Reinart L.M. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2~

ACOG. (2017). Committee opinion N.º712 summary: Intrapartum management of intraamniotic infection. Obstetrics & Gynecology, 130 (2), 490-492. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002230>

ACOG. (2019). ACOG committee opinion No. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. Obstetrics & Gynecology, 133(2), e164-e173. doi:10.1097/aog.0000000000003074

ACSSS (2015). Ação Formação de Suporte ao plano nacional para a segurança do doente. Referencial de Formação 2016-2018. Consultado a 3 Maio de 2019, disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Anexo%20III%20-%20Qualidade%20na%20Sa%C3%BAde.pdf>

Albolino, S., Dagliana, G., Illiano, D., Tanzini, M., Ranzani, F., Bellandi, T., Tartaglia, R. (2017). Safety and quality in maternal and neonatal care: the introduction of the modified WHO Safe Childbirth Checklist. Ergonomics, 61(1), 185–193. doi: 10.1080/00140139.2017.1377772;

APEO (2009). Iniciativa ao Parto Normal: Documento de Consenso. Loures: Lusociência.

Armstrong, R., Hall, B., Doyle, J. & Waters, E. (2011). Cochrane update “Scoping the scope” of a cochrane review. Journal of Public Health, 33(1), p. 147-150.

Aromataris, E. & Munn, Z. (Ed.). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Acedido a 15/10/2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) & (Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). (2009). Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Lisboa: Lusociência.

AWHONN (2011). Nursing support of laboring women. DC Washington: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y, & Chandrachan, E. Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: cardiotocography. International Journal of Gynecology and Obstetrics. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.06.020

Azzolin, K (2011). Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar.

Babu, R. (2015). 'Safe surgery saves lives'—A WHO initiative. *Surgical Handicraft: Manual for Surgical Residents and Surgeons*, 18-18. doi:10.5005/jp/books/12452_7

Bagnoli, Fonseca, Junqueira, & Ariê. (2002). Queixas urogenitais no climatério: O Que fazer? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(2), 101-101. doi:10.1590/s0104-42302002000200011

Balasubramanian, N. (2012). Likert Technique of Attitude Scale Construction in Nursing Research. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 2(2), 65-69. Consultado a 10/06/2021. Disponível em: <http://www.anvpublication.org/ajner.htm>.

Baldisserotto, M. L., Theme Filha, M. M., & Da Gama, S. G. (2016). Good practices according to who's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: The "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. *Reproductive Health*, 13(S3). doi:10.1186/s12978-016-0233-x

Bastos, (2003). Sorria, você está na menopausa: um manual de terapia natural para a mulher. São Paulo: Ground

Batista, M. (coord.). Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica. p.335 – 347. Lisboa: Lidel.

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto Editora.

Bezerra, A., Magalhães, J., Santos, M., (2013). Educação sexual: intervenção em saúde escolar. *Revista Sinais Vitais*. pág. 47-49. Disponível em <http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV110/RSV_110_Art6.pdf> Acesso em 29 de mai. de 2019.

Bobak, I., Lowdermilk, D., Jensen, M., (1999). *Enfermagem na maternidade*. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-09-6.

Bonomi, I., Cunha, S., Trigueiro, M., Lobato, A., & Tavares, R. (2012). Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto. *Revista Medicina Minas Gerais*, 22(2), 70-77. Consultado a: 1/2/2021. Disponível em <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/715/v22s2a10.pdf>

Carvalho, I., Rosendo, T., Freitas, M., Silva, E., Medeiros, W., Moutinho, N., Pimenta, I., e Gama, Z. (2018). Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde para o contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18(2), 401-418. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200009>

Catafesta, G., Klein, D. P., Canever, B. P., & Lazzari, D. D. (2015). Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, 22(1), 85. doi:10.17696/2318-3691.22.1.2015.32

Centeno, M. (2017). Puerpério e lactação. In L.M. Graça, (Coords.). *Medicina Materno Fetal*. (5ªed.) (pp.280-287). Lisboa: Lidel.

Chitayat, D.; Langlois, S., Wilson, R. (2017) Prenatal Screening for Fetal Aneuploidy in Singleton Pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can*, v. 39, n. 9, p. e380-e394, 09/2017. ISSN 1701-2163. Consultado a 3/06/2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28859781/>

Cunningham F. (2001). Conduct of normal labor and delivery. In: *Williams Obstetrics*. 21st edition. Mc Graw Hill: 309-330.

Daud-Gallotti, R. M., Morinaga, C. V., Arlindo-Rodrigues, M., Velasco, I. T., Martins, M. A., & Tiberio, I. C. (2011). A new method for the assessment of patient safety competencies during a medical school clerkship using an objective structured clinical examination. *Clinics*, 66(7), 1209-1215. doi:10.1590/s1807-59322011000700015de.aspx

Despacho 9990/2019 (2019). Alteração ao plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Diário da República n.º 211/2019, Série II de 2019-11- 04. 138 – 140.

Despacho n.º 5613/2015, *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020*, Diário da República, 2.ª série, N.º 102 ,27 de maio de 2015, disponível em: <https://dre.pt/application/file/67318639>, consultado a 14/05/2019.

Despacho nº1482/2010 (2010). Estrutura e plano de estudos. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Diário da República n.º 14/2010, Série II de 2010-01-21. 3010 – 3011.

DGS. (2015). Orientação n.º 001/2015. Trabalho de parto estacionário. Lisboa, Portugal: Direção-geral da Saúde.

Dias. (2014). *Cuidar em enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia: a sexualidade da mulher em fase de menopausa/climatério* (Master's thesis, Instituto Politécnico de Santarém; Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém, Portugal).

Diniz, D., & Corrêa, M. (2001). Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, 13(3), 679-688

Direção-Geral da Saúde (2008). Saúde reprodutiva. Planeamento familiar, Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Dodou, H. D., Sousa, A. A., Barbosa, E. M., & Rodrigues, D. P. (2017). Sala de parto: Condições de trabalho E humanização Da assistência. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(3), 332-338. doi:10.1590/1414-462x201700030082disponível em: <<http://scielo.br>>. Acesso em: 4 Abril 2019.

Donabedian, A. (1996). The Effectiveness of Quality Assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(4), pp. 401-407. Consultado a 12/05/2019. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.607.5625&rep=rep1&type=pdf>.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press Inc.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), pp. 691-729. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>

Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes, the state of the science* (2ª Edição ed.). Jones & Bartlett Learning LCC.

Doran, D. I. (2002). Nursing role effectiveness model: Conceptualizing to theory testing. Consultado a 10/06/2019. Disponível em: http://stti.confex.com/stti/sos13/techprogram/paper_11238.htm

Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., et al. (2006). Relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Research in nursing & health* (29), pp. 61-70

Doran, D.I., Sidani, S., Keatings, M. & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of advanced Nursing*, 38(1), 29-39

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Fisiologia do trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R.,

Fatia, A., (2008) – Uma Mão Cheia de Nada - Vivências da Mulher Submetida a Interrupção Médica da Gravidez por Malformações Fetais. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado.

Fausett, M. B., Propst, A., Van Doren, K., & Clark, B. T. (2011). How to develop an effective obstetric checklist. *American journal of obstetrics and gynecology*, 205(3), 165–170. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.06.003>

Ferreira, A. (2016). Fisiologia do puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Coord.). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.438-442). Lisboa: Lidel.

Fishman, & Gelber. (2012). Evidence for the clinical management of chorioamnionitis. *Semin Fetal Neonatal Med*, 17. doi: 10.1016/j.siny.2011.09.002

Fonseca, S. (2016). Indução do trabalho de parto. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (coord.). *Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica*. p.335 – 347. Lisboa: Lidel.

Fortin, M.F. (2009). O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização. Loures: Lusodidata. doi: ISBN 978---989---8075---18---5

Freitas, M. (2015). *Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde*. (Tese Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.

Freitas, M.J. e Monteiro, M. (Maio, 2020). Contributos da adaptação e utilização da Lista de Verificação da Organização Mundial Saúde para o Parto Seguro: uma *scoping review*. [Abstract]. Conference e-book of *5th Biennial European Conference "Nursing's*

innovation, influence and impact on global health: looking back and moving forward", p.295-296.

Freitas, M.J. e Monteiro, M. (Maio, 2020). Contributos da adaptação e utilização da Lista de Verificação da Organização Mundial Saúde para o Parto Seguro: uma *scoping review*. In *STTI 5th Biennial European Conference "Nursing's innovation, influence and impact on global health: looking back and moving forward"*, Coimbra, Portugal.

Galvão, (1995). Liderança situacional: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro líder no contexto hospitalar. Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem/USP.

Godinho, A., Florentino, D., Violante, F., Dias, H., & Coutinho, E. (2020). O enfermeiro promotor da saúde sexual e reprodutiva na adolescência: o caso do planeamento familiar. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 358- 370. Retrieved from <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS~>

Gomes, A. T., Salvador, P. T., Rodrigues, C. C., Silva, M. D., Ferreira, L. D., & Santos, V. E. (2016). A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 146-154. doi:10.1590/0034-7167-2015-0139

Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno Fetal*, 4ª Edição, Lisboa: Edições Lidel, 776p.

Greve, T. (2009). Disturbing “New” Trends in Tear Prevention Threaten Midwives’ Autonomy. *Midwifery Today*, Issue 92. Acedido a 10 de janeiro de 2020, disponível em <https://midwiferytoday.com/mt-articles/tear-prevention/>.

Hall, W. A., Stoll, K., Hutton, E. K., & Brown, H. (2012). A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1). doi:10.1186/1471-2393-12-78

Heine, Puopolo, Beigi, Silverman, & El-Sayed. (2017). Intrapartum Management of Intraamniotic Infection. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 712. Consultado a 10/07/2020. Retrieved from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/08/intrapartum-management-of-intraamniotic-infection>

International Confederation of Midwives (ICM) (2019). Essential competencies for midwifery practice (2019 update). Acedido em 06/11/2020. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icmcompetencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf

IOM. (2011). Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: The National Academy Press, Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24983061/> . Consultado a 03/06/2021.

Irvine, Sidani & McGillis Hall. (1998). Linking outcomes to nurses' role in health care. *Nursing Economics*. 16. 58-64, 87.

Januário, J. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa Internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra* (Master's thesis, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal).

Johnson, M., Mass, M., & Moorhead, S. (2004). Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) (2ª ed.). (R. Garcez, Trad.) Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Joseph, A. M. (2007). The impact of nursing on patient and organizational outcomes. *Nursing economics*, 25 (1), pp. 30-34.

Kashanian, M. & Shahali, S. (2009). Effects of acupressure at the Sanyinjiao point (SP6) on the process of active phase of labor in nulliparas women. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 23(7). 638–641. DOI: 10.3109/14767050903277662

King, T. L., & Pinger, W. (2014). Evidence-based practice for intrapartum care: The pearls of midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(6), 572-585. doi:10.1111/jmwh.12261

Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M. (2000). Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Washington: Institute of Medicine National Academy Press.

Langen, E., Weiner, S., Bloom, S., Rouse, D., Varner, M., Reddy, U. & Sciscione, A. (2016). Association of Cervical Effacement With the Rate of Cervical Change in Labor Among Nulliparous Women. *Obstetrics and gynecology*, 127(3), 489. Doi:

10.1097/AOG.0000000000001299.

Disponível

em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5102500/>, consultado a 10/7/2021

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd003934.pub2 , consultado a 3/01/2020

Lei n.º 156/2015 (2015). Código Deontológico inserido no Estatuto da OE aprovado a 16 de setembro. Assembleia da República. Diário da República, I série.

Lei n.º 33/2009 (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. Assembleia da República. Diário da República, 1ª Série (n.º 134 de 14 de julho).

Lowdermilk, L.; Perry, E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª edição, Loures, Lusodidata.

Madalozo, F., & Ravelli, A. P. (2013). Nursing puerperal consultation project: assessing the learning about postpartum period acquired by postpartum women. *Revista Conexão UEFG*, 9(1), 154-161. Retrieved from [file:///C:/Users/maris/Downloads/5031-Texto%20do%20artigo-16296-1-10-20130610%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/maris/Downloads/5031-Texto%20do%20artigo-16296-1-10-20130610%20(1).pdf)

Malone, F. D., Canick, J. A., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H., Bukowski, R., ... D'Alton, M. E. (2005). First-trimester or second-trimester screening, or both, for Down's syndrome. *New England Journal of Medicine*, 353(19), 2001-2011. doi:10.1056/nejmoa043693

Marcolin, A. C. (2015). Qualidade E segurança: Caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(10), 441-445. doi:10.1590/so100-720320150005472

Marques. (2017). *Qualidade de vida da mulher com incontinência urinária no período pré e pós-menopausa: estudo de fatores associados* (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal).

Massoud, M. R., & Kimble, L. (2015). Faculty opinions recommendation of learning before leaping: Integration of an adaptive study design process prior to initiation of BetterBirth, a

large-scale randomized controlled trial in Uttar Pradesh, India. *Faculty Opinions – Post-Publication Peer Review of the Biomedical Literature*. doi:10.3410/f.725721207.793510767

Miranda, B. (2016). Programa nacional de saúde do adolescente – Encontro alargado do MSSS. Disponível em <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/386-pnsa-encontroalargado-do-ms-agosto-16belmiramiranda/file>.

Mongan, 2015. HypnoBirthing: The natural approach to safer, easier, more comfortable birthing - The Mongan method, 4th edition (4th ed.). Health Communications.

Montenegro, Rezende. (2008). O Puerpério. Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Sawnsen, E. (2010). Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Morse M.L., Fonseca S.C., Barbosa M.D. Calil M.B., Eyer F.P. (2011). Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Caderneta Saúde Pública*; 27:623-8.

Mota e Silva, L.; Oliveira, S. M. J. V.; Silva, F. M. B.; Alvarenga, M. B. (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paul Enfermagem* nº24(5) – 656-6

Moura, M. D., & Mendes, W. (2012). Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), 523-535. doi:10.1590/s1415-790x2012000300007

Mourato, C. (2015). *Preparação para a parentalidade: Intervenções do EEESMO que contribuem para uma parentalidade saudável*. (Dissertação de mestrado apresentada à ESEL). Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16406/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio-Cl%C3%A1udia%20Mourato.pdf>

Nababan, H. Y., Islam, R., Mostari, S., Tariqujjaman, M., Sarker, M., Islam, M. T., & Moucheraud, C. (2017). Improving quality of care for maternal and newborn health: a pre post evaluation of the Safe Childbirth Checklist at a hospital in Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). doi: 10.1186/s12884-017-1588-x;

Neves, H. C., Pereira, M. S., Alves, S. B., Gomes, G. P., Bachion, M. M., & Souza, A. C. (2014). A segurança dos profissionais da área da saúde na perspetiva da integralidade: Uma reflexão teórica / The safety of the healthcare workers in integrality perspective: a theoretical reflection. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(4), 770. doi:10.4025/cienccuidsaude.v13i4.21927

NHS (2010). WHO surgical safety checklist: for maternity cases only, Nov., 2010. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=83972>. Consultado a 3/6/2021.

Nunes. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem* (Master's thesis, Instituto politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal).

OE (2011). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento concetual e conceitos descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE (2012). Parecer n.º 7/2012 – Plano de parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE (2013) – Projeto maternidade com qualidade. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualida>

OE (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos enfermeiros: Lisboa. Acedido 17-03-19. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiUyrrt9_7xAhUKvRQKHT3iDZMQFjAAegQIBxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Farquivo%2FAEnfermagem%2FDocuments%2FREPE.pdf&usg=AOvVaw1qEfqwXHHLH0new9Q5G2gT

OE. (2010). Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem. Lisboa: OE.

OE. (2015). *Livro de bolso*. Consultado a 02/01/2021, disponível em, https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf.

OE. (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf, consultado a 03/06/2021.

OE. (2019). Regulamento n.º 391/2019. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, *Diário da República*, II série, N.º 85 de 3 de Maio de 2019, Artigo 4.

OE. (2019). Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*. 2ª Série (nº26). 4744- 4750.

Oliveira, A. (2017). Natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal, 2012-2016. disponível em <https://storage.meliora.pt/3/pubs/92/content/1516965569/index.html>, consultado a 14/05/2019

Oliveira, S., & Antão, C. (2021). *Rastreio neonatal: a importância da precocidade do teste de Guthrie* (Master's thesis, Instituto Politécnico de Bragança, Sobreda, Portugal). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10198/23527>

OMS (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: Organização Mundial de Saúde

OMS. (2009) More than words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1.; 2009. 154p.

OMS. (2009). Guidelines for Safe Surgery. Geneva, Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2011). Recomendações para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Geneva, Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2014). Safe childbirth checklist collaboration: improving the health of mothers and neonates progress report. Geneva; 2014. Consultado a 13/01/2020. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/scc-progress-report-2014.pdf?ua=1>

OMS. (2015). Checklist targets major causes of maternal and newborn deaths in health facilities. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternalnewborn-deaths/en/>, consultado a 10/10/2020.

OMS. (2015). Colombian nurses improve the quality of care at birth. Geneva; 2015 [Acesso em: 20 jun 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/features/2015/colombia-safe-childbirth-checklist/en/>.

OMS. (2015). *Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. Geneva, Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2015). *Safe Childbirth Checklist*. Geneva: 2015. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth-checklist/en>, consultado a 12/06/2019.

OMS. (2017). Organização Mundial da Saúde. Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. [WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns]. Genebra

OMS. (2016). *Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities*. Geneva: WHO. ISBN 978 92 4 151121 6.

ONU. (2015). Relatório elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Unicef, Fundo das Nações Unidas para a População e pelo Grupo do Banco Mundial https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf
<https://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade/27669>

Organização Mundial de Saúde (OMS) & Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2018). 10 Passos para o sucesso do aleitamento materno. Acedido a 10/11/2020. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2300/iab_10-medidas_sucesso-aleitamento-materno-2018-09.pdf

Palma, S. (2017). *Interrupção Voluntária de Gravidez: o porquê desta escolha...* (Master's thesis, ESEL, Lisboa, Portugal). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20992/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20IVG%20-Sara%20FINALISSIMA2.pdf>

Patabendige, M., & Senanayake, H. (2015). Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: A developing country experience. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). doi:10.1186/s12884-015-0436-0

Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer Publishing Company. Disponível em <https://books.google.pt/books?id=ck8-E6FL->

1UC&printsec=frontcover&dq=peplau&hl=ptPT&sa=X&ved=0ahUKEwi6_-
Hxh9TGhAhW1ShUIHdNAAr0Q6AEIOjAC#v=onepage&q&f=false;

Pereira, S., Diaz, C., Backes, M., Ferreira, C., & Backes, D. (2018). Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. Consultado a 20/01/2021, disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00341672018000901313&lng=en&tlng=pt

Periard, Rezende, Segundo, Cosso, Lopes, França, F. R., ... Silva. (2011). Uterine atony and postpartum hemorrhage. *Revista Medicina Minas Gerais*, 21. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjAmIfK1tjxAhWd8uAKHRKNB7AQFjAGegQICxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.rmmg.org%2Fexportar-pdf%2F735%2Fv21n4s6a06.pdf&usg=AOvVaw3R3zpDq5BqBw5iDauHNz8J>, consultado a 10/04/2021

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2019). Chapter 11: Scoping reviews. *JBIR Reviewer's Manual*. doi:10.46658/jbirm-20-01

Pinto, M. (2005) – Interrupção Médica da Gravidez após Diagnóstico Pré-Natal de Doença Fetal ou Materna - Um Estudo numa Maternidade Pública de Lisboa. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado.

Pisco, L.; Biscaia, J. L. (2001) – Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. Volume Temático: 2, 43-51.

Pordata. (2018). PORDATA – Taxa de IVG. Consultado a 1/07/2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Interrup%C3%A7%C3%B5es+volunt%C3%A1rias+da+gravidez+nos+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde-1511>

Pordata.pt. (2019). PORDATA - Taxa de mortalidade materna. [online] Consultado a 9/5/2019. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+materna-619>

Pordata.pt. (2019). PORDATA - Taxa de mortalidade perinatal e neonatal. [online] Consultado a 9/5/2019. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>

Praxedes, A., Arrais, L., Araújo, M., Silva, E., Gama, Z. and Freitas, M., (2017). Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(10).

Regal J., Gilbert J., Burwick R., (2015) The complement system and adverse pregnancy outcomes. *Molecular Immunology*. 67(I1):56-70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.molimm.2015.02.030> [[Links](#)]

Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: Um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029-2036. doi:10.1590/s1413-81232013000700018

Rodrigues, S. (2011). *Estudo de Adaptação e Validação do King's Health Questionnaire a Mulheres com Incontinência Urinária de Esforço* (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal

Rosa, M. (2016). Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem: a pessoa idosa em contextos da RNCCI (Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal). Retrieved from <https://hdl.handle.net/10216/87644>

Roscani, A. N., Ferraz, E. M., Oliveira Filho, A. G., & Freitas, M. I. (2015). Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 553-565. doi:10.1590/1982-0194201500092. Consultado a 5/04/ 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0553.pdf>.

SantAna, J., Leite, P., Vilela, R., Sanfelice, F., Almeida, J., e Alves, M. (2017). A importância da utilização da lista de verificação de seguro de redução de riscos obstétricos e puerperais. *Revista CuidArte Enfermagem*, 11(2), 300-303.

Santos, M. C., Pedroni, V. S., Carlotto, F. D., Silva, S. C., Gouveia, H. G., & Vieira, L. B. (2020). Prática Segura para partos em hospital universitário. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, e80. doi:10.5902/2179769241489

Saragoila, M. (2007). *Ser enfermeiro com as pessoas. Perspetivas de enfermagem em enfermeiros recém licenciados*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, ICBAS.

Seabra, P. (2014). Indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem com pessoas consumidoras de drogas (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal).

Semrau, K., Hirschhorn, L., Delaney, M., Singh, V., Saurastri, R., Sharma, N., Gawande, A. (2018). Outcomes of a Coaching-based WHO Safe Childbirth Checklist Program in India. *Obstetric Anesthesia Digest*, 38(2), 74–76. doi: 10.1097/01.aoa.0000532267.86420.41.

Serrano, F. (2017). Perda embriofetal recorrente. In L.M. Graça, (Coord.). *Medicina*

Sever, N., & Akyüz, A. (2015). Assessment of efficiency of the use of transcutaneous electrical nerve stimulation in labor pain relief. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44, S70. doi:10.1111/1552-6909.12645

Sherman, H., Castro, G., Fletcher, M., Hatlie, M., & Hibbert, P. (2009). Towards an international classification for patient safety: The conceptual framework. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1), 2-8. doi:10.1093/intqhc/mzn054

Silva Gallo, R. B., Santana, L. S., Jorge Ferreira, C. H., Marcolin, A. C., PoliNeto, O. B., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2013). Massage reduced severity of pain during labour: A randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 59(2), 109-116. doi:10.1016/s1836-9553(13)70163-2

Silva, I. (2011). Emergências hemorrágicas do pós-parto. In D. Ayres-de-Campos, I. Silva, F. Costa (Coords.). *Emergências obstétricas* (pp. 49-61). Lisboa: Lidel.

Sociedade Portuguesa Ginecologia (SPG). (2016). *Consenso nacional sobre menopausa*.

Sousa, U., & Serranheira, F. (2014). Saúde do trabalhador, ergonomia E segurança do paciente. *Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras*, 115-138. doi:10.7476/9788575415948.0008

Spector, J. M., Agrawal, P., Kodkany, B., Lipsitz, S., Lashoher, A., Dziekan, G., Gawande, A. (2012). Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. *PLoS ONE*, 7(5). doi: 10.1371/journal.pone.0035151

Stuart, W., Laraia, T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica (Princípios e Prática)*. 6ª Ed., Porto Alegre: Artmed Editora

Teixeira, G. (2010). *Agressividade e Índice de Apgar*. Dissertação de mestrado, 2010. [Consult. 2020-01-09]. Disponível em: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/734/1/DM_GuiomarTeixeira_2010.pdf, consultado a 1/02/2021.

Tricco, A., Antony, J., Zarin, W., Strifler, L., Ghassemi, M., Ivory, J. ... Straus, S. (2015). A scoping review of rapid review methods. *BMC Medicine*, 13(224), p.1-15. A vocalização da parturiente: um cuidado do enfermeiro obstetra

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M ... Straus, S. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16(15), p. 2-10.

Vidal, M. (2014). *Competências de enfermagem na realização autónoma de intervenções de âmbito psicoterapêutico à mulher com neoplasia da mama*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16323/1/RELATORIO_MESTRADO_ESPECIALIZACAO_SAUDE_MENTAL_MANUELA VIDAL%5B1%5D.pdf.

ANEXOS

Anexo I – Lista de Verificação para parto seguro da OMS

ANTES DO PARTO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



Organização
Mundial da Saúde

1

Na Admissão

A mãe tem de ser transferida?

- ☐ Não
☐ Sim, organizada

Verificar os critérios da unidade de saúde

Partograma iniciado?

- ☐ Não, inicia a partir de ≥ 4 cm
☐ Sim

Começa a registar no partograma quando o cérvix for ≥ 4 cm, depois o cérvix deve dilatar ≥ 1 cm/h

- A cada 30 min: registar FC, contracções, FC fetal
- A cada 2 h: registar a temperatura
- A cada 4 h: registar TA

A mãe precisa de tomar:

Antibióticos?

- ☐ Não
☐ Sim, administrados

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento

Dar antibiótico à mãe, se:

- A temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- História de corrimento vaginal fétido
- Rotura de membranas > 18 h

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

- ☐ Não
☐ Sim, sulfato de magnésio administrado
☐ Sim, anti-hipertensivo administrado

Administrar sulfato de magnésio à mãe, se:

- A TA diastólica for ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+
- A TA diastólica for ≥ 90 mmHg e proteinúria 2+ e se houver dor de cabeça grave, distúrbio visual, dor epigástrica

Administrar anti-hipertensivo à mãe, se a TA sistólica for > 160 mmHg

- Objectivo: manter a TA $< 150/100$ mmHg

☐ Confirmar se existe material para limpar as mãos e usar luvas em cada exame vaginal.

☐ Encorajar a presença do acompanhante no parto.

☐ Confirmar que a mãe ou o acompanhante pedirão ajuda durante o parto, se necessário.

Pedir ajuda, se houver:

- Hemorragia
- Dor abdominal grave
- Dor de cabeça forte ou distúrbio visual
- Incapacidade de urinar
- Necessidade de fazer força

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acréscimos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety

WHO/HIS/SDS/2015.26
© Organização Mundial da Saúde 2017. Alguns direitos reservados.
Este trabalho é disponibilizado sob licença de CC BY-NC-SA 3.0 IGO:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

ANTES DO PARTO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



2

Antes da expulsão (ou antes da cesariana)

A mãe precisa de tomar:

Antibióticos?

☐ Não

☐ Sim, administrados

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

☐ Não

☐ Sim, sulfato de magnésio administrado

☐ Sim, fármaco anti-hipertensivo administrado

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento
Administrar antibióticos à mãe, na presença de:

- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- História de corrimento vaginal fétido
- Rotura de membranas > 18 horas
- Cesariana

Dar sulfato de magnésio à mãe, na presença de:

- TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+
- TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+, e: forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica

Dar fármaco anti-hipertensivo à mãe, se TA sistólica > 160 mmHg
• Objectivo: manter TA $< 150/100$ mmHg

Confirmar que existe o material necessário ao lado da cama e preparar o parto:

Para a mãe

☐ Luvas

☐ Desinfectante de mãos à base de álcool ou água limpa e sabão

☐ Oxitocina 10 unidades na seringa

Para o bebé

☐ Toalha limpa

☐ Lâmina/tesoura esterilizada para cortar o cordão umbilical

☐ Dispositivo de aspiração

☐ Balão e máscara

Preparar cuidados à mãe, logo a seguir ao parto: Confirmar que só há um bebé (não mais)

1. Dar oxitocina dentro de 1 minuto após o parto
2. Retirar a placenta 1-3 minutos após o parto
3. Massajar o útero depois da placenta sair
4. Confirmar que o útero está contraído

Preparar cuidados ao bebé, logo a seguir ao parto:

1. Secar o bebé e mantê-lo quente
2. Se não respirar, estimulá-lo e desobstruir vias aéreas
3. Se continuar a não respirar:
 - Iaquer e cortar o cordão
 - desobstruir as vias aéreas, se necessário
 - ventilar com balão e máscara
 - gritar por socorro

☐ Assistente identificado e pronto para ajudar no parto, caso seja necessário.

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acréscimos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety.

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

APÓS O PARTO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



3

Logo após o parto (no espaço de 1 hora)

A mãe tem sangramento anormal?

- ☐ Não
☐ Sim, pedir ajuda

Se sangramento anormal:

- Massajar o útero
- Considerar mais uterotônico
- Iniciar fluidos IV e manter a mãe quente
- Tratar a causa: atonia uterina, placenta/fragmentos retidos, lacerações vaginais, rotura uterina

A mãe precisa de tomar:

Antibióticos?

- ☐ Não
☐ Sim, administrados

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento. Dar antibióticos à mãe, se a placenta for removida manualmente ou se a temperatura da mãe for $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e se tiver:

- Tremores
- Corrimento vaginal fétido

Se a mãe tiver laceração do períneo de terceiro ou quarto grau, dar antibióticos para evitar infecção

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

- ☐ Não
☐ Sim, sulfato de magnésio administrado
☐ Sim, fármaco anti-hipertensivo administrado

Dar sulfato de magnésio à mãe, se tiver:

- TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+
- TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+, e: forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica

Dar anti-hipertensivo à mãe, se a TA sistólica > 160 mmHg
• Objectivo: manter a TA $< 150/100$ mmHg

O bebé precisa de:

Transferência?

- ☐ Não
☐ Sim, efectuada

Verificar os critérios da sua unidade de saúde.

Antibióticos?

- ☐ Não
☐ Sim, administrados

Dar antibióticos ao bebé, se tiverem sido dados antibióticos à mãe para tratamento de uma infecção materna durante o parto ou se o bebé tiver:

- Frequência respiratória $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
- Retracção torácica, gemidos ou convulsões
- Reacção lenta aos estímulos
- Temperatura do bebé $< 35^{\circ}\text{C}$ (não subindo após aquecimento) ou temperatura do bebé $\geq 38^{\circ}\text{C}$

Cuidados especiais e monitorização?

- ☐ Não
☐ Sim, organizados

Prestar cuidados/monitorização especial ao bebé, se:

- Prematuro de mais de um mês
- Peso à nascença < 2500 gramas
- Precisar de antibióticos
- Precisar de reanimação

☐ Amamentação e contacto pele com pele iniciados (se a mãe e o bebé estiverem bem).

☐ Confirmar que a mãe / acompanhante pedirão ajuda, se houver sinais de perigo.

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acréscimos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety.

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

APÓS O PARTO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



4

Antes da alta

☐ Confirmar a permanência na unidade de saúde durante 24 horas após o parto.

A mãe precisa de tomar antibióticos?

- ☐ Não
☐ Sim, administrar e adiar a alta

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento.
 Dar antibióticos à mãe, se:

- Temperatura da mãe $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Corrimento vaginal fétido

A tensão arterial da mãe é normal?

- ☐ Não, tratar e adiar a alta
☐ Sim

Dar sulfato de magnésio à mãe, se:

- TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+
- TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+ e: forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica

Dar fármaco anti-hipertensivo à mãe, se TA sistólica > 160 mmHg

- Objectivo: manter a TA $< 150/100$ mmHg

A mãe tem sangramento anormal?

- ☐ Não
☐ Sim, tratar e adiar a alta

Se pulsação > 110 batimentos por minuto e tensão arterial < 90 mmHg

- Dar fluidos IV e manter a mãe quente
- Tratar a causa (choque hipovolémico)

O bebé precisa de tomar antibióticos?

- ☐ Não
☐ Sim, dar antibióticos, adiar a alta, prestar cuidados especiais

Dar antibióticos ao bebé, se:

- Frequência respiratória $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
- Retração torácica, gemidos ou convulsões
- Reacção lenta aos estímulos
- Temperatura do bebé $< 35^{\circ}\text{C}$ (não subindo depois de aquecimento) ou temperatura do bebé $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Deixou de mamar bem
- Vermelhidão do umbigo estendendo-se à pele ou deitando pus

O bebé come bem?

- ☐ Não, estabelecer boas práticas de amamentação e adiar a alta
☐ Sim

☐ Discutir e informar a mãe sobre as opções de planeamento familiar.

☐ Marcar consulta de seguimento e confirmar que a mãe/acompanhante procurarão ajuda, se surgirem sinais de perigo após a alta.

Sinais de Perigo

A mãe tem:

- Hemorragia
- Dor abdominal grave
- Forte dor de cabeça ou distúrbio visual
- Respiração difícil
- Febre ou tremores
- Dificuldade em urinar
- Dor epigástrica

O bebé tem:

- Respiração acelerada/difícil
- Febre
- Frio anormal
- Falta de apetite
- Menos actividade do que o normal
- Amarelecimento de todo o corpo

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acréscimos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

Anexo II – Certificado de participação: *5th Biennial European Conference*
*"Nursing's innovation, influence and impact on global health: looking back and
moving forward"*



BODY INTERACT™
CLINICAL EDUCATION



Certificate of Presentation

This is to certify that

Maria João Baptista dos Santos de Freitas

has presented the Poster

Contributos da adaptação e utilização da Lista de Verificação da Organização Mundial Saúde para o Parto Seguro: uma scoping review

Authored by: Maria João Baptista dos Santos de Freitas and Marisa Monteiro
at the

STTI 5th Biennial European Conference

"Nursing's innovation, influence and impact on global health: looking back and moving forward"

organised by

Phi-Xi Chapter of Sigma & Sigma Europe Region

Lurdes Lomba, PhD, MSc, RN
President of Chapter Phi Xi
Sigma Theta Tau International

Marie-Louise Luiking
Sigma European
Regional Coordinator



Anexo III- E-book publicado SIGMA: *5th Biennial European Conference "Nursing's innovation, influence and impact on global health: looking back and moving forward"*

Título

Contributos da adaptação e utilização da Lista de Verificação da Organização Mundial Saúde para o Parto Seguro: uma scoping review

Autores

Maria João Baptista dos Santos de Freitas*, Marisa Monteiro**

Introdução

O parto é um processo complexo e não isento de risco de morbilidade/ mortalidade materna e/ou fetal. A utilização de instrumentos padronizados de verificação de processos de cuidados inerentes ao trabalho de parto e puerpério imediato, conferem qualidade e segurança aos mesmos. Contudo, necessitam de estudos de adaptação ao contexto a que se destinam prévios à implementação, ancorados na identificação das principais causas de morte materna, perinatal e nas condições do ambiente de cuidados (incluindo os recursos humanos e materiais).

Objetivos

Mapear as evidências disponíveis sobre os contributos da utilização da Lista de Verificação da Organização Mundial Saúde para o Parto Seguro (LVOMSPS) e da sua adaptação a diferentes contextos.

Metodologia

Revisão sistemática da literatura segundo o método do Joanna Briggs Institute. Foram considerados os critérios de inclusão: Identificar os contributos da utilização da Lista de Segurança da OMS para o parto seguro (Conceito) da grávida em trabalho de parto (População) e da sua adaptação ao contexto clínico (Contexto). As bases de dados selecionadas foram a CINAHL, MEDLINE e ACADEMIC SEARCH. Os dados extraídos foram triados e analisados pelo título, resumo e texto completo, por dois revisores e agrupados em categorias.

Resultados

Incluíram-se sete estudos na scoping review. Verificou-se que: os custos associados à implementação da LVOMSPS eram reduzidos, tendo sido fácil a adesão dos profissionais (Nababan et al, 2017), promovia o uso de práticas seguras, menor duração do internamento, melhoria da satisfação das parturientes, menores taxas de mortalidade materna e neonatal (Sepctor et al, 2012). Reconhecem melhoria na comunicação, no trabalho multidisciplinar e na identificação de áreas de melhoria para a gestão dos recursos (Albolino et al, 2017). Contudo é crítico a adaptação da LVOMSPS e novos estudos para compreender a interação entre qualidade, contexto e resultados (Semrau et al, 2018).

Conclusões

Com esta revisão, foi possível identificar as inúmeras vantagens da utilização da LVOMSPS, tanto para a díade mãe/filho, como para os profissionais que a usam como garantia de uma assistência com qualidade. Evidenciou-se também, a necessidade de adaptar a LVOMSPS ao contexto, para melhor eficiência e resposta a necessidades locais.

Palavra-chave 1

Mulher e Parto

Palavra-chave 2

Lista de Verificação

Palavra-chave 3

Qualidade

Palavra-chave 4

Segurança

Referências bibliográficas 1

1. Nababan, H. Y., Islam, R., Mostari, S., Tariqujjaman, M., Sarker, M., Islam, M. T., & Moucheraud, C. (2017). Improving quality of care for maternal and newborn health: a pre-post evaluation of the Safe Childbirth Checklist at a hospital in Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). doi: 10.1186/s12884-017-1588-x

Referências bibliográficas 2

2. Albolino, S., Dagliana, G., Illiano, D., Tanzini, M., Ranzani, F., Bellandi, T., ... Tartaglia, R. (2017). Safety and quality in maternal and neonatal care: the introduction of the modified WHO Safe Childbirth Checklist. *Ergonomics*, 61(1), 185–193. doi: 10.1080/00140139.2017.1377772

Referências bibliográficas 3

3. Semrau, K., Hirschhorn, L., Delaney, M., Singh, V., Saurastri, R., Sharma, N., Gawande, A. (2018). Outcomes of a Coaching-based WHO Safe Childbirth Checklist Program in India. *Obstetric Anesthesia Digest*, 38(2), 74–76. doi: 10.1097/01.aoa.0000532267.86420.41

Referências bibliográficas 4

4. Spector, J. M., Agrawal, P., Kodkany, B., Lipsitz, S., Lashoher, A., Dziekan, G., Gawande, A. (2012). Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. *PLoS ONE*, 7(5). doi: 10.1371/journal.pone.0035151

Entidade(s) Financiadora(s)

Sem entidade financiadora

* ESEFSM; ESEL, Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica , Doutorado em Enfermagem UCP-ICS- Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem ** ESEL, Mestrado Saude Materna e Obstétrica , Mestranda

Anexo IV – Requerimento n.º 10470, alteração do Tema



Comprovativo do registo do requerimento

DADOS DO REGISTO

Nº REGISTO	10470	DATA	09-07-2021
CURSO	3234	Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna	
ALUNO	9058	Marisa Sobral Monteiro de Sousa	
REQUERIMENTO	23	Registo / Alteração de Tema (ME/PL)	
	Registo / Alteração de Tema (ME/PL)		

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O REGISTO DO REQUERIMENTO

	OBRIGATÓRIO	ENTREGUE
Modelo: Registo do Tema do Trabalho de Estágio / Projeto / Dissertação do Mestrado em Enfermagem	Sim	Sim
Declaração emitida pelo Professor Orientador	Sim	Sim

DOCUMENTOSNET - DETALHE DO REGISTO DO REQUERIMENTO

DOCUMENTOSnet | Nº registo: 10470 | situação: Deferido

Data registo: 2021-07-09

Requerimento: Registo / Alteração de Tema (ME/PL) [23]

Motivo: Alteração do tema do trabalho Relatório de estágio.

Suspende os actos de inscrição: Não

Comprovativo

Descarregar | PDF

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O REGISTO DO REQUERIMENTO

Descrição	Obrigatório	Entregue	
Declaração emitida pelo Professor Orientador	Sim	Sim	
Modelo: Registo do Tema do Trabalho de Estágio / Projeto / Dissertação do Mestrado em Enfermagem	Sim	Sim	

OBSERVAÇÕES

Observações	Data	Funcionário
O processo encontra-se corretamente instruído de acordo com n.º 1 do art.º 17 do regulamento de mestrado e pós-licenciatura em vigor em vigor, tendo anexado p...	12/07/2021	Ana Paula Viegas Paulino Bárbara
Deferido o registo de tema pelo CTC.	27/07/2021	Ana Paula Pinto Fontinha

Anexo V – Síntese do registo de Atividades Práticas


Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion	<u>10</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman	
▪ Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100)	<u>143</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor	
▪ Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	<u>42</u>
▪ Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	<u>0</u>
▪ Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births	<u>2</u>
▪ Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	<u>8</u>
▪ Episiotomia/Episiotomy	<u>2</u>
▪ Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	<u>16</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk	
▪ Gravidez/Pregnancy (40)	<u>96</u>
▪ Trabalho de parto/Labor	<u>54</u>
▪ Puerpério/Puerperium	<u>101</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	<u>101</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy newborn (100)	<u>101</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the newborn in need of special care	<u>26</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology	<u>45</u>



9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 3
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 1
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 20

10. Prática Simulada/*Simulated Practice*

- Prática Simulada em partos eutócicos/*Simulated Practice eutocic delivery* 4
- Prática Simulada em partos de apresentação pélvica/*Simulated Practice in breech presentation deliveries* 2
- Prática Simulada de episiotomia e iniciação à sutura/*Simulated Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 3
- Prática Simulada na colocação de DIU/IUD *insertion Simulated Practice* 0
- Prática Simulada na colocação de implantes/*Implants insertion Simulated Practice* 0
- Prática Simulada de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation Simulated Practice and colpocytology* 1

Lisboa, 26 / 7 / 2021

Estudante/*Student*

Maria Soraia Monteiro de Sousa

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

M^{te} Anabela Ferreira dos Santos

APÊNDICES

Apêndice I - Esquema do Modelo da Efetividade do Papel do
Enfermeiro adaptada ao estudo realizado

ESTRUTURA

- Ambiente
- Infra-estrutura
- Materiais disponíveis
- Tecnologia de apoio aos cuidados
- Dotações seguras



PROCESSO

- Boas práticas
- (Lista de verificação da OMS para o parto seguro)



RESULTADOS

- Satisfação da grávida/casal/profissionais
- Diminuição da Morbidade e mortalidade Materna e Neonatal

Apêndice II - Pesquisa MedLine



Saturday, July 10, 2021 9:19:21 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S8	(S5 OR S6) AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S7)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	11
S7	S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,283,647
S6	parturition	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	43,781
S5	women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,249,411
S4	checklist	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	44,609
S3	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	28,909
S2	safety	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Interface - EBSCOhost Research Databases	711,298

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S1	Quality of health care OR quality assessment OR quality improvement OR quality OR quality of nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,380,202

Apêndice III - Pesquisa CINAHL



Saturday, July 10, 2021 8:59:15 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S8	S1 AND S5 AND S6 AND S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	9
S7	checklist	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	43,858
S6	S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	328,978
S5	quality of health care OR quality assessment OR quality of nursing care	Limitadores - Data de Publicação: 20100101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	78,157
S4	childbirth OR vaginal birth	Limitadores - Data de Publicação: 20100101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	27,874
S3	women OR expectant mothers	Limitadores - Data de Publicação: 20100101- 20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	315,172

Apêndice IV - Pesquisa Academic Search

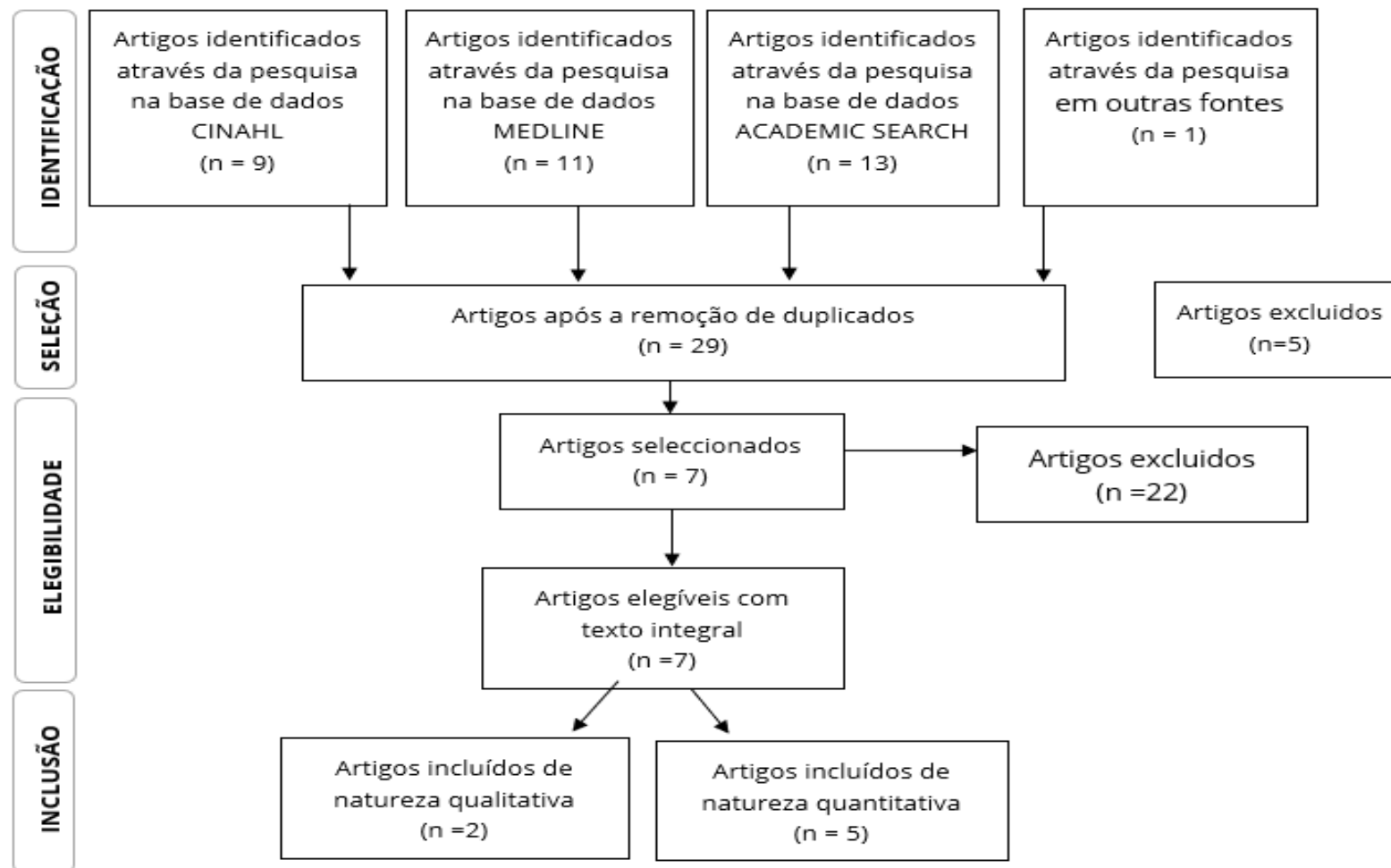


Saturday, July 10, 2021 9:11:41 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	13
S5	safety	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	791,514
S4	quality OR medical quality control	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	1,415,925
S3	checklist	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	52,197
S2	women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	1,497,337
S1	childbirth	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Academic Search Complete	49,600

Apêndice V - Fluxograma de identificação e seleção dos estudos/artigos. (PRISMA)

Fluxograma de identificação e seleção dos estudos/artigos. (PRISMA)



Apêndice VI - Resultados/ Síntese dos artigos da Scoping Review

	Artigo	Ano	Objetivo do estudo	População/ amostra	Desenho do estudo	Principais conclusões
E1	<i>Improving quality of care for maternal and neonatal health: prospective pilot study of the WHO safe Childbirth Checklist program</i>	2012	Observação das práticas dos profissionais de saúde, antes e depois da introdução da lista de verificação para parto seguro, e comparar os resultados no que concerne á adoção ou não de práticas essenciais.	499 partos-antes da introdução; 795 partos-após introdução.	Estudo quantitativo: Observacional, avaliação pré-pós-intervenção	Aumento de 10 para 29 no número de práticas essenciais após a introdução da SCC (150%). A taxa de morte fetal mostrou tendência a um declínio. O instrumento mostrou-se como práticas a serem desenvolvidas obrigatoriamente em todos os nascimentos; como um lembrete; como uma ferramenta que destaca as falhas no sistema existente de cuidados, equipamentos, material. Mudanças nos padrões de comportamento individual, por exemplo na higienização das mãos. A intervenção parece ter melhorado a comunicação na equipa. Melhor avaliação das mães e bebês no pós-parto imediato. Baixos custos de implementação. Identificável a melhoria na qualidade dos cuidados. Reforçam importância de novos estudos, para determinar se também há repercussão quantificável na redução da mortalidade e morbidade.

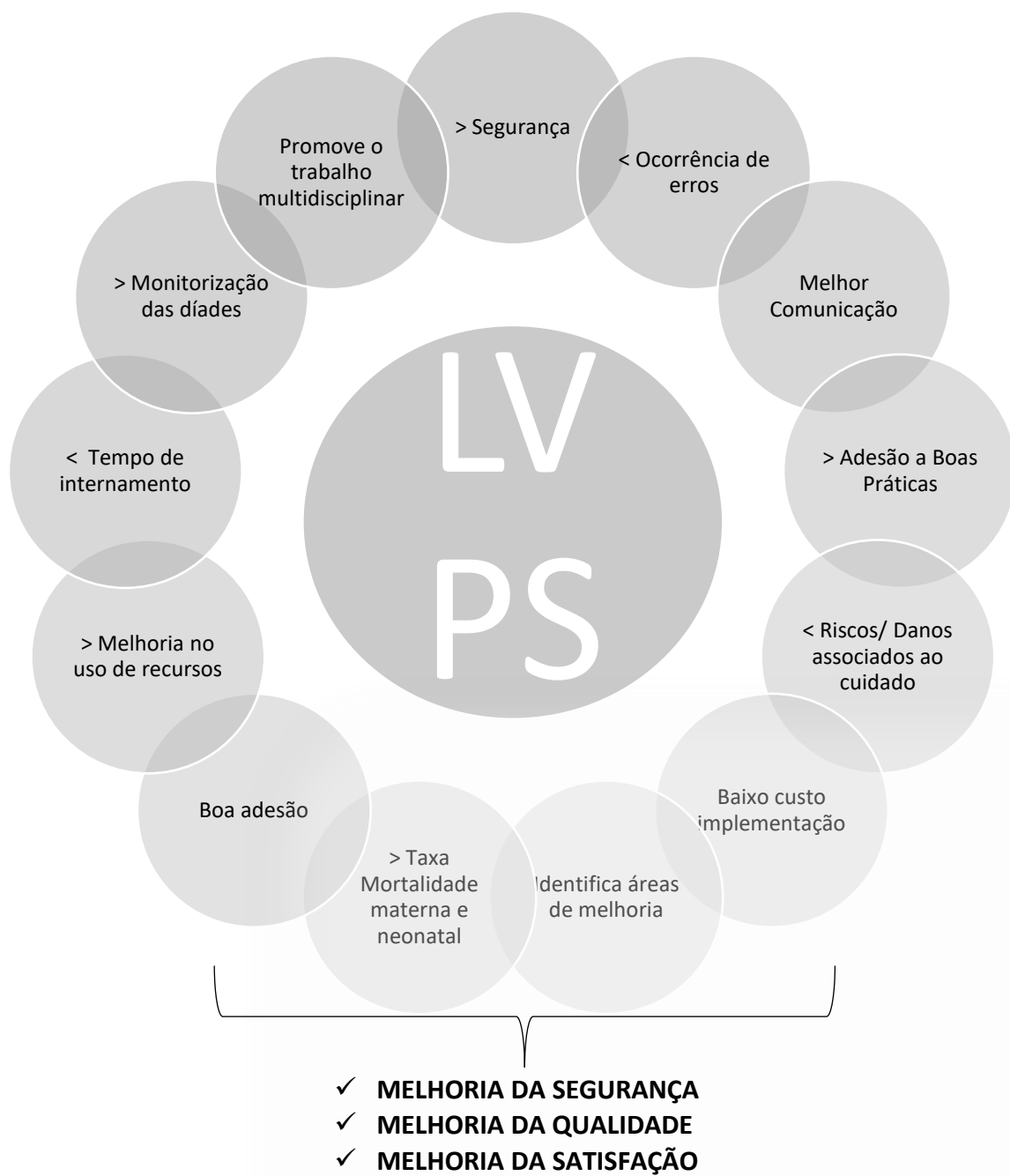
E2	<i>Importância da utilização do checklist de parto seguro na Redução de riscos obstétricos e puerperais.</i>	2017	Realizar análise crítica sobre a importância da utilização do <i>checklist</i> do parto seguro para a redução de riscos obstétricos e puerperais.	Literatura, estudos existentes.	Análise Crítica	Utilização do <i>checklist</i> é satisfatório para manter a qualidade e segurança no trabalho de parto e pós-parto para o binômio, mãe/bebê. A implantação de protocolos de segurança com medidas para reduzir a ocorrência de eventos adversos são apoiados pela garantia da segurança para pacientes e profissionais de saúde. Protocolos, garantem ao recém-nascido a redução de complicações Diminui os riscos obstétricos e puerperais, bem como as complicações desse momento.
E3	<i>Safety and quality in maternal and neonatal care: the introduction of the modified WHO Safe Childbirth Checklist</i>	2017	Avaliar o impacto da lista de verificação para o parto seguro na prática clínica.	141 mulheres antes da implementação da lista e 98 após.	Estudo quantitativo: avaliação pré e pós-intervenção	Baixa adesão dos obstetras ao checklist, mas boa adesão das parteiras. Presente durante o estudo, a má comunicação entre os membros das equipes que prestam cuidados à mulher em trabalho de parto, embora a lista pareça promover o trabalho interdisciplinar. O uso da Checklist melhora a qualidade e segurança, ao aumentar o uso do partograma, concluindo que o checklist pode ser uma ferramenta para apoiar os médicos obstetras a evitar eventos que ocorrem durante o parto.

E4	<i>Avaliação da adesão á lista de verificação de Segurança no Parto em uma maternidade publica no Nordeste do Brasil.</i>	2017	Avaliar a adesão dos profissionais ao instrumento numa maternidade em Natal, Brasil.	978 partos	Estudo quantitativo: Descritivo observacional e transversal	A admissão foi o momento mais bem preenchido da lista de verificação. A presença da lista foi associada a um menor tempo de internamento, mas que requer maior estudo desta relação. Para assegurar a melhoria do cuidado com esta ferramenta, deverá haver uma sensibilização, responsabilização, e habilitação dos profissionais, com necessidade de reforço de estratégias e tecnologias que fortaleçam a cultura de segurança do paciente nas instituições.
E5	<i>Outcomes of a Coaching-Based WHO Safe Childbirth Checklist Program in India.</i>	2017	Avaliar o impacto/efeito do programa BetterBirth na India.	163,939 mulheres em trabalho de parto. (constituído 2 grupos ¹ de controlo e outro de intervenção)	Estudo quantitativo: Experimental perspetivo (<i>randomized controlled trial</i>)	A adesão a práticas seguras e de qualidade por parte das parteiras, é maior no grupo onde foi implementado o programa Betterbirth, assim como a realização de práticas essenciais durante o trabalho de parto. A mortalidade e morbilidade não diferiram significamente entre os dois grupos. Remete para a importância de estudos para melhor compreender a interação complexa entre qualidade, contexto e resultados.

E6	<i>Improving quality of care for maternal and newborn health: a pre-post evaluation of the Safe Childbirth Checklist at a hospital in Bangladesh.</i>	2017	Comparar o número de práticas essenciais durante o parto, antes em comparação com após a implementação da Safe Childbirth Checklist em um hospital no Bangladesh.	468 partos. (300 com dados completos, 168 incompletos)	Estudo quantitativo: Avaliação pré-post.	Observadas melhorias significativas: em média 70% das práticas foram mais realizadas no período posterior à linha de base (11 para 19 das 27 práticas). Aumento substancial na comunicação entre parteiras e mães, e no tratamento de complicações (uso racional de medicamentos). O estudo identificou áreas de práticas, que devem ser reforçadas como a prevenção do T.P. prolongado usando o partograma. A implementação do <i>Safe Childbirth Checklist</i> , tem potencial para melhorar a prática de cuidados ao parto por parte do profissional de saúde.
E7	<i>Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial de Saúde para o contexto brasileiro</i>	2018	Adaptação cultural e validação do Safe Childbirth Checklist (SCC) da OMS para hospitais brasileiros.	Grupo nominal de especialistas, conferencia de consenso em 2 maternidades, pré-teste com questionário a 40 profissionais.	Estudo qualitativo	O processo de avaliação disponibilizou uma Lista de Verificação para Parto Seguro potencialmente útil para o contexto brasileiro, apresentando indícios de validade e viabilidade para o contexto nacional. A LVPS promove a qualidade do cuidado e redução dos riscos e danos desnecessários associados aos cuidados, logo melhoria da segurança. As listas melhoram a adesão a boas práticas. O uso da lista deve ser precedido por avaliação de contexto e adaptações locais.

Apêndice VII - Esquema dos contributos da LVPS

Síntese dos principais resultados dos estudos



Apêndice IX - Instrumento Excel para tratamento dos dados

Parto Seguro: Aplicabilidade da lista de verificação da organização mundial de saúde

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARTO SEGURO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE																							
N.º	Na Admissão										Antes da expulsão					Logo após o parto (no espaço de 1 hora)							
	1 ▾	2 ▾	2.1 ▾	2.2 ▾	2.3 ▾	3 ▾	4 ▾	5 ▾	6 ▾	7 ▾	1 ▾	2 ▾	3 ▾	4 ▾	5 ▾	1 ▾	2 ▾	3 ▾	4 ▾	5 ▾	6 ▾	7 ▾	8 ▾
1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
3	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
4	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
9	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
11	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
13	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
14	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
15	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
16	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
17	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
19	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
20	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
21	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
22	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
23	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
24	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
26	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
29	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
TOTAL	30	29	30	5	15	29	30	30	4	3	3	29	30	30	30	30	30	29	30	30	30	30	7
% Registad o e realizado	100,0	96,7	100,0	16,7	50,0	96,7	100,0	100,0	13,3	10,0	10,0	96,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,7	100,0	100,0	100,0	100,0	23,3

Apêndice X – Relatório da Análise da utilidade da Lista de Verificação da Organização Mundial de Saúde para o parto seguro



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Investigação

**Análise da utilidade da Lista de Verificação da
Organização Mundial de Saúde para o parto seguro**

Marisa Sobral Monteiro de Sousa

—
**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Investigação

**Análise da utilidade da Lista de Verificação da
Organização Mundial de Saúde para o parto seguro**

Marisa Sobral Monteiro de Sousa

Orientador: PhD, Maria João Baptista dos Santos de Freitas

—
**Lisboa
2021**

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

BP – Bloco de Partos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

LVPS – Lista de Verificação para o Parto Seguro

OMS – Organização Mundial de Saúde

TP – Trabalho de Parto

RN – Recém-Nascido

EESMO – Enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.

IA – Índice Apgar

INDICE

I. INTRODUÇÃO	5
II. METODOLOGIA	6
III. RESULTADOS	7
1. Primeiro momento da LVPS - Admissão no BP	7
2. Segundo momento da LVPS - Antes da expulsão	11
3. Terceiro momento da LVPS - Logo após o parto	15
IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	20
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Práticas essenciais no Momento 1- Admissão no BP	7
Tabela 2 – Práticas essenciais no Momento 2- Antes da expulsão	11
Tabela 3 – Práticas essenciais no Momento 3- Logo após o Parto	15

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Práticas essenciais no Momento 1- Admissão no BP	10
Gráfico 2- Práticas essenciais no Momento 2- Antes da expulsão	15
Gráfico 3- Práticas essenciais no Momento 3- Logo após o Parto	19

I. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde em conjunto com enfermeiras, parteiras, médicos obstetras, pediatras, clínicos gerais, especialistas em segurança dos doentes de todo o mundo, desenvolveu uma lista organizada de práticas essenciais baseada em evidências para o intraparto, que visa evitar/ diminuir as principais causas de morte materna e neonatal em todo o mundo. Cada item da Lista de Verificação é uma ação crítica que, se não for cumprida, poderá provocar sérios danos à parturiente, ao recém-nascido ou a ambos (OMS, 2017).

A *Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros* (LVPS), foi desenvolvida para ajudar os profissionais de saúde a prestarem cuidados de alta qualidade durante o parto em unidades de saúde, desde o momento em que a grávida é admitida até ao momento em que a puérpera e o seu recém-nascido deixam a unidade de saúde (OMS, 2017).

Em Portugal, os contextos clínicos em que se prestam cuidados a parturientes e recém-nascidos são altamente diferenciados e complexos, suportados em tecnologia e conhecimento científico atualizado, pelo que pode ser questionável a utilidade da *Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros* como ferramenta de apoio à prática diária, para garantir a qualidade e segurança nos cuidados prestados.

Contudo, é sabido que o uso de *checklists* para validar práticas/procedimentos permite minorar o risco que está intrínseco a essas mesmas práticas, permitindo em simultâneo aprimorar a gestão de risco nas instituições, com foco na segurança dos clientes e na qualidade dos cuidados prestados, possibilitando igualmente aos profissionais de saúde avaliar o cuidado oferecido, introduzindo melhores práticas que minimizem e evitam a ocorrência de eventos adversos num ciclo de melhoria contínua (Gomes, Salvador, Rodrigues, Silva, Ferreira, & Santos, 2016).

Face à evidência científica (Spector, Agrawal, Kodkany, Lipsitz, Lashoher, Dziekan & Gawande, 2012; Nababan, Islam, Mostari, Tariqujjaman, Sarker, Islam & Moucheraud, 2017; Praxedes, Arrais, Araújo, Silva, Gama & Freitas, 2017; SantAna, Leite, Vilela, Sanfelice, Almeida & Alves, 2017; Albolino, Dagliana, Illiano, Tanzini, Ranzani, Bellandi & Tartaglia, 2017; Semrau, Hirschhorn, Delaney, Singh, Saurastri, Sharma & Gawande, 2018; Carvalho, Rosendo, Freitas, Silva, Medeiros, Moutinho, Pimenta & Gama, 2018) que

identifica a pertinência e os benefícios da utilização da *Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros* (2017) pelos profissionais que prestam cuidados às parturientes, sem, contudo, indicar ou diferenciar características dos contextos clínicos para a sua utilização, urge compreender a sua aplicabilidade e utilidade em ambientes mais tecnológicos e diferenciados com são as salas de parto dos hospitais portugueses.

II. METODOLOGIA

Para a compreensão do fenómeno descrito, realizou-se um estudo observacional, descritivo e exploratório de abordagem quantitativa, com o objetivo geral de verificar se a existência de um instrumento padronizado como a Lista de Verificação para o Parto Seguro da OMS, é imprescindível para manter a assistência segura e com qualidade, em contextos clínicos mais desenvolvidos e diferenciados. Como objetivo específico pretendeu-se analisar a adesão às práticas de segurança descritas na LVPS, pela equipa de enfermagem do Bloco de Partos (BP) de um hospital em Portugal.

Para o efeito descrito, procedeu-se à análise documental dos registos de enfermagem (informáticos e em suporte de papel- Partograma) de 30 parturientes no período que decorreu entre Outubro e Dezembro de 2020. Na recolha e análise de dados foram usadas apenas três das quatro partes que integram a LVPS da OMS e que dizem respeito às práticas de cuidados que garantem a qualidade e segurança dos cuidados prestados às parturientes em três momentos distintos: no momento da admissão, imediatamente antes do parto e no pós-parto imediato. Ou seja, os três momentos que ocorrem enquanto a grávida está internada no serviço de BP. Todos os itens da LVPS foram codificados, utilizando-se para avaliar a evidência da prática das intervenções agregadas a cada item, uma variável qualitativa, nominal, dicotómica (Realizado e registado VS Não registado), tal como está descrito no Anexo 1.

Os dados para o preenchimento da LVPS, foram extraídos das intervenções de enfermagem registadas no plano de cuidados das parturientes (informatizado e redigido em linguagem classificada/CIPE) e do Partograma (suporte papel).

Utilizou-se estatística descritiva com recurso ao programa Excel para a análise dos dados.

III. RESULTADOS

1. Primeiro momento da LVPS - Admissão no BP

A admissão de uma parturiente no BP constitui-se como um momento crucial para os profissionais de saúde efetuarem uma avaliação inicial da parturiente que será determinante para detetar e iniciar o tratamento de complicações pré-existentes ou desencadeados pela gravidez/ trabalho de parto, o que, até poderá implicar a transferência da grávida para outra Unidade de Saúde com um nível de diferenciação de cuidados mais elevado. É também neste momento que o profissional de saúde deve prover a parturiente de informação pertinente relativa ao trabalho de parto, com ênfase nos sinais de alarme/ desvios da normalidade e conduta a adotar.

A OMS na sua LVPS identifica neste primeiro momento, seis práticas indispensáveis para garantir a qualidade dos cuidados e a segurança da parturiente.

Na Tabela 1, apresentamos essas práticas e em simultâneo o nível de adesão às mesmas evidenciado pela nossa amostra.

Tabela 1- Práticas essenciais no Momento 1- Admissão no BP

1. A parturiente tem de ser transferida? <i>Não. Sim, organizada.</i>
O BP deste hospital é um centro de referência nacional altamente diferenciado e com capacidade de resposta a necessidades de cuidados complexos, pelo que não há lugar a transferência para outra unidade mais diferenciada. Assim considerou-se este item realizado/registado em 100%.
2. Partograma iniciado? <i>Não, inicia a partir de 4cm. Sim.</i>
Começa a registar no partograma quando o cérvix for ≥ 4 cm, depois deve dilatar ≥ 1 cm/h.
2.1. A cada 30 min: registar FC, contrações, FC fetal.
2.2. A cada 2 h: registar a temperatura.
2.3. A cada 4 h: registar TA.

2-Neste critério **verificou-se em 96.7% dos registos evidencia que como o Partograma foi iniciado na fase ativa do trabalho de parto.**

2.1- A OMS recomenda o registo a cada 30' no Partograma da Frequência Cardíaca Materna (FCM), da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) e da Contratilidade Uterina (CU), sem, contudo, especificar se essa recomendação é igual para parturientes com monitorização contínua desses indicadores ou avaliação ocasional.

Dado que as parturientes neste BP estão continuamente monitorizadas e com alarmes sonoros para desvios da normalidade destes parâmetros, considerou-se a avaliação de hora a hora realizada pela equipa de enfermagem da frequência cardíaca fetal e contratilidade uterina como uma prática que cumpre este critério de qualidade.

Neste critério verificou-se que 96,7 % dos registos evidenciavam esta prática.

2.2- Na prática da Avaliação e Registo da Temperatura da parturiente a cada 2 h, **verificou-se evidencia desta prática em apenas 16.7% da amostra.**

2.3-Na prática da avaliação e registo da avaliação da Tensão Arterial (TA) à parturiente a cada 4h, **constatou-se a sua evidencia em apenas 50% da amostra.**

3. A parturiente precisa de tomar antibióticos?

3.1. Não.

3.2. Sim, administrado. (Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento. Dar antibiótico à parturiente, se: temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$; história de corrimento vaginal fétido; rotura de membranas >18 h.)

A OE (2015), refere que questionar a grávida relativamente a alergias anteriores é uma boa prática. Efetivamente, esta prática é sempre realizada na avaliação inicial da grávida, efetuada durante o procedimento de admissão/acolhimento no BP.

Segundo a OMS, a necessidade de a parturiente iniciar antibioterapia advém da presença de temperatura corporal acima de 38°C , existência de corrimento vaginal fétido ou com rotura das membranas placentares superior a 18 horas. O protocolo do BP para além destes critérios, inclui também mulheres com pesquisa positiva de *Streptococcus* B anal/vaginal, devem iniciar a antibioterapia no início do trabalho de parto.

3.1. Da análise efetuada, constatou-se que 66.7% da amostra, não apresentou critérios segundo a OMS e segundo o protocolo do BP, para iniciar antibioterapia.
3.2. Apenas, 33.3% ostentava critérios para iniciar antibioterapia. Considerando os 33%,3 como o total da amostra com necessidade de iniciar antibioterapia, que se traduz em 10 parturientes com necessidade de intervenção, foi encontrado 1 registo que não seguiu os critérios estipulados como boa prática pela LVPS, quando esta, apresentava um dos critérios de administração (líquido amniótico com cheiro fétido).
Ou seja, em 90% da amostra, houve administração efetiva de antibióticos de acordo com os critérios definidos pela OMS.
4. A parturiente precisa de tomar Sulfato de Magnésio e tratamento hipertensivo? <i>Não. Sim, sulfato magnésio/ tratamento anti-hipertensivo administrado.</i> Administrar sulfato de magnésio à parturiente, se: ➤ TA diastólica for ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+; ➤ TA diastólica for ≥ 90 mmHg e proteinúria 2+ e se houver dor de cabeça grave, distúrbio visual, dor epigástrica. ➤ Administrar anti-hipertensivo à parturiente, se a TA sistólica for >160 mmHg. Objetivo: manter a TA $<150/100$ mmHg. Tal como a OMS refere, sempre que a mulher apresenta valores tensionais elevados na presença de proteinúria significativa, há necessidade de iniciar tratamento anti-hipertensivo e/ou sulfato magnésio. 96.7% da amostra, não evidenciava necessidade de iniciar qualquer tipo de tratamento anti-hipertensivo ou sulfato de magnésio. Verificou-se na nossa amostra, que apenas 3.3% das parturientes apresentaram hipertensão arterial (HTA)/proteinúria , tendo iniciado tratamento com sulfato magnésio e labetalol. Constata-se que 100% da amostra evidenciou o cumprimento desta boa prática.
5. Encorajar a presença do acompanhante no parto. A OMS (2015), refere que: "A presença de acompanhantes durante o trabalho de parto aumenta a probabilidade de a parturiente ter um parto vaginal espontâneo em vez de

cesariana, ou parto com ventosa ou fórceps." Os acompanhantes, dão apoio à parturiente durante o período do pré-parto, do parto e do pós-parto e estes podem ser cruciais a identificar os sinais de perigo e a alertar os profissionais de saúde. Neste item, verificou-se que em apenas 13.3% dos registos da amostra , havia sido mencionada a presença ou o encorajamento do acompanhante junto da parturiente.
6. Confirmar que a parturiente ou o acompanhante pedirão ajuda durante o parto, se necessário. Pedir ajuda se houver: hemorragia; dor abdominal grave, dor de cabeça forte ou distúrbio visual, incapacidade de urinar ou necessidade de fazer força. Segundo a LVPS da OMS, o facto dos acompanhantes e da parturiente saberem o nome do profissional que os assiste, aumenta o nível de confiança no momento que for necessário pedir ajuda, sendo igualmente importante informar previamente sobre os sinais de alarme e a conduta a adotar. Constatou-se que em apenas 10%, da amostra esta prática foi implementada e registada.

Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos na análise da adesão às práticas essenciais definidas pela OMS, para o momento da admissão das parturientes no BP, elaborámos o Gráfico 1.

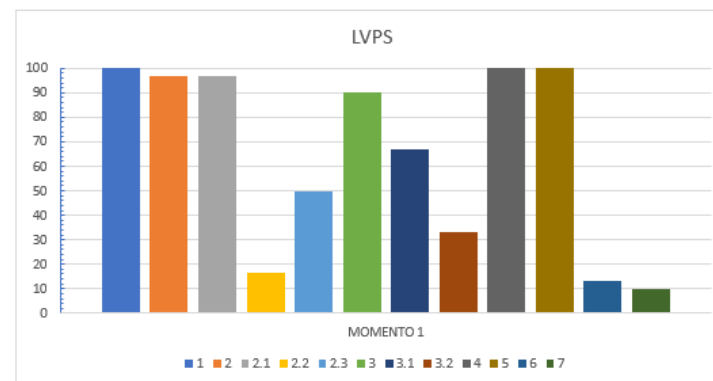


Gráfico 1- Práticas essenciais no Momento 1- Admissão no BP

2. Segundo momento da LVPS – Antes da expulsão

No momento 2, denominado de “Antes da expulsão”, a OMS reitera que este é um momento crucial para detetar e tratar complicações que possam ocorrer durante o trabalho de parto e prevenir eventuais situações de crise que possam surgir após o parto.

A LVPS neste segundo momento enuncia cinco práticas imprescindíveis para garantir a qualidade dos cuidados e a segurança da parturiente.

Na Tabela 2 apresentamos essas práticas e em simultâneo o nível de adesão às mesmas evidenciado pela nossa amostra.

Tabela 2- Práticas essenciais no Momento 2- Antes da expulsão do feto

1. A parturiente precisa de tomar antibióticos? 1.1. Não. 1.2. Sim, administrado. (Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento. Dar antibiótico à parturiente, se: Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$; história de corrimento vaginal fétido; rotura de membranas >18 horas; cesariana.
Tal como já descrito acima no momento 1, a necessidade de a parturiente iniciar antibioterapia e a sua administração precoce é crucial para evitar uma infeção neonatal e puerperal. Os antibióticos deverão ser administrados se a parturiente tiver uma temperatura igual ou superior a 38°C, corrimento vaginal fétido ou rotura do saco amniótico superior a 18 horas (OMS, 2008; 2015), e se streptococcus B positivo no exsudado anal/vaginal, de acordo com o protocolo em vigor da instituição. Também devem ser administrados antibióticos se o parto for por cesariana (OMS, 2009). Os protocolos terapêuticos deste BP são concordantes com as orientações acima descritas. 1.1. 66.7% da amostra não apresentou critérios para a administração de antibióticos.

1.2. 33.3% da amostra, necessitava de administração de antibiótico. Considerando que, foi encontrado 1 registo em inconformidade, este representa 10% das mulheres que necessitavam de ter iniciado antibioterapia. Assim sendo, neste item, 90% da amostra, encontra-se em linha com o preconizado na LVPS da OMS.
2. A parturiente precisa de tomar Sulfato de Magnésio e tratamento hipertensivo? <i>Não. Sim, sulfato magnésio/ tratamento anti-hipertensivo administrado.</i> Administrar sulfato de magnésio à parturiente, se: ➤ TA diastólica for ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+; ➤ TA diastólica for ≥ 90 mmHg e proteinúria 2+ e se houver dor de cabeça grave, distúrbio visual, dor epigástrica. ➤ Administrar anti-hipertensivo à parturiente, se a TA sistólica for >160 mmHg. Objetivo: manter a TA $<150/100$ mmHg. A presença de Hipertensão Arterial na gravidez pode assumir uma forma perigosa dando origem à instalação do Síndrome de pré-eclampsia/ Eclampsia com graves consequências maternas e fetais, pelo que deve ser monitorizada e controlada com terapêutica anti-hipertensivas e prevenidas convulsões com a administração de sulfato de magnésio. Os protocolos terapêuticos deste BP estão alinhados com as orientações da OMS. Apenas 3.3% da amostra foi identificada com hipertensão arterial. Há evidência de registo de administração de terapêutica anti-hipertensiva e sulfato de magnésio em todos os casos identificados, ou seja, em 100% da amostra foi cumprido o protocolo terapêutico.
3. Confirmar que existe o material mínimo necessário para o parto ao lado da cama e preparar o parto. Prestar cuidados à parturiente logo a seguir ao parto: ➤ Confirmar que só há um bebé (não mais); ➤ Administrar oxitocina dentro de 1 minuto após o parto; ➤ Dequitação 1-3 minutos após o parto; ➤ Massajar o útero depois da placenta sair;

➤ Confirmar se o útero está contraído.

No momento do parto, podem sempre ocorrer situações imprevistas que têm de ser resolvidas no imediato, pelo que os profissionais de saúde devem estar preparados para qualquer eventualidade e estarem munidos do material necessário para atuarem. Os materiais essenciais deverão estar sempre disponíveis, limpos, funcionais e prontos a utilizar. Neste BP para além do material mínimo descrito estão sempre disponíveis na sala de parto outros materiais e equipamentos coadjuvantes ao parto.

São preconizadas pela OMS, intervenções a realizar à puérpera imediatamente após o parto, por forma a garantir uma expulsão segura da placenta e a evitar uma hemorragia pós-parto, como é exemplo a administração de 10 unidades ocitocina IM (intramuscular) no espaço de 1 minuto após a expulsão do feto.

Constatou-se que no BP o protocolo para a administração é diferente relativamente à dosagem, à via e ao momento ideal de administração: após a dequitação administram-se 20 unidades de ocitocina diluídas em 500cc de soro fisiológico em perfusão EV (endovenosa). Tanto a forma de administração (bolus/perfusão) de ocitocina como a dosagem, a administrar no pós-parto, como prevenção da hemorragia pós-parto, não é consensual. No entanto segundo Bonomi, Cunha, Trigueiro, Lobato & Tavares (2012) e Cunningham (2001), a sua administração após a dequitação e em perfusão endovenosa é uma forma segura e eficaz.

Em relação a outras intervenções essenciais não se identificaram dissemelhanças.

Em 100 % da amostra estudada observou-se evidencia da adesão a estas práticas.

4. Confirmar que existe o material necessário ao lado da cama e preparar o parto:

Para o bebé: toalha limpa; lâmina/tesoura esterilizada para cortar o cordão umbilical; dispositivo de aspiração; Ambu e máscara.

- Prestar cuidados imediatos ao recém-nascido;
- Secar a pele mantê-lo quente;
- Se não respirar, estimulá-lo e desobstruir vias aéreas;
- Se continuar a não respirar laquear e cortar o cordão, desobstruir as vias aéreas, se necessário, ventilar com Ambu e máscara e pedir ajuda.

Relativamente aos materiais para o RN, a OMS indica que para além do material necessário para o parto, deverá existir igualmente o material necessário para os cuidados imediatos ao RN, em que se inclui o material de reanimação.

No BP em que decorreu o estudo, existe o material preconizado e dispõe de uma sala com todo o material e equipamentos necessários à reanimação do RN, que é diariamente verificado e repostado. Constatou-se que **esta prática é 100% realizado/registado.**

Após o nascimento, o bem-estar do RN é avaliado com recurso ao Índice de Apgar (IA). Esta escala permite avaliar a capacidade de adaptação do RN à vida extra-uterina, inclui a avaliação de cinco itens indicadores de vitalidade: a Frequência Cardíaca, a frequência respiração, a coloração da pele, a irritabilidade reflexa (choro, gemido) e o tônus muscular, ao 1º, 5º e 10º minutos de vida. Cada item pode ser pontuado de 0 a 2. O score final é obtido pelo somatório da pontuação atribuída a cada item, sendo 10 o valor máximo passível de ser obtido. IA de 9-10 expressam uma boa capacidade de adaptação do RN à vida extrauterina. Segundo Northem (2001) citado por Teixeira (2010), o IA tem provado ser um bom preditor da necessidade de observação mais cuidada ou prestação de cuidados imediatos mais diferenciados na sala de partos.

Neste estudo, 10% dos RN da amostra, apresentaram IA ao 1º, 5º e 10º minutos inferior a 9/10/10. Destes, 6.6%, precisaram de ser transferidos para o Serviço de Neonatologia, os restantes após os cuidados prestados pela equipa de enfermagem, obtiveram IA 8-9-10, acabando por ficar a acompanhar a mãe no internamento de puerpério.

Constata-se assim que, independentemente de se tratar de um RN saudável ou não, verificou-se que são prestados cuidados diferenciados, especializados e segundo as orientações da DGS e da instituição, que vão ao encontro do preconizado pela OMS na LVPS.

Dado a evidencia relatada, considera-se este item como 100% realizado/registado.

5. Assistente identificado e pronto para ajudar no parto, caso seja necessário.

Segundo a OMS, os profissionais de saúde devem estar preparados para eventuais emergências por forma a garantir a segurança da parturiente e do RN. Assim, é

Imperioso que exista um membro da equipa previamente identificado, para apoiar a/o parteira/o em caso de emergência.

No contexto analisado a equipa de saúde é multidisciplinar em regime presencial. O enfermeiro ESMO presta cuidados à parturiente realizando o parto com o apoio de um enfermeiro generalista, que aciona outros recursos em caso de necessidade (equipa médica de obstetrícia, neonatologia ou anestesia).

Assim, **neste critério foi determinado como 100% realizado/registado, face à organização existente na instituição.**

O Gráfico 2 ilustra a adesão da equipa de enfermagem às práticas essenciais propostas para o momento 2 que corresponde ao período imediatamente antes do parto.

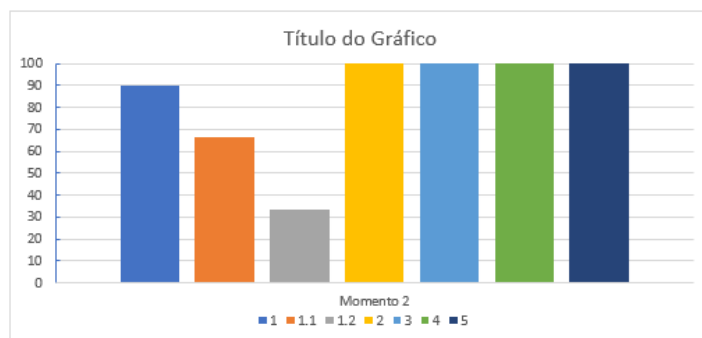


Gráfico 2- Práticas essenciais no Momento 2- Antes da expulsão

3. Terceiro momento da LVPS – Logo após o parto

Segundo a OMS, é essencial observar a parturiente e o RN logo após o parto (no espaço de uma hora) para detetar eventuais complicações que ocorram e atuar em conformidade. Outro aspeto importante é fornecer informação à puérpera (e ao seu acompanhante) sobre quais são os sinais de perigo/ alerta e recomendar para reportar de imediato ao profissional de saúde, quando presentes em simultâneo ou individualmente.

A LVPS no momento 3, denominado de “Logo após o parto” define oito práticas que têm como finalidade a deteção precoce de complicações e a conduta a adotar na sua presença. Na Tabela 3, estão descritas essas práticas e analisada a adesão da equipa de enfermagem do BP.

Tabela 3- Práticas essenciais no Momento 3- Logo após o parto

1. A parturiente tem sangramento anormal? <i>Não. Sim, pedir ajuda.</i> Se sangramento anormal: massajar o útero, considerar mais uterotómico, iniciar fluidos IV e manter a parturiente quente, tratar a causa: atonia uterina, placenta/fragmentos retidos, lacerações vaginais, rotura uterina. O sangramento anormal pós-parto é uma grave complicação que deverá ser detetada e tratada o mais cedo possível. Segundo a OMS, o utilizador da Lista de Verificação deverá confirmar se o sangramento é normal e se o útero está bem contraído antes da puérpera ter alta do bloco de partos. O profissional de saúde deverá ainda verificar outros sinais ou sintomas como falta de ar ou cansaço aumentado. 100% dos registos da equipa de enfermagem evidenciam a avaliação das perdas hemáticas por via vaginal, as características do útero e de outros parâmetros hemodinâmicos que revelam o bem-estar da puérpera, no pós-parto imediato.
2. A parturiente precisa de tomar antibióticos? 2.1. Não. 2.2. Sim, administrado. (Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento. Administrar antibióticos à puérpera, se a placenta for removida manualmente ou se a temperatura da parturiente for $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e se tiver: tremores; corrimento vaginal fétido. Se a parturiente tiver laceração do períneo de terceiro ou quarto grau, dar antibióticos para evitar infeção.) Os antibióticos evitam e tratam as infeções bacterianas. Se a puérpera tiver uma infeção pós-parto, ou fatores de risco de infeção, então o tratamento com antibióticos ajudará a evitar complicações relacionadas com a infeção. Portanto, existem situações em que é necessário iniciar antibioterapia, nomeadamente: se a dequitação foi manual ou cirúrgica; na presença de laceração de terceiro ou quarto grau; se apresentar febre ou corrimento vaginal fétido.

2.1. Na amostra estudada, 76.7%, não apresentou critérios que justificassem o início de antibioterapia.
2.2. Assim, 23.3% da amostra, apresentava critérios para administração de antibiótico. Contudo, a 14.4% destas puérperas não há evidência da prescrição e administração de antibioterapia.
Assim, determinou-se que no pós-parto: 85.6% da amostra estava em conformidade com o determinado pela OMS.
3. A parturiente precisa de tomar Sulfato de Magnésio e tratamento hipertensivo? <i>Não. Sim, sulfato magnésio/ fármaco anti-hipertensivo administrado.</i>
Administrar sulfato de magnésio à parturiente, se: ➤ TA diastólica for ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+; ➤ TA diastólica for ≥ 90 mmHg e proteinúria 2+ e se houver dor de cabeça grave, distúrbio visual, dor epigástrica. ➤ Administrar anti-hipertensivo à parturiente, se a TA sistólica for >160 mmHg. Objetivo: manter a TA $<150/100$ mmHg.
Em todos os momentos da LVPS, a hipertensão materna ou a sintomatologia prodrômica de pré-eclampsia/eclampsia e as suas alterações laboratoriais, fazem parte da avaliação necessária por forma a manter a segurança da mulher. Neste item, mais uma vez, verificou-se que os registos relativos a esta prática, se encontravam 100% registados/realizados , à semelhança do que acontecera no momento 1 e 2, pois foi iniciado tratamento anti-hipertensivo ou administrado sulfato de magnésio, sempre que estas situações se verificaram.
4. O bebé precisa de Transferência? <i>Não. Sim, efetivada.</i>
Sendo o hospital em que decorreu o estudo um centro de referência materno-fetal, não há lugar a transferência para outra unidade, exceto sendo quando não existe vaga de internamento na Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia. Logo, face às circunstâncias do contexto local, foi considerado como 100% registado/realizado .
5. O bebé precisa de antibióticos? <i>Não. Sim, administrado.</i>

Administrar antibióticos ao RN, se tiverem sido dados antibióticos à parturiente para tratamento de uma infeção materna durante o parto ou se o bebé tiver: Frequência respiratória $>60/\text{min}$ ou $<30/\text{min}$; retração torácica, gemidos ou convulsões; Reação lenta aos estímulos; Temperatura do RN $<35^\circ$ (não subindo após aquecimento) ou superior a 38° .
Na amostra em estudo, na presença dos critérios acima descritos e em caso de suspeita de doença no RN, foi solicitado pela equipa de enfermagem a avaliação do RN pelo médico neonatologista que observaram e encaminharam o RN, sendo neste item considerado 100% registado/realizado.
6. O bebé precisa de cuidados especiais e de monitorização? <i>Não. Sim, organizados.</i>
Prestar cuidados/monitorização especial ao bebé, se: prematuro; peso à nascença $<2500\text{g}$; precisar de antibióticos; precisar de reanimação.
Na amostra em estudo, na presença dos critérios acima descritos foram prestados os cuidados em conformidade com as necessidades, e indicações do médico neonatologista, sendo este item considerado 100% registado/realizado.
7. Amamentação e contacto pele com pele iniciados (se a parturiente e o bebé estiverem bem).
A totalidade dos registos de enfermagem analisados fazem referência à promoção da amamentação precoce e ao contacto pele a pele. Estas são intervenções de rotina no puerpério imediato praticadas pela equipa de enfermagem, estão integradas no projeto denominado "Maternidade com qualidade" em curso neste BP e consideradas indicadores de boa prática. Verificou-se que 100% dos registos evidenciavam estas práticas.
8. Confirmar que a parturiente / acompanhante pedirão ajuda, se houver sinais de perigo.
Segundo a OMS, na presença de um processo passível de complicações imprevisíveis, como é o processo de nascimento, as puérperas e acompanhantes, devem ser ensinados a reconhecer os sinais de perigo e a alertar o enfermeiro responsável pelos cuidados, caso esses sinais ocorram, sendo eles: hemorragia, forte dor abdominal, forte dor de cabeça ou distúrbio visual, respiração difícil, febre e calafrios ou dificuldade em

urinar; assim como, sinais relativos ao RN: respiração ofegante ou respiração difícil, febre, frio inexplicável, parar de mamar bem, menor atividade do que normalmente ou alteração da coloração corporal.

Constatou-se que em apenas 23.3% da amostra há evidência nos registros, de que os enfermeiros terão explicado à puérpera/família os sinais de alarme.

O Gráfico 3 expressa visualmente os dados acima reportados.

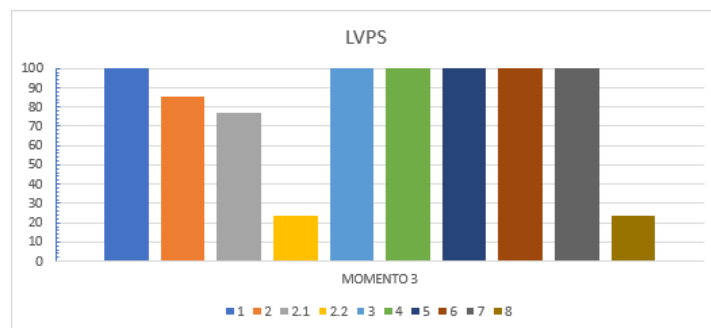


Gráfico 3- Práticas essenciais no Momento 3-Logo após o parto

Constatou-se que os valores médios de evidência de adesão (registro) às práticas essenciais definidas pela OMS na LVPS são:

- **Momento 1- 68%**
- **Momento 2- 99,2%**
- **Momento 3- 90%**

IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A realização deste estudo, teve como principal objetivo verificar se a existência de um instrumento padronizado como a Lista de Verificação para o Parto Seguro da OMS, é efetivamente útil para manter a assistência segura e com qualidade, em contextos clínicos mais desenvolvidos e diferenciados, capazes de oferecer uma resposta mais complexa às necessidades de cuidados das parturientes como é o caso da maternidade em que o estudo foi desenvolvido.

De acordo com a OMS, a LVPS é um instrumento potencialmente útil para prevenir resultados adversos, tanto para as parturientes como para os recém-nascidos. Esta, induz boas práticas que agem tanto nas causas diretas de morte materna (doenças hipertensivas, hemorragia e infecção puerperal) como nas causas indiretas (doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério e infecções agudas ou prévias) e das mortes neonatais (cuidados intraparto inadequados, asfixia perinatal, infecção e complicações da prematuridade).

Melhorar continuamente a qualidade da assistência no parto é uma necessidade mundial que está inscrita no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 da agenda para 2030 das Nações Unidas (ONU,2015), pelo que é imperioso identificar e intervir sobre as principais causas da mortalidade e morbidade materna, criando em simultâneo mecanismo e ferramentas que suportem essa intervenção e evidenciem os resultados de melhoria.

Muitos são os estudos que comprovam que as listas de verificação são benéficas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e que elas melhoram a adesão a boas práticas, podendo ser usadas tanto em ambientes ricos como pobres em recursos. (Morse, Fonseca, Barbosa, Calil, Eyer, 2011; Spector, Agrawal, Kodkany, Lipsitz, Lashofer, Dziekan, & Gawande, 2012; Massoud, & Kimble, 2015; Patabendige, & Senanayake, 2015; WHO, 2015; WHO, 2017; Santos, Pedroni, Carlotta, Silva, Gouveia, & Vieira, 2020).

Todavia os resultados deste estudo revelam que embora não se utilize no contexto clínico analisado a LPVS tal como é recomendado pela OMS, as práticas essenciais que a integram e que garantem a qualidade dos cuidados e segurança das parturientes, são na generalidade desenvolvidas/praticadas de forma rotineira e estão

evidenciadas no padrão de registos utilizado nesta organização de saúde. Porém observaram-se algumas exceções que requerem análise, reflexão e ação de melhoria, que passamos a elencar.

- Verificou-se que a nível da identificação precoce de problemas, através da avaliação sistemática dos sinais vitais (Momento 1), há efetivamente evidencia escrita de apenas ter sido avaliada a temperatura corporal de 2 em 2 horas a 16.7% e a tensão arterial foi avaliada de 4 em 4 h a 50% a das parturientes.

O parto e o nascimento devem ser considerados fenómenos que transcendem as questões estritamente biológicas, com vista a alcançar um significado social que abrange tanto aspetos culturais, valores, crenças e culturas. Requer-se, por parte dos profissionais, saberes e práticas baseadas em evidências científicas e também em princípios humanos (Pereira, Diaz, Backes, Ferreira & Backes, 2018). Assim é imperativo, que no que concerne ao encorajamento da presença do acompanhante no parto, este seja efetivamente realizado e registado.

- No contexto estudado observou-se repetidamente esta preocupação nos diferentes profissionais, que questionavam a parturiente relativamente à presença de um acompanhante para assistir ao parto. Atualmente o acompanhamento da puérpera pela pessoa significativa dadas as contingências impostas pela pandemia COVID19, resume-se ao período expulsivo. Contudo a prática habitual contempla a totalidade do período de internamento neste serviço. Ainda assim, a evidencia desta prática é incipiente nos registos pois observou-se em apenas 10% da amostra.

O pós-parto imediato, é um momento que exige vigilância, por forma a diminuir a probabilidade de complicações puerperais. Segundo a OMS (2017), é importante realizar ensinamentos à puérpera que a dotem de informação, para que na presença de determinados sinais ou sintomas, esta possa alertar de imediato os profissionais de saúde. De acordo com Madalozo & Ravelli (2013), citando Cabral, et al. (2010), empoderar a mulher de conhecimento é torná-la adjuvante na prevenção de complicações no puerpério imediato, aumentando desta forma a qualidade dos cuidados, envolvidos em conhecimento e evidencia científica, e que são primordiais para manutenção e promoção da saúde da mulher:

- Foi observado que a esmagadora maioria dos enfermeiros realiza ensinamentos às parturientes para que estejam familiarizadas com os aspetos mencionados na LVPS (Momento 1: hemorragia; dor abdominal grave; dor de cabeça forte ou distúrbio visual, incapacidade de urinar ou necessidade de fazer força; Momento 3: confirmar que a mulher conhece os sinais de alarme). Porém, verificou-se que os registos de enfermagem espelham essa evidencia em apenas 10% no Momento 1 e 23% Momento 3.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Nos hospitais Portugueses com maior diferenciação de cuidados, existem tecnologias de informação computadorizadas de suporte à atividade dos enfermeiros, com recurso à linguagem classificada para a prática de enfermagem (CIPE), que permitem o registo de dados relativos ao planeamento, execução e avaliação dos cuidados que os enfermeiros prestam. Em alguns desses aplicativos já estão inclusive definidos diagnósticos de enfermagem com intervenções standard associadas, sendo possível integrar as intervenções/práticas consideradas pela OMS essenciais, plasmadas na LVPS, para garantir a segurança das parturientes e que estejam omissas.

Assim, consideramos que para contextos semelhantes ao estudado, a LVSP tal como é preconizada a sua utilização como ferramenta formal e única para verificar um conjunto de intervenções, **não é imprescindível para garantir uma prática segura, se o padrão de registo que suporta a prática de enfermagem contemplar e evidenciar a prestação dos cuidados recomendados pela OMS para um parto seguro.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albolino, S., Dagliana, G., Illiano, D., Tanzini, M., Ranzani, F., Bellandi, T., Tartaglia, R. (2017). Safety and quality in maternal and neonatal care: the introduction of the modified WHO Safe Childbirth Checklist. *Ergonomics*, 61(1), 185-193. doi: 10.1080/00140139.2017.1377772
2. Bonomi, I., Cunha, S., Trigueiro, M., Lobato, A., & Tavares, R. (2012). Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto. *Revista Medicina Minas Gerais*, 22(2), 70-77. Retrieved from <http://rmmg.org/exportar-pdf/715/v22s2a10.pdf> consultado a: 1/2/2021
3. Carvalho, I., Rosendo, T., Freitas, M., Silva, E., Medeiros, W., Moutinho, N., Pimenta, I., e Gama, Z. (2018). Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde para o contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18(2), 401-418. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200009>
4. Cunningham F. (2001). Conduct of normal labor and delivery. In: Williams Obstetrics. 21st edition. McGraw Hill: 309-330.
5. Gomes, A. T., Salvador, P. T., Rodrigues, C. C., Silva, M. D., Ferreira, L. D., & Santos, V. E. (2016). A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 146-154. doi:10.1590/0034-7167-2015-0139
6. Madalozo, F., & Ravelli, A. P. (2013). Nursing puerperal consultation project: assessing the learning about postpartum period acquired by postpartum women. *Revista Conexão UEPG*, 9(1), 154-161. Retrieved from [file:///C:/Users/maris/Downloads/5031-Texto%20do%20artigo-16296-1-10-20130610%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/maris/Downloads/5031-Texto%20do%20artigo-16296-1-10-20130610%20(1).pdf)
7. Massoud, M. R., & Kimble, L. (2015). Faculty opinions recommendation of learning before leaping: Integration of an adaptive study design process prior to initiation of BetterBirth, a large-scale randomized controlled trial in Uttar Pradesh, India. *Faculty Opinions - Post-Publication Peer Review of the Biomedical Literature*. doi:10.3410/f.725721207.793510767
8. Morse M.L., Fonseca S.C., Barbosa M.D., Calil M.B., Eyer F.P. (2011). Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Caderneta Saúde Pública*; 27:623-8.
9. Nabab, H. Y., Islam, R., Mostari, S., Tariquejama, M., Sarker, M., Islam, M. T., & Moucheraud, C. (2017). Improving quality of care for maternal and newborn health: a pre post evaluation of the Safe Childbirth Checklist at a hospital in Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). doi: 10.1186/s12884-017-1588-x;
10. OMS. (2008). Managing prolonged and obstructed labour. Geneva, Organização Mundial de Saúde.
11. OMS. (2009). Guidelines for Safe Surgery. Geneva, Organização Mundial de Saúde.
12. OMS. (2011). Recomendações para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Geneva, Organização Mundial de Saúde.
13. OMS. (2015). Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Geneva, Organização Mundial de Saúde.
14. OMS. (2017). Organização Mundial da Saúde. Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. [WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns]. Geneva
15. Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso*. Consultado a 02/01/2021, disponível em, https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf.
16. Parabendige, M., & Senanayake, H. (2015). Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: A developing country experience. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). doi:10.1186/s12884-015-0436-0
17. Pereira, S., Diaz, C., Backes, M., Ferreira, C., & Backes, D. (2018). Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. Consultado a 20/01/2021, disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00341672018000901313&lng=en&tlng=pt
18. Praxedes, A., Arrais, L., Araújo, M., Silva, E., Gama, Z. and Freitas, M., (2017). Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(10).
19. Sant'Ana, J., Leite, P., Vilela, R., Sanfelice, F., Almeida, J., e Alves, M. (2017). A importância da utilização da lista de verificação de seguro de redução de riscos obstétricos e puerperais. *Revista CuidArte Enfermagem*, 11(2), 300-303.
20. Santos, M. C., Pedroni, V. S., Carlotto, F. D., Silva, S. C., Gouveia, H. G., & Vieira, L. B. (2020). Prática Segura para partos em hospital universitário. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, e80. doi:10.5902/2179769241489
21. Semrau, K., Hirschhorn, L., Delaney, M., Singh, V., Saurastri, R., Sharma, N., Gawande, A. (2018). Outcomes of a Coaching-based WHO Safe Childbirth Checklist Program in India. *Obstetric Anesthesia Digest* 38(2), 74-76. doi: 10.1097/01.aoa.0000532267.86420.41.

-
22. Spector, J. M., Agrawal, P., Kodkany, B., Lipsitz, S., Lashoher, A., Dziekan, G., Gawande, A. (2012). Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. *PLoS ONE*, 7(5). doi: 10.1371/journal.pone.0035151
23. Teixeira, G. (2010). Agressividade e Índice de Apgar. Dissertação de mestrado, 2010. [Consult. 2017-01-09]. Disponível em: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/734/1/DM_GuiomarTeixeira_2010.pdf, consultado a 1/02/2021.
24. World Health Organization. (2015). Checklist targets major causes of maternal and newborn deaths in health facilities. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternalnewborn-deaths/en/>, consultado a 10/10/2020.

Apêndice XI - Sessão de formação em serviço subordinada ao tema
realizada em contexto de Estágio com relatório

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Divulgação do relatório: Análise da utilidade da LVPS da OMS

FORMADORES: Marisa de Sousa (Mestranda de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa sob orientação da Professora Maria João Freitas) e EEESMO Florbela Mira

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do BP

DATA: 02, 03 e 04 Fevereiro

TEMPO PREVISTO: 20'

HORÁRIO: a definir

Objetivos: Divulgar os resultados do estudo; Refletir com a equipa sobre os resultados obtidos; Consensualizar as ações de melhoria a serem implementadas.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA/ RECURSOS	TEMPO
Apresentação do Orador e tema	Expositivo Participativo Material: Computador com recurso a PowerPoint, Relatório impresso com os resultados obtidos, LVPS da OMS	1 minuto
Introdução da temática, LVPS		15 minutos
Explicitação da metodologia utilizada		
Apresentação dos resultados do estudo		
Discussão dos resultados do estudo;		
Reflexão sobre os resultados obtidos no estudo;		
Definição e consensualização de ações de melhoria a serem implementadas		
Esclarecimento de dúvidas		4 minutos

Apêndice XII - Avaliação da sessão de formação em contexto de estágio com relatório

Perguntas
Respostas 2
Total de pontos: 0



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Seção 1 de 5

Avaliação de sessão de formação

O presente questionário pretende avaliar a importância e pertinência da sessão, bem como o desempenho do formador relativamente ao tema apresentado "Análise da utilidade da Lista de Verificação da Organização Mundial de Saúde para o parto seguro".
O preenchimento deste questionário é facultativo e anónimo.
O seu preenchimento é simples e demora apenas alguns minutos.

Classifique de 0 a 5 (Nada a Muito), cada uma das opções:

Email *

Email válido

Este formulário está a recolher emails. [Alterar definições](#)

Após a seção 1 Continuar para a seção seguinte

[illegible]

Bibliografia suficiente e adequada.

0 1 2 3 4 5

Nada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito

Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados *

0 1 2 3 4 5

Nada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito

Duração da ação de formação (adequação do tempo). *

0 1 2 3 4 5

Nada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito

O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento?

Nada 0 1 2 3 4 5 Muito

Recomendaria esta ação de formação aos seus colegas?

Nada 0 1 2 3 4 5 Muito

Seção 5 de 5

Pertinência

Descrição (opcional)

Considera o tema pertinente para a prática de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica?

012345

NadaMuito

Considera que esta formação contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados?

012345

NadaMuito

Apêndice XIII - Sessão de educação para a saúde: “Sexualidade e
Violência no Namoro”

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO

TEMA: Sexualidade e a Violência no namoro

FORMADORES: Marisa de Sousa e Cíntia Cebola (Mestradas de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa sob orientação do Professo Mário Cardoso) e EEESMO Paula Barradas

DESTINATÁRIOS: Alunos da escola Básica 2,3 Barreiro

DATA: 30 Janeiro 2020

TEMPO PREVISTO: 45'

HORÁRIO: 14:30

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

METODOLOGIA/ RECURSOS

TEMPO

Apresentação dos Oradores e tema

Expositivo

5 minutos

Sexualidade; Violência no namoro,
Prevenção da gravidez não desejada e
DST's, Importância da vigilância de saúde
Reprodutiva e planeamento familiar.

Participativo

Exercício prático

20 minutos

Demonstração dos anticoncepcionais
disponíveis.

Material: Computador,

projektor, recurso a

PowerPoint, Modelos de

5 minutos

Realização de prática: "Colocando o
preservativo"

órgão reprodutor externo

masculino, preservativos,

15 minutos

Esclarecimento de dúvidas

DIU, SIU, pilulas, Imlpanon.

Sistematização das temáticas abordadas

10 minutos

Apêndice XIV - Trabalho realizado no contexto de estágio de
puerpério: Norma para alta.

HOSPITAL GARCIA DE
ORTA:
NORMA DE
PREPARAÇÃO PARA
A ALTA NO PÓS-
PARTO

Elaborado por:
Aluna Marisa Sobral
Monteiro de Sousa
Nº.9058
10º Curso de Pós-
Licenciatura de
Especialização em
Enfermagem de Saúde
Materna e Obstetrícia

NOTA INTRODUTÓRIA

O período pós-parto é um período caracterizado por alterações hormonais, emocionais (psicológicas), físicas (fisiológicas) e, sobretudo pela necessidade de adaptações a um novo ser, familiares, sociais e profissionais. Aliada, a esta necessária adaptação inerente á gravidez e parto, existem também desequilíbrios, compreendidos por alterações súbitas hormonais, pela fadiga, pelo desconforto físico e inexperiência do cuidar do filho, pelas alterações da rotina e pelo reajuste de papéis no ciclo familiar (Torre, 2001). Assim, a puérpera exige, uma vigilância de aspetos físicos relacionados com este período, mas também, a educação e promoção para a saúde relativa ao autocuidado, cuidado ao recém-nascido e ao reconhecimento dos sinais de alerta.

A preparação para a alta, segundo Lowdermilk e Perry (2012), deve ser iniciada, não apenas quando o cliente/família a têm, mas sim, desde o momento de admissão em internamento, devendo refletir-se no plano de cuidados desenvolvido para cada mulher/casal e RN compreendendo a realidade vivida pelo cliente/família. Segundo Pompeo et al. (2007), a alta hospitalar deve ser planeada e sistematizada, garantindo o esclarecimento tanto do cliente como da família, a fim de assegurar a continuidade dos cuidados e evitar reinternamentos. A preparação para a alta deve ser realizada de forma individualizada e segundo um planeamento. A educação para a saúde não pode ser realizada de forma despersonalizada nem abrupta, por forma a garantirmos a continuidade dos cuidados após a hospitalização (Pompeo et al., 2007).

Esta fase de transição, já acima descrita, apenas termina quando existe uma sensação de conforto e segurança para o desempenho do papel parental e ainda assim poderá necessitar de ajustes e apoios à posteriori (Pereira, 2012), sendo que o apoio na comunidade e a continuidade de cuidados é impreterível para a manutenção do equilíbrio e saúde da mulher/díade.

"Nesta fase é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel." (DGS, 2015)

"Observar a mãe e o recém-nascido antes da alta é importante para ter a certeza de que a mãe e o recém-nascido estão de boa saúde antes da alta, que foi marcado o seguimento, que as opções de planeamento familiar foram



Norma de Preparação para a Alta no Pós-Parto

discutidas e oferecidas à mãe (e ao seu acompanhante) e que também lhes foram fornecidas informações sobre os sinais de perigo a procurar, tanto na mãe como no bebê, para o caso de serem necessários cuidados especializados imediatos.” (OMS, 2017)

Em Apêndice 1, encontra-se proposta de lista de verificação para parto seguro adaptada à realidade do contexto, que é deixada como proposta, indo de encontro à Lista de Verificação da OMS para o Parto Seguro (em Anexo I).

No quadro seguinte, são explanados os conhecimentos que o enfermeiro deve deter e transmitir à mulher/casal durante a preparação para a alta e sua efetivação.

PUERPERA	
<i>Estado geral da puérpera</i>	• Vigiar estado físico: ○ Cor e hidratação de pele e mucosas, edemas; ○ Sutura/cicatriz (episiorrafia, laceração ou cesariana); ○ Altura do fundo uterino; ○ Sinais Vitais; • Vigiar estado emocional: ○ Baby Blues - Escala de Edimburgo para a depressão pós-parto - ver Anexo II (<i>Escala de Edimburgo</i>).
<i>Alimentação</i>	• Ensinar sobre a ingestão nutricional da mulher que amamenta: ○ Alimentação saudável e variada - ver anexo III- <i>Tabela Nutricional para a mulher que amamenta</i>; ○ Ingestão hídrica adequada. ○ Advertir para os riscos do consumo de tabaco, álcool, e outras substâncias.
<i>Cuidados Perineais</i>	• Ensinar/validar conhecimento sobre: ○ Cuidados de higiene íntima (com água e sabão após eliminações fisiológicas evitando o uso de papel higiênico enquanto houver fio de sutura no local). ○ Pontos cirúrgicos (absorvíveis). ○ Exercícios de Kegel

	○ Características dos lóquios e sinais de alerta
Atividade, Sono e Repouso	• Aconselhar atividade física: (Partos Eutócicos e Fórceps: 15 dias pós-parto, Cesarianas, 4 semanas) – (Segundo: <i>Norma sobre atividade e repouso do serviço</i>) ○ Passeios a pé; ○ Exercícios de fortalecimento dos músculos perineais; ○ Ginástica pós-parto; • Aconselhar Repouso: ○ Reforçar a importância do repouso para a mãe (Repousar enquanto o bebé dorme e aproveitar ao máximo a ajuda do companheiro, familiares ou amigos disponíveis) • Capacitar a mulher para reconhecer/detetar precocemente sinais ou sintomas de complicações do sono.
Cuidados Mamários	• Ensinar sobre: ○ Cuidados mamários – (Segundo norma do serviço: <i>Norma de Cuidados Mamários</i>); ○ Autoavaliação mamária; ○ Prevenção de complicações-tratamento de fissuras (Segundo norma do serviço: <i>Norma sobre tratamento/prevenção de fissuras</i>); ○ Instruir/Treinar/Validar sobre Massagem Manual /Esvaziamento Mamário – (Segundo norma do serviço: <i>Norma sobre massagem manual/esvaziamento mamário</i>) e prevenção de ingurgitamento mamário-esvaziamento mamário.
Ferida Cirúrgica	• Instruir a mãe para:

	○ Agendar em C.S. a remoção dos agramos/fios da sutura abdominal entre o 6º e o 8º dia pós-parto.
Aleitamento	• Instruir/Validar conhecimento relativo ao Aleitamento materno: ○ Frequência das mamadas (diurna e noturna), sinais de boa pega e de satisfação do recém-nascido; ○ Condições das mamas; ○ Extração e conservação do leite materno; ○ Resolução de problemas; ○ Disponibilizar panfletos de Aleitamento Materno. • Instruir/Validar conhecimento relativo ao Aleitamento artificial: ○ Higienização e esterilização de biberons e tetinas, ○ Preparação de fórmula para lactente quando, por impossibilidade ou opção materna, a mulher não amamenta; ○ Assegurar o apoio específico na inibição láctea;
Atividade Sexual	• Educar/Instruir para a saúde relativamente aos métodos contraceptivos disponíveis e mais adequados a cada mulher: ○ Aumentar a literacia nas tomadas de decisão acerca da contraceção; ○ Métodos contraceptivos disponíveis quer a mulher amamente ou não. ○ Marcação da consulta de planeamento familiar entre a 2ª e a 3ª semana pós-parto. ○ Marcação de consulta de revisão pós-parto com o médico assistente para 4-6 semanas após o parto;
Sinais de Alarme	• Instruir sobre os Sinais de Alarme: ○ Febre; aumento da hemorragia vaginal, corrimento vaginal com cheiro fétido, desconforto a urinar; aumento da dor nas mamas com rubor associado,

	ferida perineal, ferida cirúrgica abdominal; penso da ferida da cesariana com drenagem.
Avaliar Conhecimentos e Competências Parentais	• Vigilância e Promoção da Parentalidade: ○ Cuidados de higiene, a troca da fralda, os cuidados ao coto umbilical, o uso de chupeta, medidas de segurança, prevenção da síndrome de morte súbita e padrão de crescimento e desenvolvimento; ○ Contacto Pele-a-Pele/ Canguru; ○ Relação emocional: ▪ Qualidade da vinculação mãe/pai-RN; ▪ Relação mãe-pai-irmãos ○ Detecção de sinais e sintomas de maus-tratos, de negligência, de violência doméstica, ou dos relacionados com o risco de mutilação genital nas crianças do sexo feminino/masculino;
Recursos na comunidade e encaminhamento social	• Realizar carta de alta de enfermagem a todas as puérperas /diades de acordo com a minuta em vigor no serviço - Ver anexo IV; • Sempre que haja risco social para a diade (vinculação precária, precaridade económica e social, situações de violência doméstica, vigilância da saúde precária ou inexistente, adolescência, consumos de substâncias lícitas/ilícitas, Gravidez não vigiada, parto no domicílio): ○ Avaliação durante o internamento da situação; ○ Validar alta social; ○ Referenciar a diade/família para os cuidados de saúde primários, preferencialmente com realização de contacto telefónico e obrigatoriamente com envio da FACE – ver anexo V (Folha de articulação cuidados de enfermagem)
RECEM-NASCIDO	

<i>Vacinação</i>	• Verificar se o R.N foi vacinado contra a hepatite B, de acordo com o plano nacional de vacinação, antes da data da alta. • Avaliar elegibilidade do RN para inoculação da BCG, e referenciar na plataforma.
<i>Segurança</i>	• Ensinar sobre a Prevenção de acidentes: ○ Domésticos (quedas/ queimaduras); ○ Segurança Rodoviária -Cadeira de transporte do RN, segundo a Associação para Promoção da Segurança Infantil (2015)
<i>Continuidade de Cuidados</i>	• Garantir o acompanhamento do RN no Centro de Saúde de referência: ○ Os Pais devem realizar agendamento para o C.S. ou visita domiciliária para a realização do teste de diagnóstico precoce (entre o 3º e 6º dia de vida); ○ Marcar a 1ª consulta do RN entre o 10º e o 15º dia de vida; ○ Aguardar chamada pelo Hospital para fazer o rastreio auditivo ao bebé, no caso da não realização durante o internamento.
<i>Sinais de Alarme</i>	• Capacitar a mulher/casal para identificar precocemente desvios da normalidade da saúde do RN: ○ Instruir sobre: ▪ Icterícia neonatal e explicar sucintamente zonas de Kramer; ▪ Febre no RN/ Sinais de Desidratação; ▪ Sinais inflamatórios do coto umbilical (coloração, cheiro e exsudado);

Em seguida, é apresentado o documento que será para apreciação e aprovação, como Norma de Preparação para a alta no pós-parto:

 Serviço de Obstetria	NORMA DE PREPARAÇÃO PARA A ALTA NO PÓS-PARTO	Elaborado em:	08/07/19
		Revisão n.º	__/__/__
		Próxima Revisão:	
ASSUNTO: Preparação para a alta no pós-parto			
DESTINATÁRIOS: Enfermeiros			
OBJECTIVO: Uniformizar Cuidados; Atualizar práticas; Promover a continuidade de cuidados.			
DESCRIÇÃO: As altas clínicas são da responsabilidade da equipa Obstétrica e da Equipa Pediátrica e Equipa Social. • A enfermeira deve verificar se a utente tem: ○ Boletim Individual de Saúde da Grávida, preenchido com os dados do parto e puerpério; ○ Realização do registo do RN e eventual realização do Cartão de Cidadão ○ Boletim individual de saúde e boletim de vacinas do recém-nascido; ○ Carta de alta de enfermagem. • A Enfermeira ensina/instrui/treina/valida que a utente/ convivente significativo relativamente aos domínios seguintes: ○ PUERPERA: ▪ Estado geral da puérpera ▪ Alimentação ▪ Cuidados Perineais ▪ Atividade, Sono e Repouso ▪ Cuidados Mamários ▪ Ferida Cirúrgica ▪ Aleitamento ▪ Atividade Sexual ▪ Avaliar Conhecimentos e Competências Parentais ▪ Recursos na comunidade e encaminhamento social ▪ Sinais de Alarme ○ RECÉM-NASCIDO: ▪ Vacinação ▪ Segurança ▪ Continuidade de Cuidados ▪ Sinais de Alarme			
Elaborado por:	Revisto por:	Aprovado por:	
AEEESMO Marisa de Sousa Enf.ª Cátia Antunes EESMO Helena Marchão	Enf.ª Cátia Antunes EEEESMO Helena Marchão	Enf.ª Ganda Cêncio	

Apêndice XV - Sessão de formação: depressão pós-parto

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Depressão pós-parto: Escala de Edimburgo

FORMADORES: Marisa de Sousa (Mestranda de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa sob orientação do Professo Mário Cardoso) e EEESMO Isabel Silva

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros da unidade UCSP Barreiro

DATA: 14 Fevereiro
2020

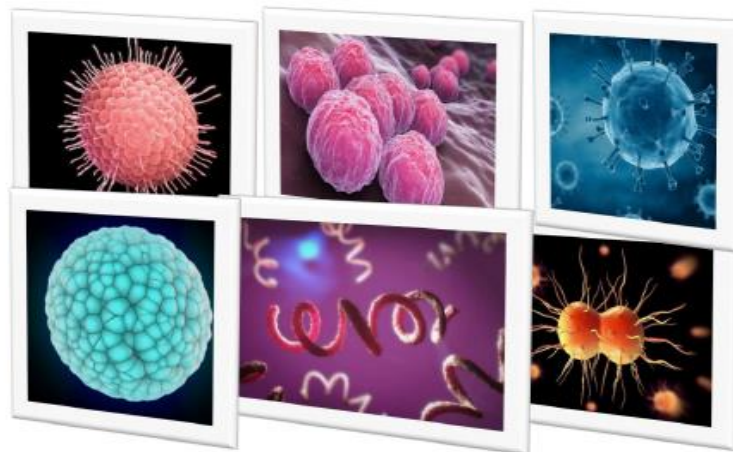
TEMPO PREVISTO: 20 minutos

HORÁRIO: a definir

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA/ RECURSOS	TEMPO
Apresentação do Orador e tema	Expositivo Participativo Material: Computador, projetor, recurso a PowerPoint, Manual para promoção da Saúde Mental na gravidez e primeira infância, Escala de Edimburgo.	2 minutos
Definição de Depressão pós-parto Números da doença na atualidade Fatores de Risco Problemáticas da Depressão Atuação na prática e utilização das ferramentas disponíveis Escala de Edimburgo		15 minutos
Esclarecimento de dúvidas Sistematização das temáticas abordadas		3 minutos

Apêndice XVI - Documento para a consulta das Infecções sexualmente
transmissíveis

CONSULTA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)



Elaborado por:

Marisa Sobral Monteiro de Sousa nº 9058

10º CPLESMO – ESEL

"Saúde Sexual e Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou patologia, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos"

(WHO, s.d.)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direção Geral de Saúde
HGO – Hospital Garcia de Orta, EPE
HPV – Vírus do Papiloma Humano
HTA – Hipertensão arterial
IMC – Índice de massa corporal
IUR – Infecções urinárias de repetição
IST – Infecção sexualmente transmissível;
PNS – Plano Nacional de Saúde
SPC – Sociedade Portuguesa de Contraceção
SPG – sociedade Portuguesa de Ginecologia
TH – Terapêutica hormonal
WHO – World Health Organization

NOTA INTRODUTÓRIA

A promoção da saúde da mulher é uma das prioridades de intervenção do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2014-2020, devendo intervir-se ao nível da prevenção primária, através da equidade e acesso aos cuidados de saúde bem como pela qualidade em saúde, tendo como objetivos a obtenção de ganhos em saúde e a promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida.

A educação sexual conduzirá, ao controle da fertilidade e à prevenção das infeções de transmissão sexual (IST), com consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças. (DGS, 2008)

O conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva pressupõe uma visão holística dos cuidados prestados ao longo do ciclo de vida da mulher. Os cuidados promotores da Saúde Sexual e Reprodutiva da mulher constituem um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos, culturalmente sensíveis, que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, suprimindo as necessidades específicas de cada mulher, ao longo do seu ciclo de vida (SPG, 2011). Abrangendo cuidados ao nível da vivência de uma sexualidade saudável e positiva, da contraceção, do planeamento pré-concepcional, da vigilância pré-natal, do apoio a situações de infertilidade, bem como do acesso a serviços seguros de interrupção voluntária da gravidez.

Em suma, os cuidados prestados às mulheres, ao longo do seu ciclo de vida, devem ser assentes numa perspectiva de cuidados antecipatórios, intervindo essencialmente na educação para a saúde e no aumento da literacia das populações, de forma a capacitar para a tomada de decisão consentida, livre e esclarecida.

A realização precoce de rastreios, conforme as orientações da Direção Geral de Saúde (DGS), bem como a educação para a saúde permite ganhos em saúde e diminuição da morbimortalidade da mulher.

Assim, no âmbito da consulta de IST, é realizado este documento para informar e normalizar as intervenções a realizar junto das mulheres assim como atuar no âmbito da educação para a saúde na prevenção e tratamento das IST, culminando assim, em ganhos em saúde para toda a comunidade.

Durante estas consultas podem ser identificadas doenças/infecções sexualmente transmissíveis, assim como doenças dermatológicas características da região genital masculina ou feminina.

Assim, é possível encontrar as seguintes patologias (mais frequentes):

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| ▪ Vaginose Bacteriana | ▪ Verrugas genitais |
| ▪ Vaginite por trichomonas | ▪ Cervicites |
| ▪ Candidíase Vulvovaginal | ▪ Infecções vulvovaginais |
| ▪ Vaginite Atrófica | ▪ Líquen plano e escleroso |
| ▪ Condilomas Acuminados | |

Podem ser realizados vários procedimentos:

- Biopsias (mucosa, pele, colo);
- Colheita de exsudado vaginal;
- Colheita de exsudado anal;
- Colheita de exsudado uretral;
- Colheita de urina e sangue;
- Administração de terapêutica intra-muscular.
- Rastreios

No âmbito desta consulta realiza-se, **prevenção secundária**, pois, esta baseia-se na realização dos testes de rastreio ao colo do útero. Podem ser utilizados, a citologia convencional, a citologia em meio líquido e o teste HPV, ou a associação entre os dois últimos:

○ **Citologia:**

O objetivo consiste na identificação de células anormais obtidas da zona de transformação do colo do útero, local das alterações celulares displásicas e neoplásicas.

- Citologia convencional com esfregaço de Papanicolaou – o método mais utilizado.
- Citologia em meio líquido – permite também a pesquisa de HPV, clamídia ou Neisseria.

1. Consulta das Infecções Sexualmente Transmissíveis

As consultas das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são uma componente essencial da prestação integrada de cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Nesta perspetiva, a consulta deve assegurar todas as atividades de promoção da saúde da mulher incidindo na: prevenção e diagnóstico precoce de infeções sexualmente transmissíveis; rastreio do cancro do colo do útero/ genitais externos e na adoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2008).

A consulta tem como objetivo:

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- Reduzir a incidência de IST e as suas consequências;
- Reduzir a incidência de infertilidade;
- Reduzir a mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil;
- Melhorar a saúde e o bem-estar das mulheres/ famílias. (DGS, 2008, p.6).

As **atividades** a desenvolver na consulta, definidas pela DGS (2008, p.6) são:

- Informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução;
- Efetuar a prevenção, diagnóstico e tratamento das IST;
- Efetuar o rastreio do cancro do colo do útero;
- Reconhecer e orientar os indivíduos/casais com dificuldades sexuais;
- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis.

A **população alvo** desta consulta são as mulheres e homens, sem limites de idade definidos.

A consulta, tal como qualquer outra deverá integrar **quatro etapas**: a anamnese da utente; o exame objetivo/ tratamento; a educação para a saúde e, finalmente, os registos que documentam a consulta. Na anamnese deve validar-se o motivo da consulta, a história de doença atual, os antecedentes pessoais, os antecedentes ginecológicos, os antecedentes obstétricos e os antecedentes familiares. No exame objetivo deverá ser realizado o exame físico e o exame ginecológico.

- Não existem diferenças na sensibilidade e na especificidade para a deteção de lesões de alto risco, no que se refere à citologia tradicional comparativamente com a citologia em meio líquido.
- É o único meio de rastreio recomendado em mulheres com menos de 30 anos.
- **Teste HPV (genotipagem HPV):**
 - É mais sensível, mas menos específico que a citologia. O teste HPV de alto risco tem revelado sensibilidade superior à citologia (8 a 30%), mas especificidade inferior (4 a 12%) na deteção de CIN2+19.
 - Possibilita um maior intervalo de tempo entre os rastreios.
- **Co-teste (Citologia em meio líquido + a genotipagem HPV):**
 - É mais sensível na deteção de lesões de baixo e de alto risco;
 - Apenas recomendado para mulheres com idade superior ou igual a 30 anos;
 - Apenas recomendado para mulheres com idades compreendidas entre os 21 e 29 anos, se citologia com resultado ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado).

1.1. Abordagem à mulher em idade fértil

A abordagem à mulher/homem em idade fértil é fundamental incidir na promoção da saúde, especialmente ao nível da prevenção primária, recorrendo aos rastreios e à educação para a saúde, bem como ao nível da prevenção secundária através da deteção precoce de processos de doença, permitindo intervir precocemente e diminuir a morbilidade e mortalidade.

Deve-se assim, incidir-se numa avaliação holística da utente de forma a dar resposta às suas necessidades individualizadas de cuidados. Para isto é crucial, o estabelecimento de uma relação empática com a mulher/homem inserida num clima de confiança, privacidade e confidencialidade.

Assim, os pontos-chave de intervenção devem incidir:

- Avaliação do estado emocional/ comportamentos:

- Comportamentos perante o profissional de saúde;
- Estado emocional da utente: validar sempre com a utente a perceção do profissional de saúde.
- Identificar o motivo de vinda à consulta:
 - Queixas;
 - Necessidades de cuidados conforme faixa etária e anamnese.
- Avaliar aparelho genital feminino:
 - Identificar queixas;
 - Cuidados de higiene íntima;
 - Uso de roupa adequada;
 - Presença de lesões/ queixas sugestivas de IST;
 - Presença de lesões decorrentes de partos anteriores ou situações de IVG;
 - Observação da genitália externa, interna e zona perineal para despiste precoce de alterações;
- Promover uma vivência da sexualidade positiva e saudável:
 - Educar para a saúde acerca de IST;
 - Educar para a saúde acerca de métodos contraceptivos de barreira;
 - Efetuar a prevenção, diagnóstico e tratamento de IST.
 - Despistar situações de disfunções sexuais – queixas de dispareunia ou outras;
 - Informar e esclarecer acerca de estratégias para a resolução de disfunções sexuais.

1.2. Abordagem à mulher durante o climatério

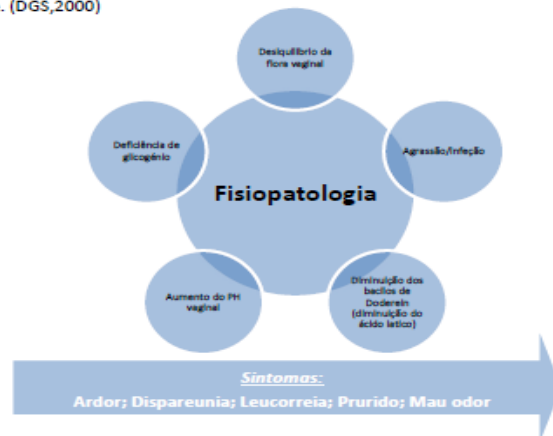
A menopausa é o termo utilizado para designar a última menstruação, após um ano de ausência do período menstrual, resultante da falência da atividade endócrina dos ovários, especialmente na sua incapacidade de produzir estrogénios.

A menopausa pode ser fisiológica ocorrendo em consequência do processo biológico natural de cada mulher, habitualmente entre os 45 e os 55 anos, ou iatrogénica quando resulta de uma ooforectomia cirúrgica bilateral, de uma ação medicamentosa ou da ação terapêutica por radiações (radioterapia) (SPG, 2016). A menopausa iatrogénica encontra-se associada a um quadro clínico mais exuberante.

2. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

As doenças infecciosas alteram a saúde da mulher podendo influenciar negativamente a sua função reprodutora. Quando associadas à gravidez as doenças infecciosas assumem especial relevo e colocam três questões particulares: A prevenção é, sem dúvida, o meio mais simples e eficiente de o fazer.

Prevenir complicações e antes de tudo evitar as doenças. Na prevenção das doenças infecciosas, o aconselhamento é uma etapa fundamental, em particular no que se refere às ITS. A informação, a educação e o aconselhamento individualizado, tendo em vista um comportamento sexual saudável e responsável, devem ser componentes dos cuidados básicos de saúde. (DGS,2000)



2.1. Sífilis

É uma doença infecciosa provocada pelo *Treponema pallidum*, cujo período de incubação é, em média, de 3 semanas, mas que pode oscilar entre os 10 dias e as 10 semanas. Considera-se a sífilis dividida em dois períodos: a sífilis precoce, infecciosa, e a sífilis tardia, não infecciosa. A sífilis precoce engloba a sífilis primária, secundária e latente precoce. As manifestações de sífilis precoce ocorrem no 1.º ano de infeção, podendo, em casos raros,

Por outro lado, a menopausa pode ser caracterizada como precoce (quando ocorre antes dos 45 anos de idade, mas depois dos 40 anos) ou tardia (quando se diagnostica após os 55 anos). Quando a menopausa ocorre antes dos 45 anos, deve ser sempre considerada a intervenção terapêutica de substituição (SPG, 2016).

A sintomatologia do climatério relaciona-se com o hipoestrogenismo. A curto prazo verifica-se a sintomatologia vasomotora, as alterações do sono e emocionais. A médio prazo pode verificar-se a síndrome genito-urinária da menopausa e eventuais alterações cutâneas. Como repercussões tardias destacam-se as complicações cardiovasculares, a osteoporose e doenças neuro-cognitivas, como a Doença de Alzheimer (SPG, 2016).

Avaliação do estado emocional/ comportamentos da utente:

- Comportamentos perante o profissional de saúde;
- Estado emocional da utente: validar sempre com a utente a perceção do profissional de saúde.
- Identificar o motivo de vinda à consulta:
 - Queixas da utente;
 - Necessidades de cuidados, conforme a faixa etária e anamnese.
- Avaliar aparelho genital feminino:
 - Identificar queixas da utente;
 - Cuidados de higiene íntima;
 - Uso de roupa adequada;
 - Presença de lesões/ queixas sugestivas de IST;
 - Observação da genitália externa, interna e zona perineal para despiste precoce de alterações;
- Promover uma vivência da sexualidade positiva e saudável:
 - Educar para a saúde acerca das alterações sexuais na menopausa e intervir na minimização do risco de atrofia vaginal e secura vaginal;
 - Educar para a saúde acerca de IST;
 - Educar para a saúde acerca de métodos contraceptivos de barreira;
 - Efetuar a prevenção, diagnóstico e tratamento de IST.

estender-se até aos 4 anos. morbilidade e a mortalidade são elevadas. A sífilis precoce e a sífilis congénita são doenças de declaração obrigatória.

2.2. Clamídia

A *Chlamydia trachomatis*, é o agente etiológico de infeções genitourinárias, cujo quadro clínico é muitas vezes semelhante ao das infeções gonocócicas. As infeções assintomáticas são mais frequentes nesta afeção. O período de incubação é de 7 a 21 dias. O Homem é o principal portador assintomático. As infeções pela Clamídia são uma das causas de doença inflamatória pélvica, de gravidez ectópica e de infertilidade.

2.3. Herpes

O vírus do Herpes simplex (VHS) tipo 2 e, mais raramente, o tipo 1 são os agentes etiológicos do herpes genital. O período de incubação é, em média, de 5 a 8 dias. O herpes genital é presentemente uma das causas mais frequentes de ulceração genital. A localização ao nível do colo do útero, ao contrário da localização vulvar e perineal, é frequentemente assintomática.

2.4. Verrugas Genitais (*Condylomata acuminata* - HPV)

O vírus do papiloma humano (VPH), é o agente etiológico das verrugas genitais. Conhecem-se mais de 90 subtipos de VPH, dos quais mais de 20 já foram considerados agentes etiológicos das verrugas genitais, ainda que os dois tipos mais frequentes sejam o 6 e o 11.

A infeção pelo VPH também se tem associado ao carcinoma do colo do útero e, em especial, se estão presentes os VPH tipos 16 e 18. As lesões localizadas ao nível do colo do útero são frequentemente assintomáticas. O período de incubação é de 4 – 6 semanas, variando entre 1 e 20 meses.

O Homem é o principal reservatório do agente infeccioso. A incidência das verrugas genitais, nos últimos anos, parece ter aumentado, associando-se com frequência a outras DTS.

2.5. Tricomoníase Vaginal

Na infeção por *Trichomonas vaginalis* o diagnóstico é feito por exame direto (observação do protozoário flagelado em exame a fresco do exsudado vaginal, colhido do fundo-de-saco posterior ou por cultura. O(s) parceiro(s) sexual (ais) devem ser tratados simultaneamente.

2.6. VIH

O vírus da imunodeficiência humana, subtipos 1 e 2 (VIH1 e VIH2), pertencente ao grupo dos retrovírus, é o agente etiológico da SIDA. Verifica-se uma depressão do sistema imunitário nos indivíduos infetados, o que leva ao surgimento de infeções oportunistas e a alguns tipos de neoplasias. A duração exacta do período de incubação não é conhecida.

Algumas semanas após a infeção pelo VIH, pode surgir a "síndrome retroviral aguda", caracterizada por: febre, mau-estar geral, linfadenopatias e erupção macular cutânea. Nesta fase, a serologia para o VIH é ainda negativa, o mesmo não sucedendo com a determinação do ácido nucleico viral. Após este período inicial, o vírus permanece no hospedeiro, ainda que este se mantenha assintomático, manifestando-se normalmente nos primeiros 10 anos após a infeção com o vírus.

3. Papel do Enfermeiro na Consulta das IST

Um dos papeis primordiais do enfermeiro na consulta das IST prende-se com a aplicação de estratégias de prevenção no decurso de toda a consulta, atuando ao nível da educação para saúde, criando sempre que possíveis situações de aprendizagem de hábitos saudáveis.

O enfermeiro, deverá propiciar um ambiente de segurança dando aso a uma relação de ajuda e confiança, imprescindível numa consulta onde a privacidade do cliente é invadida pelos profissionais, pela vergonha ou medo.

Deve o enfermeiro, agir com respeito, sem discriminação, revelar disponibilidade para ouvir e abertura, mostrando ao cliente que o tratamento é para seu benefício, envolvendo-o nos cuidados.

Deverá assim, usar estratégias de prevenção como:

- **Divulgação da Noção de Risco:** Informar sobre a patologia e suas consequências, principalmente no que concerne às IST, formas de contágio e formas de cortar cadeia de transmissão.
- **Empowerment:** Ser capaz de chegar ao individuo de forma a que seja ele a aderir às medidas de prevenção ou tratamentos, levando o cliente a defender a sua saúde e a dos outros não por imposição, mas sim por perceber a sua importância.

O enfermeiro realiza o apoio á consulta médica em procedimentos, recolha de amostras, preparação de material para tratamentos, administração de terapêutica oral ou IM. (Ver norma de procedimento de observação ginecológica e norma das funções da enfermeira na consulta de ginecologia).

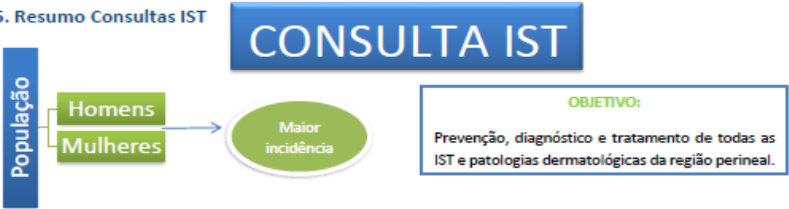
4. Tabela com síntese das IST e suas características

Documento para a Consulta de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

DOENÇA	AGENTE	SINTOMAS	APARÊNCIA	TRANSMISSÃO	TRATAMENTO
Vaginose bacteriana	Bacilo gram negativo- (Gardnerella vaginalis; Peptostreptococcus e Micoplasma hominis).	Leucorréia branca e com cheiro; Prurido; Disúria	Cormento; Homogêneo; Branco-acinzentado; Fétido; Aderente às paredes da vagina	Alteração da flora ou contacto sexual	ATB (metronidazol/ cindamicina tópica)
Clamídia e Gonorréia	Neisseria gonorrhoeae	Cotorrágia, dispareunia, alterações menstruais; secreção amarelada.	Sem aparência que denuncie	Contacto sexual; partilha de roupa íntima.	ATB- Doxiciclina ou Azitromicina
Sífilis	Treponema pallidum	Úlceras genitais; posteriormente lesões na pele e mucosas	Eruções na pele duras	Contacto sexual; via placentária.	ATB- Penicilina
Herpes genital	Vírus hominis	Ardor, pruriteia da pele; Erução vesicular; Úlceras dolorosas; Disúria; Febre; Adenopatias	Vesículas	Contacto sexual.	Antivirais
Hepatite B e C	B- DNA de fita dupla da família Hepadnaviridae C- RNA de fita simples da família Flaviviridae	Lesões hepáticas, cirose, dor abdominal, urina escura, fezes acólicas.	Sem aparência que denuncie	Sangue, esperm, secreção vaginal, via placentária, leite materno, saliva.	Antivirais

HPV	Palioma vírus humano	Verrugas de tamanhos variáveis	Verrugas tipo "couve flor"	Contacto sexual	Ácidos, crioquirurgia, cauterização ou cirurgia convencional
HIV	VIH	Pículas ao urinar, comichão, fluxo vaginal muito abundante.	Sem aparência que denuncie	Contato sexual, roupa interior/húmida.	Antiretrovirais
Candidíase	Candida albicans	Ardor, prurido, fluxo vaginal; Dispareunia, Disúria; amarelo.	Grumoso o Branco; Placas esbranquiçadas aderentes às paredes da vagina e colo	Contato sexual/roupa.	Antifúngico
Tricomoníase	Trichomona vaginitis	Lesões na pele da púbis; Disúria Dispareunia Eritema vulvar e vaginal	Arejado; Branco/Amarelo; Cheiro intenso	Falta de higiene, contato sexual, roupa.	ATB (metronidazol)
Pediculose púbica	Phthirus pubis	Lesões de coceira, prurido.	Pigmentação da pele lesões de picada	Transmissão por contato direto/ contato sexual/ roupa	Bioinseticidas

5. Resumo Consultas IST



Profissionais

- IST
- Sífilis
 - Gonorréia
 - HIV
 - Herpes
 - Vaginose
 - Tricomoníase
 - Candidíase
 - Clamídia
 - Hepatite
 - Molusco contagioso
 - Cervicite

Médico

Enfermeiro

Dermatovenorologia

- Liquen plano
- Liquen escleroso
- Molusco contagioso





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DGS (2008). *Saúde Sexual e Reprodutiva - orientações*. Direção Geral de Saúde (<https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar-contracepcao/saude-reprodutivaplaneamento-familiar-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>) e <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/infeccoes-de-transmissao-sexual/orientacao-tecnica-n11-pdf.aspx>
- DGS (2014). *Plano Nacional de Saúde 2014-2020*. Direção Geral de Saúde.
- DGS (2015). *A Saúde dos Portugueses – perspectiva 2015*. Direção Geral de Saúde.
- DGS. (2016). A Importância do Rastreio Atempado do Cancro do Colo do Útero. *Direção Geral de Saúde*. Obtido em 11 de dezembro de 2016, de <http://www.dgs.pt/em-destaque/a-importancia-do-rastreio-atempado-do-cancro-do-colo-do-utero.aspx>
- Neves, J. coord. (2016). *Ginecologia Básica em Medicina Familiar*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas Lda.
- SPG (2011). *Consenso de Contraceção*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia.
- SPG (2014). *Consenso sobre infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia.