APÊNDICE VIII – Jornal de Aprendizagem

4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Enfermeira Orientadora: EEESMO [redacted]

Docente Orientador: Prof.ª Teresa Félix

Mestranda: Carla **Susana** Garcia **Carvalho**

Lisboa, Abril 2014

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 2

1 INTRODUÇÃO 3

1.1 DESCRIÇÃO – O QUE ACONTECEU? 3
1.2 PENSAMENTOS E SENTIMENTOS – O QUE ESTOU A PENSAR E A SENTIR? 5
1.3 AVALIAÇÃO – O QUE FOI BOM E MAU NESTA EXPERIÊNCIA? 5
1.4 ANÁLISE – QUE SENTIDO POSSO ENCONTRAR NO QUE SE PASSOU? 6
1.5 CONCLUSÃO – O QUE FIZ E QUE MAIS PODERIA TER FEITO? 9
1.6 PLANEAR A ACÇÃO – O QUE IREI FAZER E/OU QUE CONTRIBUTOS PARA O MEU DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL FUTURO… 10

2 BIBLIOGRAFIA 12

3 ANEXOS 15

3.1 ANEXO I – IMPRESSO PARA CONSENTIMENTO INFORMADO 16
3.2 ANEXO II – DESCRIÇÃO DO ATO MÉDICO 18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EEESMO	Enfermeiro Especialista Em Saúde Materna, Obstétrica
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
OE	Ordem dos Enfermeiros

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no âmbito do Estágio com Relatório e trata-se de uma reflexão escrita de um episódio significativo, de acordo com as etapas do ciclo de Gibbs. Tem como objetivo adicional dar cumprimento a um dos requisitos para a avaliação sumativa desta Unidade Curricular.

1.1 DESCRIÇÃO – O QUE ACONTECEU?

No contexto da minha intervenção junto das clientes internadas no bloco de partos, surgiram de forma recorrente situações relacionadas com a que vou descrever e que me fizeram refletir sobre a responsabilidade e necessidade adicional de ação da minha parte, enquanto estudante e futura EEESMO.

As clientes quando são internadas têm que ter uma avaliação médica. No Bloco de Partos onde está a decorrer este estágio, o Enfermeiro não faz o internamento sem a avaliação do médico. Aquando dessa avaliação médica é fornecida por escrito (ANEXOI) à cliente informação relativamente ao parto, riscos associados, principais intercorrências, complicações e necessidades de intervenção. O mesmo procedimento é garantido relativamente à analgesia locorregional. É fornecido à cliente um impresso para assinar onde simultaneamente autoriza os procedimentos relativamente ao parto e à analgesia. O impresso para os dois procedimentos é o mesmo, não estando individualizado, não sendo possível autorizar um sem o outro (ANEXO II). No mesmo impresso está um espaço dedicado ao médico obstetra, que nesta instituição tem o dever de informar sobre o parto, existindo um outro campo reservado ao anestesista que deverá explicitar os procedimentos relativos ao ato anestésico. É desejável que a cliente assine este impresso no momento da admissão/ internamento. Como o anestesista nem sempre está disponível, já verifiquei casos em que o espaço do obstetra está preenchido e o do anestesista está em branco, mas a cliente já assinou como se tivesse sido informada relativamente a todos os procedimentos relacionados com o parto e com a analgesia/ anestesia.

Quando o anestesista chega, confirma se o consentimento está assinado e explica as questões pendentes. Note-se que, o anestesista normalmente é convocado pelo enfermeiro especialista quando a cliente entrou em fase ativa do trabalho de parto.

Normalmente o EEESMO pergunta à cliente se pretende fazer analgesia epidural e é neste momento que surgem as questões, as dúvidas e os medos. Várias clientes já me questionaram se a analgesia epidural tinha riscos para si ou para o bebé. Foi aí que detetei esta situação para a qual não estava desperta.

Concretamente vivi uma situação em que uma cliente com um índice obstétrico de 1001, com 5 cm de dilatação, até ao momento, com controlo farmacológico endovenoso para a dor, bem como controlo não farmacológico, foi questionada por mim e pela enfermeira orientadora se pretendia fazer analgesia locorregional. A cliente mostrou-se muito duvidosa e apresentou vários receios, mostrando não estar devidamente esclarecida e informada relativamente ao procedimento, riscos a ele associados e interferência da técnica na evolução do trabalho de parto.

Inicialmente quando questionada, a cliente informou que desejava avançar com a técnica. A enfermeira orientadora ausentou-se do quarto para convocar o anestesista e foi nesse momento que a cliente me questionou diretamente, se a técnica envolvia riscos para si ou para o feto.

Perante as questões diretas da cliente sobre o tema e estando eu condicionada pela norma de procedimento que resulta na obrigação de informar atribuída ao anestesista, solicitei à cliente que lê-se a documentação anexa ao consentimento que tinha assinado.

Muito pouco tempo depois o anestesista chegou e eu remeti para este técnico a necessidade de clarificação por parte da cliente. Considero que o esclarecimento prestado não foi o mais adequado, o que agravou ainda mais o quadro de dúvida e medo por parte da cliente.

Perante a iminência do parto e o avançar rápido da dilatação, a cliente acabou por adiar a decisão para um momento em que considerasse a dor insuportável. Tal acabou por não se verificar e a cliente acabou por ultrapassar o período expulsivo apenas com analgesia endovenosa e medidas não farmacológicas de alívio de dor.

1.2 PENSAMENTOS E SENTIMENTOS – O QUE ESTOU A PENSAR E A SENTIR?

Perante a questão da cliente, senti incerteza relativamente à forma correta de proceder. Apesar de já ter conhecimento relativamente aos procedimentos da instituição, verifiquei que aquela cliente em particular não estava devidamente informada. Ela concordou com um procedimento sem estar em condições para o fazer, uma vez que não estava devidamente esclarecida e não tinha ponderado todos os prós e contras envolvidos.

Senti receio de proceder de forma errada e passível de ser sancionada de forma implícita ou explicita, tendo em consequência adotado uma prática defensiva, o que contraria o meu primeiro impulso natural enquanto indivíduo.

Uma vez que vivemos e atuamos em contextos relativamente normalizados pela existência de normas e procedimentos impostos numa lógica de up-to-botom, contrariar um procedimento envolve sempre algum nível de risco, ainda que virtual, e exige no mínimo, uma capacidade de fundamentação que na altura não senti.

Adicionalmente, tive a noção que essa lacuna de conhecimento da lei e o dever de informar, fizeram-me retrair e condicionaram de forma negativa a minha interação com a cliente.

1.3 AVALIAÇÃO – O QUE FOI BOM E MAU NESTA EXPERIÊNCIA?

BOM – Sinto uma profunda tristeza quando vejo um colega demitir-se das suas responsabilidades por prática defensiva perniciosa, e de algum modo senti que na altura estaria a cair num quadro semelhante. Este incómodo levou-me a fazer esta reflexão e a pensar em como posso melhorar esta lacuna, que pode condicionar a minha interação com o cliente nos mais variados cenários.

Depois deste episódio fiz uma pesquisa e revisão de literatura relacionada com o consentimento informado e com o direito/ obrigação de informar. Sedimentei essa informação, analisei de forma crítica o episódio, o que me ajudou a criar o distanciamento necessário para a sedimentação de informação e integração da mesma na ação.

Este episódio serviu também para me deixar mais alerta para tudo o que eu não sei e que pode colocar em causa a qualidade da minha atuação junto dos clientes, refletindo-se nos resultados das minhas intervenções.

MAU – Senti-me impotente e tentei manter uma postura de apoio, mas simultaneamente de imparcialidade. Penso que tive uma prática um pouco defensiva e que me retraí na informação oferecida. Pensei que deveria ser o anestesista a dar o necessário esclarecimento e solicitei a sua ajuda nesse sentido. A cliente sentiu-se pressionada a tomar uma decisão, o que é errado e contraproducente no contexto em análise. Considero que a intervenção do anestesista não foi a adequada (ultrapassando o objetivo deste documento a análise da atuação do profissional em causa), o que ainda agravou mais a minha sensação de desconforto relativamente ao tema em análise.

Os sentimentos negativos de inaptidão tiveram simultaneamente uma componente boa e má. A componente boa encontra-se descrita acima. A componente má refere-se aos sentimentos negativos de falta de confiança e insegurança, que eu enquanto profissional não aceito na minha prática. Sou uma pessoa que ao longo da minha vida, quer em contexto profissional, quer em contexto pessoal, procuro ativamente situações desafiantes que me colocam à prova. Sou extremamente exigente comigo e sou perfeccionista em tudo o que faço. Sou também bastante proactiva na busca do conhecimento e não aceito não estar preparada para o contexto em discussão. Sentir que não estou à altura de uma situação é desafiante, mas também gerador de stress.

1.4 ANÁLISE – QUE SENTIDO POSSO ENCONTRAR NO QUE SE PASSOU?

Na Resolução da Assembleia da República nº1/2001, respeitante à proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da biomedicina, no artigo 5º pode ler-se que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido...” (Resolução da Assembleia da República nº1/2001, 03/01/2001, p.15). A questão que se coloca neste episódio diz essencialmente respeito à qualidade e legalidade do consentimento efetuado. Será que as condições em que o consentimento foi obtido podem ser postas em causa? Não sendo eu uma técnica de

Direito não me cabe fazer essa análise, no entanto, receio que possa haver alguma dúvida relativamente à forma como o consentimento informado foi obtido, neste caso em particular.

O que pretendo aqui entender é em que medida o EEESMO tem responsabilidade neste processo e o que podemos fazer para o melhorar, tornando-o conforme com a lei e com os princípios enunciados na legislação do país.

Perante a questão objetiva da cliente informei que existe risco para todos os procedimentos médico-cirúrgicos e que a técnica de analgesia locoregional também não estava isenta de risco. Fui verificar no processo da cliente que o "consentimento informado" estava assinado e trouxe-lhe novamente a informação escrita relativamente à técnica em causa, para que esta a pudesse ler.

Relativamente à atuação do enfermeiro no "Estatuto da Ordem dos Enfermeiros"(Lei nº 111/2009, 16 de Setembro 2009) o profissional tem o dever de: Informar o individuo e a família relativamente aos cuidados de enfermagem; Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicitação feita pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem, obrigação essa que decorre do "respeito pelo direito à autodeterminação" (Lei nº 111/2009, 16 de Setembro 2009).

Sou uma profissional que exerço Enfermagem em contexto clínico e confesso que questiono muitas vezes o que são "cuidados de enfermagem". Ouvimos com frequência profissionais das mais variadas esferas enunciar que isto ou aquilo diz respeito aos enfermeiros e ficamos ofendidos ou enaltecidos consoante diminuem ou alargam o nosso leque de atuação. Os próprios enfermeiros têm dificuldade em identificar claramente o que são cuidados de enfermagem. Então como posso informar sobre cuidados de enfermagem se não conheço expressamente os seu limites?

No "Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros"(Decreto-Lei n.º161/96, 1996), pode ler-se que os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

No contexto em análise poderíamos estar numa situação de interdependência. As ações interdependentes são realizadas em conjunto com outros técnicos para atingir um objetivo comum. Estas ações interdependentes derivam das prescrições ou

orientações previamente formalizadas, como são o caso dos protocolos das analgesias locorregionais.

De acordo com a alínea b) do artigo 79º da Lei nº 111/ 2009 (Lei nº 111/ 2009, 2009), os enfermeiros são responsáveis pelas decisões que tomam e pelos atos que praticam, mesmo que decorram das prescrições de outros profissionais. É para mim claro que não sou eu que vou colocar o cateter epidural na cliente, mas por outro lado vou assistir a cliente na execução da técnica, vou otimizar o cateter, vou administrar medicação pelo cateter, vou avaliar e monitorizar a eficácia da medicação e possíveis efeitos adversos. Na realidade tenho um conjunto de ações relacionadas com a técnica e um conjunto de responsabilidades associadas a essas ações. Não decorrerá também daí a responsabilidade de informar sobre os riscos do procedimento em causa? Poderia eu livremente ter esclarecido a cliente, sem com isso estar a entrar numa situação de não conformidade?

O que aconteceu foi que mantive uma postura assertiva e procurei dar resposta à necessidade real e imediata da cliente, sem entrar em conflito com as normas e procedimentos da instituição.

Após este episódio e tendo detetado lacunas na minha capacidade de resposta relativamente ao enquadramento legal e à responsabilidade do EEESMO em situações deste género, falei com a Enfermeira Orientadora que me esclareceu relativamente aos procedimentos em vigor na instituição, relacionados com a obtenção do “consentimento informado” por parte das clientes. Identificámos em conjunto as lacunas do processo e fui incentivada a fazer esta reflexão, no sentido de se encontrarem soluções otimizadas relativamente a esta temática, mas principalmente de tomarmos consciência das nossas responsabilidades enquanto EEESMO.

Uma vez que o contexto onde este episódio ocorreu era um contexto de stress e de ansiedade, posso concluir que o ambiente não era o propício para a cliente decidir de forma calma e tranquila. O anestesista quando chegou, deu algumas informações à cliente e perante a sua relutância foi-se embora e disse que voltaria quando tivesse decidido. O marido da cliente estava ausente, pelo que se encontrou sozinha com a pressão de ter que tomar uma decisão em tempo real sobre um procedimento que poderia ter riscos para si e para o feto.

O imperativo legal de obter um consentimento para a prática de atos anestésicos patente em vários documentos e ultimamente também constante da Norma 015/ 2013

da Direção Geral de Saúde (DGS, 2013), obrigam a um reformular de práticas durante tantos anos diferentes. A mudança dos procedimentos organizacionais demora e implica o esforço e o envolvimento de todos. Esta instituição em particular por estar certificada pela Joint Commission International, tem que estar conforme com um conjunto de critérios e a garantia da obtenção do consentimento informado é um desses critérios.

Muitos progressos foram conseguidos relativamente a esta matéria, mas ainda existe um caminho a percorrer. O que me parecia adequado era que a cliente tivesse a oportunidade de prestar este consentimento com a adequada informação e esclarecimento de dúvidas, num ambiente de calma onde pudesse refletir e decidir de forma livre e esclarecida como está previsto na lei. Faria para mim sentido que fosse criada uma consulta de anestesia para grávidas que pretendam recorrer à técnica de analgesia locorregional, prévia ao internamento para o parto, provavelmente simultânea à consulta de obstetrícia que normalmente é feita no final da gravidez. Com esta alteração seriam ultrapassados vários constrangimentos de última hora e seriam criadas as melhores circunstâncias para o cumprimento da lei e das suas disposições, bem como seria garantido o melhor interesse da cliente/ família.

1.5 CONCLUSÃO – O QUE FIZ E QUE MAIS PODERIA TER FEITO?

Deparei-me com uma situação em concreto em que tive dúvidas sobre como agir: o que deveria de responder à cliente que me pergunta se tem riscos o ato anestésico. Não posso responder que é uma técnica isenta de riscos, mas nesta instituição está definido que é da responsabilidade do anestesista este esclarecimento.

Como devo agir nestas situações, foi a questão que se me colocou. Enquanto estudante e futura EEESMO tenho a obrigação de informar e de esclarecer todas as dúvidas relativamente ao procedimento que estou a propôr, afinal sou eu que estou a perguntar à cliente se ela deseja fazer analgesia epidural. Sou eu que verifico e avalio a sua dor e negoceio com esta as estratégias de alívio, inclusivamente as medidas farmacológicas, uma vez que está protocolado neste serviço que a gestão farmacológica da dor pode ser feita pelo enfermeiro. Sou eu que acompanho e monitorizo o trabalho de parto e que determino a necessidade de convocar o anestesista. Sou também eu que administro a medicação pela via epidural nas fases

subsequentes à colocação do cateter, avalio a eficácia do medicamento e monitorizo os possíveis efeitos adversos.

Quando fui interpelada pela cliente, remeti-a para os documentos que lhe tinham sido entregues com os riscos da técnica e solicitei que lê-se esse documento. O momento para o fazer não era esse, este processo de tomada de decisão já deveria estar ultrapassado. A cliente deveria ter um ambiente de calma, tranquilidade e liberdade para tomar a decisão que achasse por conveniente. Deveria adicionalmente ser informada que, em qualquer momento pode revogar esse consentimento. Esta última situação está prevista no documento que fica no processo da cliente, no entanto este direito do cliente deve de ser sublinhado numa ótica de empoderamento e consciencialização para a tomada de decisão.

As competências do EEESMO relativamente à preparação para o nascimento e parentalidade (Regulamento n.º 127/2011, 2011) deveriam ter sido a base para a minha atuação. É da competência do EEESMO facultar toda a informação e prestar os devidos esclarecimentos, de forma a que a família possa fazer escolhas informadas e exercer os seus direitos de cidadania relativamente à tomada de decisão em contexto de saúde/doença. O nascimento e as escolhas individuais relativamente ao mesmo são da responsabilidade do cidadão no seu exercício de cidadania. Ao EEESMO, cabe apoiar os clientes para que de forma segura e no respeito pela lei exerçam em pleno esses mesmos direitos.

Relativamente à minha atuação considero que foi condicionada por uma cultura de medo, que gera práticas defensivas e por uma insuficiente segurança relativamente ao meu âmbito de atuação e responsabilidade no contexto descrito.

Não é apenas necessário nós enfermeiros sabermos o que é da nossa responsabilidade. É também necessário dar a conhecer aos demais parceiros dos cuidados, bem como aos clientes, as nossas áreas de responsabilidade. Só desta forma conseguiremos de forma progressiva, globalmente abraçar a mudança para um paradigma que melhor faça justiça à qualidade e abrangência das nossas competências.

1.6 PLANEAR A ACÇÃO – O QUE IREI FAZER E/OU QUE CONTRIBUTOS PARA O MEU DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL FUTURO…

Este episódio e outros com enquadramento semelhante fizeram-me sentir a necessidade de melhor me preparar, em termos de fundamentação e enquadramento legal para suportar a minha ação e intervenção junto dos clientes.

As práticas defensivas, tantas vezes observadas, podem ter um efeito pernicioso e a determinado momento serem confundidas com desresponsabilização e demissão das obrigações assumidas, quer pela especialização, quer pela assunção de novos e mais diferenciados papéis.

A quem cabe informar? Mesmo que a responsabilidade explícita de informação em determinado contexto seja de um técnico de saúde que não o enfermeiro, isso significa que em momento nenhum o enfermeiro tem a responsabilidade de informar se interpelado diretamente pelo cliente? Qual a responsabilidade do enfermeiro neste contexto?

As crenças individuais e os receios de represálias ou receio de ferir suscetibilidades, entrando em zonas cinzentas onde os papéis e responsabilidades não estão e nalguns casos nem podem estar completamente clarificados, não pode ser o mote que condiciona a ação. Por outro lado, a correta fundamentação e a discussão dos elos fracos dos sistemas pode ser encarado como uma prática de qualidade, numa ótica de melhoria contínua e otimização de processos.

O enfermeiro enquanto técnico diferenciado não se pode afastar do centro da ação, ainda que com isso consiga uma posição de maior exposição e confronto face a outros técnicos parceiros dos cuidados. Devemos conseguir assumir com maturidade o nosso dever de informar e a nossa responsabilidade.

Este foi o principal objetivo que pretendi alcançar com esta reflexão, conseguir melhorar as bases que me permitam atuar no maior respeito pelos direitos dos clientes e no melhor cumprimento dos meus deveres e responsabilidades enquanto futura EEESMO.

2 BIBLIOGRAFIA

Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro (1996). Define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República, 1.ª série A, N.º 205 (04 de Setembro de 1996). 2959-2962.

Entidade Reguladora da Saúde (maio,2011). Relatório Sobre "A Carta Dos Direitos Dos Utentes" Draft Preliminar. Porto : ERS

Entidade Reguladora da Saúde (maio,2009). Consentimento Informado - Relatório Final. Porto : ERS

Gibbs, G. (1988). Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods. Oxford Further Education Unit: Oxford Polytechnic.

Jólluskin, G & Toldy, T (2011). Autonomia e Consentimento Informado: Um Exercício de Cidadania? ANTROPOlógicas nº 12: 44-51. Acedido em: 07/04/2014. Disponível em: http://revistas.rcaap.pt/antropologicas/article/download/1036/827.

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República, 1.ª série N.º 180 (16 de Setembro de 2009). 6528-6550.

Leitão, F. J. C (2010). Autonomia da mulher em trabalho de parto. Lisboa. Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Bioética. Lisboa: FMUL

Mariz, M.A.D. (2005). Sentimentos e significados no consentimento informado: um contributo para a intervenção de enfermagem. Coimbra: Formasau. 130p.

Norma nº 015/2013 de 03 de Outubro (2013). Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. Direção Geral de Saúde (03 de Outubro de 2013).

OMS (1996). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Saúde materna e neonatal/unidade de maternidade segura saúde reprodutiva e da família.

OMS (2002). Promoting Effective Perinatal Care Essential: Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Regional Office for Europe. Acedido em 31/06/2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2007). Enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros : Consentimento informado para intervenções de Enfermagem. Lisboa: OE. Acedido em 07/04/2014, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: OE Acedido em 07/04/2014, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt

Resolução da Assembleia da República nº1/2001 de 3 de Janeiro (2001). Aprova para ratificação, a convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina, aberta à assinatura dos estados membros do conselho da europa em Oviedo, em 04 de Abril de 1997, e o Protocolo adicional que proíbe a clonagem dos seres humanos, aberta à assinatura dos estados membros em Paris, em 12 de Janeiro de 1998. Diário da República 1.ª Série-A, N.º 2 (03 de Janeiro de 2001). 14-36.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª Série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011). 8648-8653.

Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República 2.ª Série, N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011). 8662-8666.

Tereso, A. (2005). Coagir ou emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-44-1

Tereso A (2006). O Parto: uma experiencia de cidadania? Sobre o papel dos Enfermeiros especialistas no exercício da cidadania das parturientes. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Nº 7.

3 ANEXOS

3.1 ANEXO I – Impresso para consentimento informado

3.2 ANEXO II – Descrição do ato médico