Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Dificuldades Parentais no Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Transição e Parentalidade

Ana Catarina Alexandre Boal

Lisboa
2020

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Dificuldades Parentais no Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Transição e Parentalidade

Orientador: Isabel Maria Guerra Gordinho de Rogado Serra
Coorientador: Irene Maria Trindade Soares

Lisboa
2020

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

"Assista e aprenda com a pedra que tem-se escavado por pingos de chuva.
Descarte a ideia de que a realização de uma tarefa é muito difícil.
Nada é impossível.”

Imperador Meiji

DEDICATÓRIA

Ao meu avô, por me mostrar o que é ser um lutador, por me ensinar a nunca desistir, por ser o meu grande herói e uma estrelinha no céu que me guia na Terra;

À minha avó, por me ensinar o que é o amor, por me ter como a sua menina e por ter sido um milagre da medicina só para me ver chegar aqui e realizar o sonho que também tinha para si mesma;

À minha mãe, pelo esforço, compreensão e apoio ao longo da vida, em tudo o que pôde e o que não pôde;

Aos meus amigos, pelo apoio, coragem e ombro amigo que me deram nos momentos em que faltou a força;

Aos colegas de trabalho, que possibilitaram tantas trocas para poder comparecer nos ensinos clínicos e pela compreensão nos momentos de maior cansaço;

À professora Irene Soares, por todo o apoio, acompanhamento, ensinamentos e por demonstrar confiança em mim até nos momentos em que eu não tive; por toda a exigência e incentivo constantes que promoveram um sentimento de autoconfiança e consequentemente, o meu desenvolvimento pessoal e profissional;

Aos orientadores do EC, em especial:
Ao EEESMO do Serviço de Medicina Materno-Fetal, pelo seu profissionalismo, exigência e incentivo, que me fizeram voltar a acreditar;

À EEESMO do Bloco de Partos, pela sua dedicação, apoio, transferência de conhecimentos e amizade que fizeram com que o estágio final fosse tão rico e gratificante;

A todos os que contribuiram para a realização deste sonho ... o meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF – Auscultação dos batimentos cardiofetais

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APPT – Ameaça parto pré-termo

BP – Bloco de partos

BSG – Boletim de saúde da grávida

CIRMA – Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPLEESMO – Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CST – Cesariana

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EC ER – Ensino Clínico Estágio com relatório

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EFNT – Estado fetal não tranquilizador

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FCF – Frequência cardíaca fetal

HTA – Hipertensão arterial

ICM – International Confederation of Midwives

IG – Idade gestacional

IMG – Interrupção médica da gravidez

ITP – Indução do trabalho de parto

IVG – Interrupção voluntária da gravidez

LR – Lactato de Ringer

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

mmHg – Milímetros de mercúrio

O_2 – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PO – Perfusão ocitócica

PPTP – Paragem de progressão de trabalho de parto

Prof.ª – Professora

RABA – Rutura artificial da bolsa de águas

RPM – Rutura prematura de membranas

RN – Recém-nascido

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TA – Tensão arterial

TP – Trabalho de parto

UC – Unidade Curricular

UNICEF – *United Nations Children's Fund* (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

VAS – *Visual Analogue Scale* (Escala Visual Analógica)

RESUMO

O presente relatório pretende demonstrar o percurso de aprendizagem enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia através de uma análise crítica e reflexiva acerca das atividades realizadas ao longo do ensino clínico. Por forma a atingir as competências definidas para o ensino clínico, foi delineada a seguinte finalidade: desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal. Simultaneamente aos objetivos traçados com o fim de alcançar as competências de EEESMO definidas pela OE foi ainda elaborado um objetivo específico correspondente à temática de interesse da estudante, "Dificuldades Parentais no Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Transição e Parentalidade", sendo o mesmo: desenvolver competências a nível das intervenções do EEESMO na promoção da transição para a parentalidade saudável. Em cada um dos objetivos, foi ainda incluída uma análise referente aos descritores de Dublin, os quais definem as competências a desenvolver para a atribuição do grau de mestre.

A transição para a parentalidade, é uma fase do ciclo familiar em que o casal experimenta muitas mudanças, sendo, no entanto, no período pós-parto que surgem as maiores dificuldades levando à necessidade de aquisição de novas competências. (Gama, E., 2014). Tendo por base os aspetos referidos anteriormente, definiu-se a seguinte questão de investigação: "Quais as intervenções do EEESMO no pós-parto que promovem uma transição para a parentalidade saudável?" Para dar resposta à questão, foram realizadas duas pesquisas na plataforma *EBSCO Host* entre 1 e 30 de março de 2019 e novamente entre 6 e 30 de maio de 2020, segundo *Joanna Briggs Institute* (2015), utilizando-se as bases de dados *Medline with Full Text*, *CINAHL Plus with Full Text* e *Cochrane Database of systematic reviews*. Após análise dos estudos elegíveis, comprova-se a importância do EEESMO na transição para a parentalidade e evidenciam-se algumas intervenções importantes apontadas pelos pais, as quais se procurou cruzar com as necessidades e interesses da população-alvo do local de EC.

Como modelo conceptual, foi escolhida a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Palavras-chave: Intervenções de enfermagem, promoção, parentalidade saudável, transição

ABSTRACT

This report aims to demonstrate the learning path as a student of Master Midwifery Course through a critical and reflective analysis of the activities carried out throughout the internships. In order to achieve the competencies defined for the internship, the following purpose was outlined: to develop competencies in the provision of specialized care to women/newborn/family, during the different stages of labor, puerperium and neonatal period.

Simultaneously to the objectives set with the aim of achieving the midwifery competencies defined by the Portuguese college of midwifery, a specific objective was elaborated corresponding to the student's theme of interest, “Postpartum Parenting Difficulties: Intervention of the Obstetrician Nurse in the Transition and Parenting” which is: to develop skills in midwifery interventions in promoting the transition to healthy parenting. In each of the objectives, an analysis was also included referring to Dublin descriptors which define competences to develop for the master´s degree attribution.

The transition to parenting is a phase of the family cycle in which the couple experiences many changes. Futhermore, in the postpartum period, the greatest difficulties arise, leading to the need to acquire new skills. (Gama, E., 2014). Based on the above aspects, the following research question was defined: “What postpartum midwifery interventions promote a transition to healthy parenting?” To answer the question, a survey was conducted on the EBSCO Host platform between March 1 and 30, 2019 and again between May 6 and 30, 2020, according to Joanna Briggs Institute (2015), using Medline with Full Text, CINAHL Plus with Full Text and Cochrane Database databases of systematic reviews. After analysis of the eligible studies, the importance of the midwife in the transition to parenting is proved and some important interventions pointed out by parents are evidenced, which sought to cross with the needs and interests of the target population of the internship place.

As a conceptual model, Afaf Meleis' Theory of Transitions was chosen.

Keywords: Nursing interventions, promotion, healthy parenting, transition

ÍNDICE

Pág.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

INTRODUÇÁO **11**

1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS **14**

2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRITICA DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM **17**

2.1. Objetivo específico nº1 – Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher a vivenciar processo de doença ginecológica **19**

2.2. Objetivo específico nº2 – Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher e conviventes significativos durante o período pré-natal **22**

2.3. Objetivo específico nº3 – Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à parturiente e conviventes significativos durante o trabalho de parto e parto **29**

2.4. Objetivo específico nº4 – Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à puérpera e conviventes significativos durante o período pós-parto assim como na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina **41**

2.5. Objetivo específico nº5 – Desenvolver competências a nível das intervenções do EEESMO na promoção da transição para a parentalidade saudável **46**

2.5.1. Enquadramento conceptual 46

2.5.1.1. Background 46

2.5.1.2. Questão de pesquisa 49

2.5.1.3. Critérios de inclusão/exclusão 49

2.5.2. Estratégia de pesquisa 49

2.5.3. Apresentação dos resultados 50

2.5.4. Atividades planeadas 51

2.5.5. Discussão dos resultados e conclusões 55

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS 61

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

APÊNDICE I – Folhetos desconfortos da gravidez

APÊNDICE II – Sessões do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

APÊNDICE III – Diagrama Prisma 2009 Adaptado

APÊNDICE IV – Características dos estudos elegíveis

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 – Teoria das Transições de Afaf Meleis: uma teoria de médio alcance 15

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da UC Estágio com Relatório, inserida no 9º CMESMO da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, procurando ser um instrumento de análise e reflexão relativa ao desenvolvimento de competências adquiridas em ensino clínico realizado nos diferentes contextos ao longo do curso, com especial enfoque no período que decorreu no contexto de bloco de partos e urgência obstétrica e ginecológica de um hospital central da região de Lisboa e Vale do Tejo, no período de 25 de fevereiro a 5 de julho de 2019 sob a orientação da Prof.ª Irene Soares. Esta especificidade deve-se ao facto de os restantes contextos terem sido analisados e discutidos em relatórios próprios aquando da respetiva avaliação.

O referido EC foi realizado maioritariamente no Bloco de Partos, tendo tido apenas 4 turnos no SUOG. Por forma a dar resposta ao projeto previamente delineado por opção da estudante foram ainda feitas algumas observações participantes em 2 formações de Preparação para o Nascimento e Parentalidade; a decisão de fazer esta incursão em dois lugares distintos recaíu no facto de serem realizadas com metodologias diferentes, sendo uma ministrada na instituição hospitalar onde o EC decorreu e a outra no ACES que articula com este hospital.

Desde o início do curso e ao longo dos diferentes contextos - que à data foram consideradas UC isoladas - a problemática em estudo “Dificuldades Parentais no Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Transição e Parentalidade” foi sempre tida em conta. No entanto no último EC teve uma implementação mais intensa e incisiva.

Aliada à minha preferência pessoal pela área da obstetrícia, a temática dos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade sempre me despertou bastante interesse enquanto profissional, pois considero ser uma área em que o enfermeiro tem um papel fulcral e bastante autónomo. Neste sentido, a linha orientadora para a temática a escolher estaria à partida definida, no entanto, pretendia desenvolver um projeto com alguma inovação, que trouxesse algo de novo, que viesse dar resposta às necessidades dos intervenientes.

A escolha pelo período do pós-parto surgiu principalmente de experiências pessoais e não profissionais, uma vez que não desempenhava funções na área da Obstetrícia. Ao ter contacto com pessoas que foram pais pela primeira vez, ou relatos acerca do nascimento do primeiro filho, pude constatar que muitas vezes não houve

o apoio necessário por parte das instituições de saúde, o que dificultou em alguns casos, a transição para a parentalidade. Pelo que pude verificar, as dificuldades eram ainda maiores em casais que não tinham realizado qualquer curso de preparação para o nascimento. Foi então deste modo que surgiu o interesse em contribuir para a melhoria da oferta formativa nesta área e, adquirir competências para no futuro desenvolver um módulo do curso no pós-parto, altura em que as pessoas se deparam com o bebé real e com todas as dificuldades que daí advém.

O relatório de estágio segue como linha orientadora a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a qual será abordada sumariamente.

Não obstante aos objetivos delineados pela equipa pedagógica para o EC, foram ainda elaborados 5 objetivos específicos, nos quais se enquadram as principais áreas de atuação do EEESMO, figura de referência para os casais desde o período pré-concecional, tendo as suas competências definidas na legislação. De acordo com o art. 4º, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011, Regulamento n.º 127/2011 (p.8664)[1]:

- "H1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional";
- "H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal";
- "H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade."

Tendo em conta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica referidas anteriormente, os Descritores de Dublin e, o tema do projeto de estágio, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral: Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de EEESMO no que concerne ao cuidado à mulher, recém-nascido e conviventes significativos durante o período pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal e em situação de doença ginecológica.

- **Objetivo específico nº1:** Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher a vivenciar processo de doença ginecológica;

[1] O Regulamento foi atualizado pelo Regulamento nº 391/2019 de 3/5/2019, no entanto, a citação mencionada está em concordância com o mesmo, tendo sido apenas utilizada pela sua especificação ser pertinente para o presente relatório.

- **Objetivo específico nº2:** Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher e conviventes significativos durante o período pré-natal;
- **Objetivo específico nº3:** Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à parturiente e conviventes significativos durante o trabalho de parto e parto;
- **Objetivo específico nº4:** Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à puérpera e conviventes significativos durante o período pós-parto assim como na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
- **Objetivo específico nº5:** Desenvolver competências a nível das intervenções do EEESMO na promoção da transição para a parentalidade saudável.

Por se tratar de um curso de mestrado, torna-se fulcral referenciar os descritores de Dublin, os quais definem as competências a desenvolver para a atribuição do grau de mestre, dos quais fazem parte o conhecimento e capacidade de compreensão, a aplicação de conhecimentos e compreensão, realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação e, competências de auto-aprendizagem. Deste modo, aliada à avaliação de cada objetivo serão explanados os descritores de Dublin que mais se evidenciaram no respetivo objetivo, uma vez que o desenvolvimento de cada um dos descritores é transversal a todos os objetivos.

Estruturalmente, o relatorio de estágio encontra-se dividido da seguinte forma: posteriormente à introdução, encontra-se um breve capítulo acerca da Teoria das Transições de Afaf Meleis, na qual se baseou a minha prática de cuidados; seguidamente apresenta-se a análise do percurso de aprendizagem e, por fim, as considerações finais e referências bibliográficas utilizadas.

1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

As transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes, sendo que a experiência de transição começa assim que um evento ou mudança é antecipado. Apesar de os indivíduos enfrentarem muitas mudanças ao longo da vida que desencadeiam processos internos, os enfermeiros presenciam essas transições quando estas se relacionam com a saúde, bem-estar e a capacidade dos utentes cuidarem de si mesmos. Além disso, os enfermeiros lidam ainda com os ambientes que facilitam ou dificultam as transições pessoais, comunitárias, familiares ou populacionais. (Meleis, 2010, p.11)

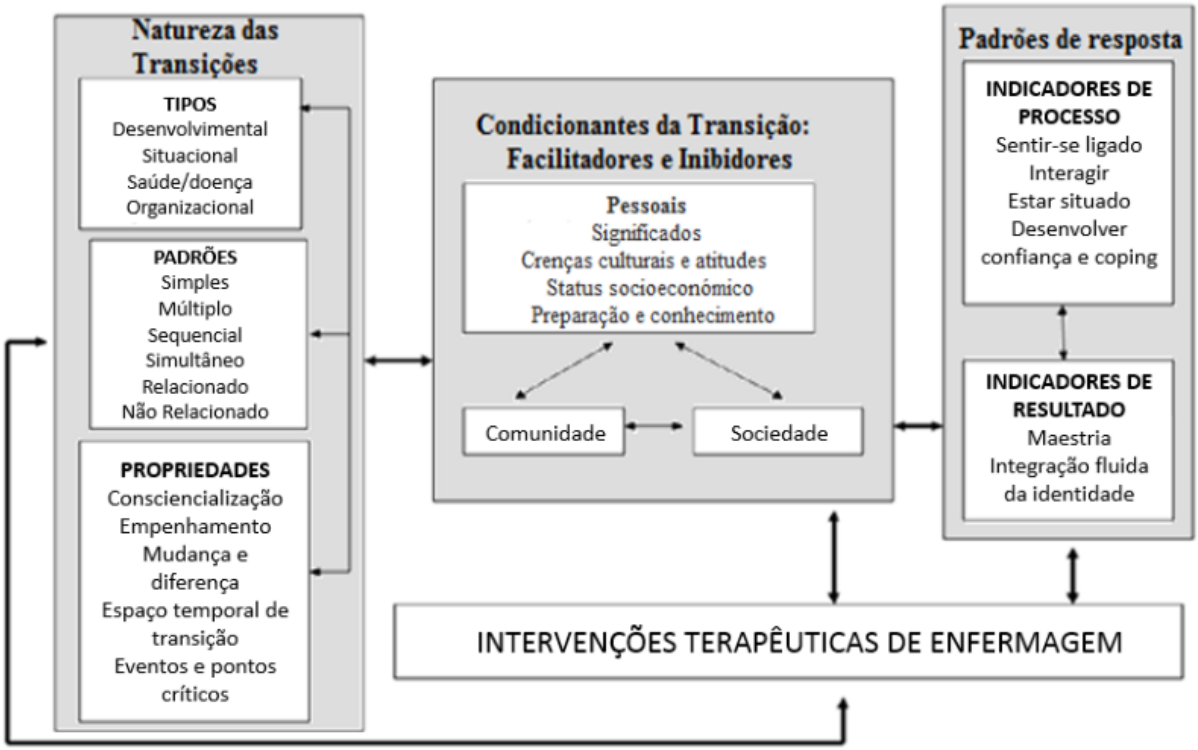
As alterações referentes aos aspetos de saúde e doença, criam processos de transição, sendo que os indivíduos envolvidos nesses mesmos processos, tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar a sua saúde e bem-estar. Por sua vez, a compreensão dos processos de transição possibilita uma melhor identificação dos riscos a que os indivíduos estão sujeitos (Meleis, 2010, p.52), e consequentemente um adequado levantamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Face ao que foi descrito anteriormente, torna-se evidente que o processo de maternidade/paternidade se enquadra num processo de transição, motivo pelo qual, a teoria das transições de Afaf Meleis foi a escolhida para sustentar o presente relatório.

Esta teoria, teve início em 1960 com o estudo do planeamento familiar e dos processos envolvidos com o tornar-se mãe/pai assim como o domínio dos papéis parentais. Seguidamente, Meleis procurou compreender as intervenções que podem facilitar o processo de transição. Surge então, em 1985, transição como um conceito de enfermagem, que se define como: “passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do self” (Guimarães, MSF; Silva, LR., 2016, p.1)

Como resultado de várias pesquisas relacionadas com diferentes experiências de transição (menopausa, diagnóstico de doença congénita no filho,...), surge o modelo explicativo para a Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance. (Figura 1).

Figura 1. Teoria das Transições de Afaf Meleis: uma teoria de médio alcance



Fonte: (Guimarães, MSF; Silva, LR., 2016, p.1)

A teoria é assim composta pela natureza das transições, condicionantes facilitadores e inibidores, padrões de resposta e, intervenções terapêuticas de enfermagem. No que concerne à **natureza**, podem ser do tipo desenvolvimental – relacionadas com alterações do ciclo vital; situacional – quando implica alterações de papéis; saúde/doença – quando há a passagem do estado de saúde para um estado de doença; e, organizacional – relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional. Quanto aos padrões, podem ser simples (quando se trata de uma única transição) ou múltiplas; sequenciais (se ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. Já nas suas propriedades, temos a consciencialização - relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição; o empenhamento; a mudança – que pode estar relacionada com eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas perceções, identidades, relações e rotinas; a diferença - consiste nas expectativas não atendidas ou divergentes; espaço temporal; e, eventos críticos ou pontos de viragem - associados com a consciência de mudança ou

diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição (como por exemplo, o nascimento). (Guimarães, MSF; Silva, LR., 2016, p.3)

Nos **condicionantes da transição pessoais**, incluem-se os significados (neutros, positivos ou negativos); crenças culturais e atitudes; o status sócio-económico - mais baixo implica maior vulnerabilidade a sintomas psicológicos e aspetos dificultadores da transição; a preparação e o conhecimento prévio - que facilita a experiência de transição. Os fatores inerentes à comunidade e sociedade, tal como a existência de apoio familiar e social, podem também surgir como dificultadores ou facilitadores. (Guimarães, MSF; Silva, LR., 2016, p.3)

Já os **padrões de resposta**, vão determinar se estamos perante uma transição saudável. Os indicadores de processo, permitem identificar se o indivíduo se encontra numa direção de saúde e bem-estar, através do sentir-se ligado - a redes apoio social, famíliar ou profissionais de saúde; o interagir; o estar situado - no tempo, espaço e relações; possibilita que a pessoa se desprenda de seu passado e enfrente novos desafios; e o desenvolver confiança e coping. Os indicadores de resultado: maestria – na aquisição de novas competências; e integração fluida de identidade - reformulação da identidade, fluida e dinâmica. (Guimarães, MSF; Silva, LR., 2016, p.4)

Para um processo de transição saudável, no âmbito da humanização da enfermagem, é essencial conhecer o indivíduo e a sua família, ao longo do seu ciclo vital, assim como as suas dificuldades e modo de adaptação a novas situações. “As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar.” (Guimarães, MSF; Silva, LR., 2016)

A Teoria das Transições de Afaf Meleis, vem também evidenciar o descrito anteriormente relativamente à importância do conhecimento dos processos de vida dos indivíduos a fim de alcançar uma transição saudável – as intervenções de enfermagem devem ser planeadas e executadas com base nos conhecimentos, dificuldades e capacidades de cada casal/família.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM

O hospital onde foi realizado o contexto de bloco de partos é um Hospital Perinatal Diferenciado da região de Lisboa e Vale do Tejo, cuja área de abrangência é a zona sul do país e ilhas, tendo capacidade de assistência multidisciplinar para as patologias associadas e/ou co-existentes na gravidez.

O departamento de Obstetrícia e Ginecologia dá resposta às necessidades dos utentes no âmbito da sua diferenciação em Obstetrícia, Ginecologia e Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida; estando ainda a instituição equipada com uma Unidade de Cuidados Intensivos para recém-nascidos de alto risco. Trata-se de uma instituição com a creditação de Hospital Amigo dos Bebés desde 2005, sendo a sua atuação direcionada neste sentido.

Quanto às unidades funcionais, fazem parte do departamento: consulta externa de obstetrícia, centro de diagnóstico pré-natal, urgência obstetríca e ginecológica, bloco de partos, unidade materno-fetal, internamento de ginecologia e o CIRMA.

Tendo em conta os aspetos referidos, surgem como principais objetivos:

- Promover a prestação de cuidados de saúde de qualidade;
- Garantir a acessibilidade da população alvo;
- Promover a humanização no parto;
- Promover o aleitamento materno;
- Prestar cuidados aos casais a vivenciar a problemática da infertilidade;
- Prestar cuidados especializados do âmbito ginecológico e oncoginecológico.

Uma vez que o EC foi desenvolvido no SUOG e BP, será apenas abordado mais especificamente este serviço. O SUOG e o BP são duas unidades funcionais com espaço físico independente mas de estreita articulação e dependência, sendo que toda a equipa de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais) é a mesma, trabalhando os enfermeiros e assistentes operacionais em rotatividade, a qual é previamente delineada pela enfermeira chefe aquando da realização do horário de trabalho.

A equipa é constituída por 31 EEESMO, 8 enfermeiros de cuidados gerais e 15 assistentes operacionais. Por turno, desempenham funções 7 enfermeiros sendo que 2 destes se encontram alocados ao SUOG (o número de EEESMO varia entre 4 e 7), 2 a 3 assistentes operacionais (1 no SUOG e 1 ou 2 no BP) e 5 médicos (com turnos

de 24h que circulam entre ambas as unidades). Além destes profissionais, o BP pode ainda contar com a colaboração de 1 anestesista (alocado a este serviço) e de pediatras/neonatologistas que são contactados sempre que se trate de partos distócicos ou que os enfermeiros considerem que o RN necessita de observação diferenciada.

O serviço presta cuidados a todas as utentes durante a gravidez, parto e puerpério de baixo, médio e alto risco, assim como em situações de urgência e emergência do foro obstétrico e ginecológico. Além da sala de dilatação (onde se encontram utentes em fase latente do TP, ITP e algumas situações de vigilância) e das 4 box individuais, o BP está ainda equipado com 2 salas operatórias onde se realizam cirurgias eletivas e de urgência do foro obstétrico, cirurgias de urgência do foro ginecológico (quando não existe tempo operatório no bloco central) e, uma sala de recobro anestésico onde se faz a vigilância pós-operatória dos casos descritos anteriormente ou, de utentes com patologia na gravidez e tratamento intensivo. Quanto ao SUOG, este dispõe de uma sala de triagem onde o EEESMO procede à mesma, uma sala para realização de CTG (equipada com 3 cardiotocógrafos), 2 gabinetes médicos, 2 salas de ecografia e, uma sala operatória onde são realizados procedimentos como aspiração e curetagem uterina, drenagem de bartholinite, drenagem de abcesso mamário ou outras pequenas intervenções que necessitem de anestesia geral. Em frente a esta sala, existe um quarto com 2 camas, denominado de SO, que funciona como recobro (habitualmente as utentes permanecem aqui 2h em vigilância e posteriormente têm alta clínica ou são transferidas para internamento) ou para internamento de casos de IMG, IVG e situações que necessitem de alguma vigilância do foro obstétrico ou ginecológico.

No que concerne à referenciação, as utentes podem dirigir-se ao SUOG por sua iniciativa, encaminhadas do centro de saúde ou da consulta externa; para o BP são transferidas utentes provenientes do SUOG e do serviço de medicina materno-fetal (podendo ainda ocorrer alguma transferência da unidade de cuidados intensivos ou intermédios).

O EC Estágio com Relatório foi desenvolvido maioritariamente no BP, sendo que na fase final do mesmo foram realizados alguns turnos no SUOG.

Transversalmente, foi realizada pesquisa bibliográfica ao longo do EC assim como mobilização de conhecimentos, principalmente os que foram adquiridos em contextos

anteriores. Foi ainda feita consulta de normas de procedimentos e protocolos existentes no serviço por forma a atuar em consonância com os mesmo. Todas as intervenções realizadas, foram registadas em formato papel no processo da utente e/ou registo informático através do programa SClínico.

Para dar resposta ao objetivo geral, foram delineados 5 objetivos específicos explanados anteriormente e que se apresentam de seguida para reflexão crítica.

2.1. Objetivo específico nº 1

Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher a vivenciar processo de doença ginecológica.

Este objetivo recai sobre os cuidados prestados à mulher e família a vivenciar processo de doença ginecológica que recorreu ao SUOG e à consulta externa de ginecologia.

As utentes do foro ginecológico atendidas neste serviço de urgência chegam por sua iniciativa ou encaminhadas pelo médico de família. À chegada, efetuam ficha no secretariado, ficando a sua inscrição inserida em ALERT (sistema informático do SUOG). De seguida, o EEESMO faz a chamada para a triagem, realizando a mesma de acordo com a Triagem de Manchester, a qual pressupõe a aquisição de uma pulseira de cor azul, verde, amarela, laranja ou vermelha, consoante o grau de gravidade da situação de cada utente.

A triagem num SUOG deverá ser efetuada por um EEESMO, tal como evidenciado no documento elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da OE, denominado “Triagem Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia por Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica”. À semelhança do que acontece no serviço em que desempenho funções, não existe um número de EEESMO que permita que tal seja sempre realizado desta forma, sendo que na maioria dos casos se encontra alocado ao SUOG um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais. Foi neste sentido, que não houve necessidade de existir um período de integração no serviço de urgência,

tendo começado de imediato a prestar cuidados e a realizar triagens. Não senti grande dificuldade a nível da atribuição de gravidade, tendo necessitado apenas de apoio esporádico quanto à escolha entre 2 cores. Este aspeto recaíu essencialmente sobre o facto de a Triagem de Manchester não ser totalmente adequada para a área da Ginecologia e Obstetrícia, o que poderá por vezes suscitar algumas dúvidas.

Por forma a sentir mais segurança, suprimir dificuldades e ter a certeza de que fazia uma correta avaliação da situação, além da pesquisa bibliográfica acerca da área de atuação, prestei especial atenção ao documento referido anteriormente. Segundo o mesmo, a MCEESMO disponibiliza-o para que a triagem seja realizada pelo EEESMO em SUOG por forma a garantir:

"- o atendimento com identificação adequada do nível de risco das utentes, e respetiva intervenção assistencial / terapêutica em tempo útil pelo EESMO;

- os encaminhamentos existentes para uma das valências de obstetrícia/ginecologia (alta/internamento ou transferência), tendo em atenção o Regulamento 127/2011 das competências específicas do EESMO." (Torgal, A., et al, 2017, p.2)

Mais uma vez se torna evidente a importância de termos presente as competências do EEESMO, que na competência "6 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica" refere a responsabilidade pela promoção da saúde ginecológica da mulher, o diagnóstico precoce, prevenção de complicações e cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama. (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13564-13565)

A prática de cuidados desenvolvida previamente durante o contexto de ginecologia deste EC, foi também um fator importante no meu desempenho no SUOG, por ter sido o momento em que aprofundei conhecimentos teórico-práticos relativamente à anatomo-patologia e refleti acerca das competências específicas do EEESMO num serviço de ginecologia. Pelo facto de não existirem EEESMO nesse serviço além da enfermeira chefe, foi-me proposta a realização de um documento que explanasse a intervenção de um enfermeiro de cuidados gerais e de um enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia numa consulta de ginecologia, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. Além da excelente colaboração na minha aprendizagem por parte dos enfermeiros de cuidados gerais, quer na partilha de conhecimentos quer no apoio a intervenções por mim realizadas, a equipa médica teve também um papel preponderante. Para tal, contribuiu o facto de vários clínicos me conhecerem profissionalmente e saberem da minha frequência no curso, sendo

que ainda antes de as utentes entrarem para a consulta, me explicavam todo o caso, o plano terapêutico e facilitavam que efetuasse intervenções de EEESMO que habitualmente são executadas por médicos, tais como observação ginecológica, citologia e colocação de Dispositivo Intrauterino. Igualmente relevante, foi o aprofundamento de conhecimentos aquando da observação das técnicas de ginecologia, uma vez que as utentes com complicações após, recorrem ao SUOG. A minha passagem pelas técnicas fomentou em mim uma maior capacidade de avaliação das utentes de acordo com o que era ou não um desvio à normalidade. Outra área que me marcou bastante foi a consulta de Senologia não só pela especificidade como pela humanização e cuidados prestados pelo médico que a executa, o qual teve também bastante empenho na minha aprendizagem tendo-me explicado não só todos os casos como demonstrado a forma correta de avaliação da mama (incluindo o autoexame da mama) e de ecografias. Pela autonomia que me foi dada durante estas consultas, pude realizar uma correta avaliação mamária de 1 utente que recorreu ao SUOG com antecedentes de neoplasia da mama e com queixas de dor. Recentemente, a unidade de Senologia deixou de pertencer à Ginecologia, sendo agora parte integrante do serviço de cirurgia, devendo as utentes ser encaminhadas para a Urgência Geral. Deste modo, foi uma oportunidade fulcral no meu desenvolvimento.

Quanto às 5 utentes a que prestei cuidados no SUOG, as suas queixas recaíam sobre infeções vaginais, metrorragias, infeções do trato urinário e doença inflamatória pélvica.

Avaliação: Considero que atingi o objetivo delineado, uma vez agi de forma empática; apresentei-me às utentes; procedi de forma adequada à avaliação do risco das mesmas através de uma completa anamnese, avaliação de sinais vitais e observação física. Nas utentes que recorreram por metrorragias, além de questionar quando se iniciou o quadro, se já foi observada e/ou medicada anteriormente, a quantidade de perda hemática desde o inicio do quadro, tive ainda o cuidado de registar a que horas a utente colocou o penso e verificar a quantidade no momento, por forma a identificar o tipo de vigilância. Em utentes com queixas urinárias, solicitei uma amostra de urina para realizar um teste rápido (entregando o resultado à utente para que esta o mostrasse ao clínico).

Tive especial atenção às necessidades de transmissão de informação, tais como relativas a métodos contracetivos e palpação mamária.

Colaborei ainda nas intervenções interdependentes, tais como: administração de medicação oral, endovenosa, intramuscular; colheitas de sangue e realização de pensos pós-operatórios.

Durante a prestação de cuidados, consegui mobilizar adequadamente os conhecimentos adquiridos anteriormente. Todas as intervenções, foram ainda registadas em local próprio de forma clara e completa.

No que respeita às competências do grau de mestre definidas pelos Descritores de Dublin, considero que tive capacidade de realizar a tomada de decisões e aplicar os conhecimentos e compreensão, uma vez que efetuei a análise das situações, mobilizando os conhecimentos adquiridos durante a prática profissional e percurso académico. Da mesma forma, demonstrei competências de auto-aprendizagem ao ter conhecimento dos documentos que necessitava analisar por forma a dar resposta às situações vivenciadas.

2.2. Objetivo específico nº 2

Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher e conviventes significativos durante o período pré-natal.

Neste objetivo incluem-se as atividades realizadas em contexto de Bloco e Partos/SUOG, CSP e internamento de medicina materno-fetal.

No que concerne aos CSP, foram prestados cuidados a nível da consulta de vigilância da gravidez de baixo risco, desenvolvido um folheto relativo aos desconfortos da gravidez para cada trimestre (Apêndice I), não só por ser uma das necessidades da instituição, como pela “evidência de que a entrega de folhetos informativos aumenta o conhecimento das grávidas/casais”. (DGS, 2015, p.42) e, observações participantes em Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade, tendo inclusivamente planeado e ministrado 3 sessões totalmente elaboradas por mim (Apêndice II).

Quanto ao serviço de medicina materno-fetal, foi neste contexto que adquiri conhecimentos e desenvolvi competências no cuidado à gravida em situação de risco e em ITP. O facto de serem diversas as patologias existentes no serviço e, ficar responsável por grávidas com diagnósticos diferentes, obrigou a um grande esforço da minha parte para o aprofundamento de conhecimentos, o que foi determinante para o contexto de Bloco de Partos/SUOG, uma vez que são estas utentes que recorrem ao SUOG e que poderão eventualmente ficar internadas no BP, o que significa contato com as mesmas nestas duas áreas de intervenção.

Relativamente ao BP/SUOG e ao desenvolvimento deste objetivo, o mesmo diz apenas respeito às utentes do SUOG pois no BP apenas prestei cuidados a utentes em fase ativa do TP. Esta decisão recaíu sobre a necessidade de cumprir objetivos em termos de números no que concerne aos cuidados prestados e, ao facto de ter tido parte do EC referente a grávidas de risco em que o meu aproveitamento demonstrou que tinha alcançado as competências inerentes ao mesmo.

Assim, no âmbito do SUOG, pude acompanhar 20 grávidas no período pré-natal com patologia associada e/ou complicação da gravidez. À semelhança do que acontece com as utentes com afeções do foro ginecológico, as grávidas iniciam o seu contacto com o SUOG ao fazerem a inscrição no secretariado, sendo posteriormente triadas pelo EEESMO que aqui se encontra. A triagem é igualmente realizada pela Triagem de Manchester que confere a cor do risco de acordo com a avaliação do enfermeiro.

Os principais motivos de ida à urgência prendem-se com contratilidade (regular e irregular), suspeita de RPM, algias pélvicas, perda hemática, diminuição da perceção dos movimentos fetais, aumento dos valores de TA e queixas urinárias.

Ao receber as utentes, tive sempre o cuidado de me identificar e adequar a forma de estar e falar de acordo com a utente/acompanhante. A área de abrangência do hospital, engloba uma grande multiculturalidade sendo necessária alguma adaptação no atendimento por parte dos profissionais. Maioritariamente trata-se de mulheres provenientes do Brasil, África e países muçulmanos, o que impõe o desenvolvimento da competência cultural, a qual é definida por Lowdermilk (2008) como a “consciência, aceitação e conhecimento das diferenças culturais e adaptação dos serviços no reconhecimento e apoio à cultura da família da utente”. (p.22)

Aquando das triagens procurei sempre elaborar uma correta anamnese por forma a identificar adequadamente a gravidade da situação da utente assim como

possíveis patologias/complicações inerentes à sintomatologia referida; verificar se o BSG estava preenchido (com especial atenção aos resultados das serologias, tipagem AB0 e fator Rh D e, rastreios ecográficos), que informações constavam do mesmo e, acrescentar informação que não estivesse registada (tal como resultados analíticos e pesquisa de Estreptococo β hemolítico do grupo B); e, avaliar os sinais vitais.

De acordo com as queixas apresentadas, foram realizadas intervenções específicas e autónomas, as quais se apresentam de seguida:

❖ Grávida de termo com contratilidade:

Em grávidas que referiram dor muito intensa e em que foi percecionado um intervalo entre contrações inferior a 5 minutos, efetuei o toque vaginal por forma a perceber se se encontravam em fase ativa do TP. Nestes casos, realizei a ABCF, procedei à transferência da mesma informaticamente (para o BP) e posteriormente realizei o internamento e início da admissão – o que compreende o preenchimento de forma completa da avaliação inicial, orientação da grávida para a mudança de vestuário e entrega dos pertences/realização de espólio, explicação dos procedimentos iniciais da entrada no BP e, a possibilidade de permanência do(a) acompanhante.

Em grávidas que na triagem referiram contratilidade irregular e apresentavam controlo da dor, não foi realizado toque vaginal, uma vez que o médico o iria fazer aquando da sua observação. Tal como refere Nené, M. et al (2016), “é fundamental a consciência de que qualquer intervenção tem sempre efeitos além daquele que é pretendido, sendo imperioso que a mesma seja efetuada apenas por um motivo que a justifique (...)”. (p.378) Não se encontrando em fase ativa do TP, foram monitorizadas no CTG para avaliação de bem-estar fetal, após realizar as manobras de Leopold para identificar a apresentação, a descida na pélvis materna, a posição e atitude fetal. Quando após observação médica foi dada indicação para deambulação com previsão de internamento, foi também sugerida a hidroterapia como técnica não farmacológica de alívio da dor (habitualmente após administração de analgesia prescrita); em grávidas que tiveram alta mantendo contratilidade, foi sugerido o duche com água morna no domicílio e tentar descansar, devendo regressar caso a dor agravasse e/ou a contratilidade fosse regular de 5/5minutos.

❖ Grávida pré-termo com contratilidade:

Foi questionada a existência de queixas urinárias e, em caso afirmativo ou suspeita de infeção do trato urinário realizado teste reagente de análise de urina, uma

vez que “as infeções urinárias durante a gravidez são relativamente benignas, mas podem constituir uma complicação potencialmente grave, associada a taxas de morbilidade e mortalidade materna e perinatal significativas (...)” sendo o parto pré-termo outra das complicações obstétricas mais frequentes. (Nené, M. et al, 2016, p.206)

Se IG entre as 24 e 28 semanas, foi realizado ABCF e tocograma para identificar a presença de contratilidade; se IG superior a 28 semanas, foi realizado CTG. Em qualquer dos casos, foi feita uma estreita vigilância do tocograma ou CTG e informando o médico do registo de contratilidade, da sua intensidade e regularidade, sempre que se justificou.

❖ Grávida com aumento dos valores de TA:

Questionada a utente sobre antecedentes pessoais de HTA e toma de medicação (pois por vezes as utentes negam antecedentes pessoais mas referem medicação habitual) para identificar a sua possível tipologia, tendo também em conta a IG. Segundo Graça (2010), “sempre que uma mulher medicada com fármacos anti-hipertensores engravida, considera-se existir HTA crónica (...) associada à gravidez. Este diagnóstico é usualmente baseado, quer numa história de HTA anterior à gravidez, quer na presença de HTA antes da 20ª semana de gestação”. (p.525)

Procurei também conhecer a presença de sinais e sintomas de pré-eclâmpsia: cefaleias, escotomas, epigastralgias e edemas, tendo realizado teste reagente de análise de urina para pesquisa de proteinúria; seguidamente foi efetuada tira de TA, que consiste em avaliações de 3/3 minutos, durante cerca de 20 minutos por forma a verificar se apresentavam valores de pressão arterial sistólica ≥ 140mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 90mmHg. Ambos os resultados (teste urina e avaliações de TA) foram entregues à utente para serem observados pelo clínico.

❖ Grávida com perda hemática:

Por forma a realizar uma correta avaliação da perda hemática, foi questionado quando se iniciou, quais as características (cor e quantidade), se tinha penso colocado e há quanto tempo assim como feita a observação do mesmo. De acordo com a IG, foi feita ABCF ou CTG. Em caso de perda ativa, foi contactada a equipa médica.

Outro aspeto importante, foi a verificação do grupo sanguíneo e fator Rh D, pois a “incompatibilidade do sistema Rh, entre mãe e feto, é responsável por 95% dos casos” de doença hemolítica perinatal, devendo ser administrada imunoglobulina anti-D em mulheres Rh- com aborto após as 6 semanas de gestação, gravidez ectópica,

gravidez molar, ameaça de aborto com metrorragia após as 12 semanas e hemorragia da 2ª metade da gravidez. (DGS, 2007, p.1-2)

❖ Grávida com diminuição da perceção dos movimentos fetais:

Procurei saber quando percecionou movimentos fetais pela última vez, qual o período do dia em que deteta mais movimento fetais e se ingeriu açúcar ou sal. Seguidamente, procedi à ABCF. Como não havia alterações de FCF, se IG que permite CTG este foi realizado.

Durante o EC, as grávidas que recorreram ao SUOG por este motivo, foi sempre possível a ABCF, sendo que quando foi realizado CTG, a grávida percecionou movimento fetais após a ingestão de rebuçado e/ou soro fisiológico oral.

❖ Grávida com suspeita de RPM:

O diagnóstico de RPM é fulcral para uma correta conduta, até porque se desconhece se o caracter infecioso é causa ou consequência da mesma. (Graça, 2010, p.446) Neste sentido, foi questionada a utente sobre o momento em que ocorreu a perda, as características do líquido (cor, consistência, odor e quantidade); verificado o BSG para identificar o resultado da pesquisa de Estreptococo β hemolítico do grupo B e, avaliada a temperatura corporal.

Avaliação: Considero que o objetivo foi alcançado na sua totalidade, tendo tido por base que "a finalidade dos cuidados no período pré-natal é identificar a existência de fatores de risco e outros desvios do normal para que a gravidez termine com êxito." (Lowdermilk, 2008, p.253)

Efetuei a mobilização de conhecimentos adquiridos anteriormente por forma a identificar possíveis complicações e atuar em consonância com as mesmas. O facto de trabalhar num SUOG facilitou imenso o desenvolvimento deste objetivo, uma vez que durante a minha prática profissional já tentava mobilizar os conhecimentos apreendidos e passíveis de ser realizados por enfermeiro de cuidados gerais.

Denotei uma especial evolução no que diz respeito aos toques vaginais, sendo que existe uma diferença substancial em grávidas em fase ativa do TP comparativamente à fase latente. O facto de terem sido realizados os turnos do SUOG no final do EC foi também benéfico neste sentido, pois permitiu uma menor dificuldade, sendo que inclusivamente consegui compreender o que inicialmente teria sido uma avaliação incorreta perante determinada utente. Sempre que tive alguma dificuldade

em avaliar uma grávida, solicitei apoio da orientadora clínica, assim como perante situações que pudessem sugerir um maior risco para a utente/feto.

Soube identificar as situações que exigiam uma intervenção médica mais precoce, assim como efetuar uma correta interpretação dos CTG e da necessidade de intervenção, como por exemplo mudança de decúbito, administração de soro fisiológico oral ou açúcar.

Em todas as intervenções, tive o cuidado de explicar à grávida e respetivo convivente significativo, os procedimentos e a sua justificação, tais como a colocação de soroterapia e colheita de análises em grávidas com APPT, a importância de internamento perante uma confirmação de RPM ou a administração de determinado fármaco, sendo que muitos destes aspetos foram abordados ainda durante a triagem.

À semelhança do objetivo anterior, procedi à administração de terapêutica, colheitas de sangue e realizei internamentos de grávidas quer para o BP, que para a unidade materno-fetal.

Outro aspeto relevante, foi a visita ao CIRMA, a qual solicitei pois ao longo do curso não tive oportunidades a nível do campo da infertilidade e, são várias as utentes que chegam ao serviço provenientes de tratamentos efetuados no CIRMA. Deste modo, pude realizar 1 turno no centro, onde me foi mostrado o funcionamento do mesmo, tive possibilidade de assistir a 2 punções ováricas e assistir a 2 consultas de enfermagem. É de facto um trabalho bastante importante, pois lida com problemas de saúde que obrigam à realização de tratamentos os quais são maioritariamente hormonais, por via intramuscular e realizados no domicílio pelo casal antes de serem submetidos a procedimentos mais invasivos, o que leva a uma grande carga emocional. O EEESMO tem também definido nas suas competências o cuidado ao casal com infertilidade, na unidade de competência “1.3 – providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infecções sexualmente transmissíveis”, demonstrando a importância das suas intervenções e apoio emocional ao referir que o EEESMO “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro” e “concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e/ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos”. (Regulamento nº 391/2019)

Todas as intervenções referidas anteriormente vão ao encontro do preconizado pelo ICM (2011) que refere que “as parteiras prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a deteção precoce e tratamento ou referenciação de certas complicações.” (p.8). No mesmo sentido, em todas as situações procurei identificar necessidades de realização de educação para a saúde, a qual é também uma das competências do EEESMO referida pelo ICM (2011) ao ressalvar que “ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva” (p.6)

Quanto ao processo de transição, as utentes admitidas neste contexto, experienciavam uma transição do tipo desenvolvimental, por implicar uma alteração a nível do ciclo vital pela presença da gravidez; com padrão de multiplicidade e complexidade por não serem autónomas uma vez que após o parto a mulher estará perante um tipo de transição diferente da que apresenta neste momento. Nessa fase poderá falar-se numa alteração de papéis, a qual ainda não é tão vivenciada no período pré-natal. Todas as utentes demonstraram propriedades de consciencialização, o que foi notório através da aceitação da gravidez, do empenho em hábitos saudáveis e seguros para si e para o feto, assim como pelo interesse na educação para a saúde fornecida pelos profissionais. Relativamente aos condicionantes da transição, os pessoais basearam-se em positivos e negativos, sendo os negativos representados por experiências prévias (tais como situações de aborto e experiências traumáticas de TP e parto); a preparação e conhecimento, mostraram-se como facilitadores, o que foi visível em casais que realizaram cursos de preparação para o nascimento e parentalidade, casais que colocam mais questões relativamente à sua situação e que procuram dismistificar medos. Neste sentido, identificaram-se utentes que interagiam entre si trocando experiências, com os profissonais exprimindo os seus sentimentos, desenvolvendo confiança e coping que se manifestaram pelo domínio de novas competências (maestria). Concluindo, as utentes a quem prestei cuidados no SUOG durante o período pré-natal, encontravam-se a vivenciar um processo de transição saudável.

Quanto às competências do grau de mestre, considero que além das que foram atingidas no objetivo anterior, foram ainda desenvolvidas competências de comunicação sendo estas as que mais se evidenciaram, pela capacidade de

comunicar os raciocínios e conclusões relativas a situações novas, mobilizando os conhecimentos adquiridos anteriormente.

2.3. Objetivo específico nº 3

Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à parturiente e conviventes significativos durante o trabalho de parto e parto.

O presente objetivo diz respeito aos cuidados prestados às utentes internadas no BP, que como foi explanado anteriormente, se encontravam em fase ativa do TP. As intervenções realizadas, tiveram por base os conhecimentos adquiridos ao longo do presente curso, a pesquisa bibliográfica e as normas de procedimento e protocolos existentes no serviço.

Contrariamente ao ocorrido no SUOG, nos primeiros dias de EC no BP estive em período de integração, tendo tido um papel mais observador por forma a inteirar-me das principais necessidades das parturientes e familiar significativo, das minhas necessidades de aquisição de conhecimentos e de acompanhamento por parte da orientadora clínica, assim como consulta das normas de procedimentos e protocolos do serviço em causa. Considero que durante este período do EC a procura de conhecimentos baseada em pesquisa bibliográfica e em discussão de situações clínicas foi muito mais exigente da minha parte, uma vez que muitas das intervenções aqui realizadas já tinham sido praticadas anteriormente mas em contexto diferente, tendo sentido mais necessidade de confirmação e de negociação relativamente aos procedimentos a realizar, junto da orientadora clínica. Ao longo do EC, manteve-se a pesquisa bibliográfica e a “discussão de casos” junto da equipa, no entanto com uma autonomia, capacidade de deteção de problemas e propostas de resolução mais eficaz do que inicialmente.

Assim, com o presente objetivo pretende-se fazer uma análise das intervenções realizadas a nível dos 4 estádios do TP.

1º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

O 1º estádio do TP identifica-se pelo início das contrações e prolonga-se até à dilatação completa do colo uterino. Divide-se em 2 fases: latente (desde o início da contratilidade regular até aos 4cm de dilatação cervical) e ativa (dos 4 cm de dilatação cervical com extinção/apagamento praticamente total do colo até à dilatação completa). (DGS, 2015, p.1)

A prestação de cuidados a este nível foi realizada a 68 utentes (e respetivo convivente significativo) e, compreendeu intervenções associadas quer à vigilância da parturiente, promoção de bem-estar do casal e feto, quer à atuação perante situações específicas do TP.

Após distribuição das utentes pelos EEESMO, ao saber que utente me estava atribuída tive como primeiro cuidado a consulta do processo da grávida (e respetivo BSG), por foma a ter conhecimento da existência de plano de parto e, em caso afirmativo discuti-lo com o casal, procurando que as minhas ações fossem ao encontro do mesmo, no entanto, nenhum dos casais a que prestei cuidados detinha plano de parto; confirmar se as serologias estão atualizadas e negativas ou se é necessário alguma colheita; por forma a conhecer atempadamente os cuidados a prestar ao RN (tais como a administração de imunoglobulina humana anti-hepatite B por mães com AgHBs positivo); consultar o relatório da última ecografia para igualmente antever necessidades do RN e, observar o partograma para compreender a evolução do TP.

De seguida, desloquei-me para junto do casal, apresentei-me como estudante do CPLEESMO[2] e expliquei que estaria acompanhada pela orientadora do EC sendo que ambas estaríamos disponíveis para os acompanhar durante esta fase. Procurei conhecer as suas necessidades, medos e ansiedades em primeiro lugar, com o intuito de fomentar a confiança no profissional de saúde e de garantir que estariam mais disponíveis para colaborar nos cuidados se estivessem menos ansiosos/receosos. “A forma como o enfermeiro comunica com a mulher durante o primeiro contato, pode determinar a vivência de uma experiencia de nascimento positiva. Uma atitude preocupada por parte do enfermeiro encoraja a mulher a verbalizar questões e preocupações” (Lowdermilk, 2008, p.415).

[2] O presente relatório é elaborado numa perspetiva de Mestrado, no entanto o EC foi desenvolvido no âmbito de CPLEEMO pelo que ao longo do trabalho serão referidas ambas as siglas

Após esta primeira abordagem, realizei a avaliação de sinais vitais, com vigilância e monitorização da dor. Em grávidas que não tinham analgesia loco-regional, tentei conhecer os desejos da parturiente no que concerne ao controlo da dor; desmistificar mitos relativos à analgesia loco-regional; explicar as opções de alívio da dor para além da analgesia loco-regional - analgesia inalatória, endovenosa e técnicas não farmacológicas e, capacitar a parturiente/casal para estratégias de alívio da dor, não farmacológicas, tais como a hidroterapia, uso da boa de pilates, deambulação, adoção de posições verticalizadas, procura de posicionamento que lhe dê maior conforto e que nos permita avaliar o bem-estar materno-fetal. Em utentes que já tinham feito analgesia loco-regional, foi feito o controlo da dor através do VAS e, questionada a parturiente sobre a sua necessidade de analgesia. Em caso afirmativo, foram realizadas repicagens de acordo com a intensidade da dor da parturiente, tendo em conta a prescrição existente, a localização da dor e a dilatação do colo uterino. A avaliação de sinais vitais foi efetuada durante e após a administração, uma vez que um dos principais efeitos é a hipotensão, a qual também poderá ter repercurssões a nível fetal.

Quando a utente solicitou analgesia loco-regional e, tendo indicação para tal, contactei o médico anestesista afeto ao BP e entreguei o consentimento informado para realização da técnica, por forma a que a utente pudesse ler até à chegada do anestesista, poupando assim tempo e diminuindo a ansiedade do casal, referindo que poderia esclarecer quaisquer dúvidas com o anestesista (apesar de não ser um ato de enfermagem, no serviço são os enfermeiros que entregam o consentimento informado às utentes pois diminui de facto a sua ansiedade até ao início do procedimento, uma vez que sentem que “algo está a ser feito” para o seu alívio de dor). Seguidamente, iniciei a soroterapia (LR), prepararei o material para a realização da técnica, expliquei à utente os diferentes posicionamentos (decúbito lateral ou sentada – dependendo da preferência do anestesista), avaliei os sinais vitais e expliquei que seriam feitas algumas avaliações de TA durante e após a administração da terapêutica, pelo risco de hipotensão associado. Perante um CTG tranquilizador, o mesmo foi desligado aquando do posicionamento da utente, sendo que na única situação em que era necessária uma monitorização mais apertada, o mesmo manteve-se ligado. Após o posicionamento da parturiente, dei apoio ao anestesista durante a técnica e, no final do procedimento, re-iniciei o CTG. Houve apenas 1 utente com intercorrência, que se prendeu com a punção da dura, pelo que se manteve

avaliação de sinais vitais, soroterapia, vigilância de cefaleias e, confirmação de que a utente ficou esclarecida quanto à situação (incluíndo impossibilidade de levante) ou se seria necessário novo contacto com o anestesista.

No BP, todas as utentes se encontram com monitorização cardiotocográfica contínua, sendo esta uma vigilância fulcral, uma vez que nos dá indicação quanto ao bem-estar fetal, existindo atitudes muito específicas de acordo com a interpretação dos mesmos. Ao longo do EC no BP, as minhas dificuldades quanto à interpretação de CTG, recaíram sobre questões muito específicas, demonstrando conhecimento sobre o modo de atuação relativamente aos CTG que foram analisados. Assim, em situações em que se verificou variabilidade reduzida, quando possível, foi oferecido sumo ou chá açucarado. Quando não foi possível ou não reverteu, foi administrado rebuçado/ soro fisiológico via oral/ iniciado soro dextrosado via endovenosa e avaliado o CTG perante alternância de decúbitos, já que por vezes a posição é a causa a resolver. Perante desacelerações tardias ou variáveis de rápida recuperação, mantidas ao longo do CTG, foi informada a equipa médica; quando foram repetidas e de lenta recuperação ou que se suspeitou de perda de sinal ou sinal materno, foi colocada a hipótese de monitorização interna, a qual foi realizada a 3 utentes. Nestes casos foi igualmente informada a equipa médica, no entanto, o EEESMO tem autonomia para realizar esta técnica quando considere necessário. Após a colocação, identificou-se, nas 3 situações, CTG tranquilizador.

Durante o EC ocorreram 3 situações de desaceleração de lenta recuperação, sendo que a minha prestação foi muito diferente; não pela ausência de conhecimentos mas sim pela falta de confiança e receio de atuar sem confirmação de EEESMO, pelo que pedi ajuda e fiquei a dar apoio. Na última situação presenciada, já sentia muito mais confiança e autonomia, pelo que agi de imediato e em simultâneo solicitei presença da enfermeira orientadora. Foi muito gatificante enquanto estudante, pois senti que tinha adquirido mais competências e segurança relativamente ao meu desempenho, o que foi corroborado pelo facto de a EEESMO não ter tido necessidade de grande intervenção. Em todos os casos foi administrado O_2, colocada soroterapia em curso, administradas 3 inalações de Salbutamol (de acordo com o protocolo institucional) e alternância de decúbitos dando particular importância à posição de Gaskin. Após estas intervenções, verificou-se melhoria do CTG.

Na presença de qualquer um dos aspetos referidos anteriormente, quando existia uma PO em curso, a mesma foi reduzida ou suspensa (de acordo com a gravidade da situação)

No que concerne à avaliação do trabalho de parto, o mesmo foi realizado apenas quando necessário, tendo sido combinado com a utente que o toque vaginal seria efetuado quando sentisse dor mais intensa, sensação de pressão ou a seu pedido. De qualquer das formas, sempre que procedi à observação da utente, pedi o seu consentimento previamente e, em caso de dúvida, solicitei a confirmação junto da enfermeira orientadora, explicando à utente a sua necessidade, sendo que todas as parturientes consentiram sem demonstrar qualquer desconforto.

Uma das situações recorrentes é a RPM, a qual também deve ser cuidadosamente monitorizada, tendo sido as intervenções subjacentes: vigilância da temperatura corporal, pelo risco acrescido de infeção; cumprimento do protocolo de bolsa rota (avaliação analítica às 18h de RPM se não houver sinais indicativos de infeção previamente); vigilância das características do líquido amniótico; informar a equipa médica quando surgiu alguma alteração, nomeadaente febre e alteração das características do líquido amniótico (neste caso da cor, quando se verificou a passagem de líquido claro a líquido tinto de mecónio).

Ao longo do EC, pude também realizar 2 amnioinfusões, procedimento através do "qual se aumenta transitoriamente o volume amniótico, instilando soro fisiológico na cavidade amniótica" (GRAÇA, 2010, p. 301), que tiveram como motivo a identificação de alterações no padrão da FCF.

Houve ainda 5 situações em que foi necessário realizar amniotomia, as quais tiveram como motivo o padrão anormal da FCF, a necessidade de monitorização interna (como referido anteriormente) e bolsa amniótica a prolapsar para dentro da vagina, impedindo a descida da apresentação. Segundo Nené, M., et al (2016), as indicações para realizar amniotomia são: traçado cardíaco fetal com padrões anormais da frequência cardíaca; colocação de elétrodo de escalpe interno; induzir o trabalho de parto; progressão do trabalho de parto ou quando a bolsa amniótica prolapsa para dentro da vagina, não permitindo a evolução do trabalho de parto e impedindo a descida da apresentação". (p.309)

Depois de identificada a necessidade da técnica, esta foi explicada ao casal assim como todo o procedimento; seguidamente foi preparado o material. Com o apoio da EEESMO, foi realizada a técnica: calçar as luvas esterilizadas e efetuar a

observação ginecológica identificando a apresentação fixa na pélvis pressionando o colo uterino e, com a pinça de amniotomia, efetuar a rutura afastada da apresentação, tendo atenção às características do líquido. Quando se verificou líquido tinto de mecónio, foi infomada a equipa médica.

Outro ponto importante a nível de fator infeccioso, é o resultado da pesquisa de Estreptococo β hemolítico do grupo B positivo. Sempre que este verificou, tal como na RPM, foi feita uma maior vigilância da temperatura corporal e cumprido o protocolo institucional que preconiza a administração de antibioterapia a partir do momento em que a utente está em fase ativa do TP. Foi explicado ao casal a importância de realizar antibioterapia, uma vez que este agente pode ser responsável por corioamnionites e sépsis neonatal com elevadas taxas de incidência de morte neonatal e sequelas neurológicas graves. (Graça, 2010, p.449)

Atendendo ao desejo cada vez maior por parte das parturientes em adotar posições verticalizadas e ao reconhecimento que a instituição detém neste âmbito, foram incentivadas as utentes neste sentido. Por posição vertical, entendem-se "todas as posições que proporcionam um ângulo entre o tronco e os membros inferiores da mulher. Inclui a posição de cócoras, ajoelhada, de pé, sentada e de gatas." (Nené, M., et al, 2016, p.335) sendo algumas das suas vantagens, a maior eficiência das contrações uterinas e a diminuição da dor durante o TP e período expulsivo e o facto de que a "ação da gravidade favorece o encaixe e a descida da apresentção fetal" (Nené, M. et al, 2016, p.335)

Assim, foi explicado às utentes que não teriam que permanecer no leito durante o trabalho de parto e parto; a possibilidade de colocar telemetria por forma a manter a vigilância cardiotocográfica; demonstrada a utilização da bola de pilates e dos panos suspensos existentes nos quartos. Nos períodos em que a parturiente permaneceu no leito, foi sugerida uma posição verticalizada, explicando a sua relevância a nível da progressão do trabalho de parto. Todas as grávidas adotaram posições verticalizadas durante o 1º estádio do TP, tendo sido as principais a posição de pé, o uso da bola de pilates e cócoras.

Tive oportunidade de prestar cuidados a parturientes com patologia associada, nomeadamente diabetes gestacional e HTA induzida pela gravidez, sendo que no caso da diabetes gestacional, foram feitas avaliações de glicémia capilar de 4/4h e administrado soro dextrosado a 125ml/h, de acordo com o protocolo institucional;

quanto à HTA induzida pela gravidez, houve maior vigilância da TA e sintomatologia da grávida.

Em todas as situações, foi tido em atenção a eliminação vesical, pelo risco de retenção urinária, já mencionado anteriormente, mas também porque a presença de globo vesical dificulta a descida da apresentação, pode "inibir as contrações uterinas e provocar a diminuição do tónus da bexiga e atonia após o parto" (Lowdermilk, 2008, p.445)

Durante este período, foi também facultada a ingestão de gelatina e líquidos claros (água, chá e sumos), uma vez que "os alimentos e líquidos consumidos por via oral durante o trabalho de parto conseguem satisfazer com melhor eficácia as necessidades energéticas e de hidratação da parturiente, que os líquidos administrados por via endovenosa." (Lowdermilk, 2008, p.442)

2º Estádio do Trabalho de Parto

O 2º estádio do TP, inicia-se com a dilatação completa, terminando com a expulsão do RN.

Durante este período, foi mantida a monitorização cardiotocográfica contínua para avaliação do bem-estar fetal e contratilidade. Procedi à avaliação obstétrica para verificar a variedade e descida da apresentação, no entanto, ao longo EC procurei reduzir o número de observações.

Quando as utentes referiram sensação de pressão e vontade de fazer força, uma vez que já tinha sido confirmada a dilatação completa, foram incentivadas a fazê-lo onde e quando sentissem necessidade, de forma a que os esforços expulsivos não fossem direcionados pelo profissional de saúde. Segundo Lowdermilk (2008), "a pressão exercida pela apresentação nos recetores elásticos da face posterior da vagina estimula a libertação de ocitocina endógena que desencadeia na mulher o ímpeto para fazer força, ou reflexo de Ferguson." (p.343)

Ao longo do EC, tentou-se que realizasse o parto às utentes que acompanhei durante o 1º estádio do TP. Foi muito gratificante a confiança e empatia que os casais desenvolveram sendo que os próprios solicitavam que o parto fosse assistido pelos enfermeiros que os estavam a acompanhar e, caso se verificasse alguma intercorrência, que estes se estivessem presentes. O desejo dos casais cruza-se com o estipulado pelo ICM (2011) que refere que "as parteiras prestam cuidados de

elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos." (p.11)

Durante o EC realizei 44 partos eutócicos e participei ativamente em 9 partos distócicos (4 CST e 5 ventosas). No que concerne aos partos eutócicos, mesmo após identificação de dilatação completa, incentivei a utente a utilizar posições verticalizadas, pelas vantagens mencionadas previamente. Quando questionadas acerca da posição pretendida para o período expulsivo, a maioria referiu não saber e ser algo a percecionar no momento e, algumas grávidas apontaram o banco de partos, como local pretendido. A minha atuação cruza-se com o definido por Lowdermilk (2008), em que "a mulher pode querer assumir várias posições para o nascimento, e deve ser encorajada e assistida para se posicionar e manter na posição ou posições que escolheu." (p.456). Apesar do apoio neste sentido, a maioria das utentes realizou esforços expulsivos em diversas posições, incluíndo o banco de partos, no entanto, todos os partos foram realizados em posição de litotomia modificada (40) e sentada (4), por opção das parturientes.

Uma das dificuldades desta estapa do EC, recaíu sobre o momento mais adequado para posicionar a utente (após a sua escolha) para o período expulsivo, sendo que necessitei do apoio da orientadora clínica. Nesta fase, coloquei a mesa de parto, de acordo com o lecionado e a forma como a EEESMO o executa, tendo em atenção a necessidade de acrescentar material consoante a necessidade de colheita de sangue do cordão para identificar o grupo sanguíneo do RN ou a aquisição de kit de células estaminais por parte dos pais. Coloquei o equipamento de proteção individual adequado (bata, luvas, máscara e touca), mantendo sempre a assépsia.

Durante o período expulsivo, procurei tranquilizar a utente dando orientações e informações acerca da progressão e do resultado da sua colaboração. Incentivei a grávida e promovi o reforço positivo nos momentos em que se encontrava mais cansada, incluindo sempre o(a) acompanhante. Utilizei a técnica respiratória como forma de concentração e orientação para os esforços expulsivos, uma vez que "o enfermeiro deve avaliar a respiração da mulher (…) e lembrá-la para fazer inspirações profundas para ventilar os pulmões completamente, antes e depois de cada contração. Fazer o esforço expulsivo durante a expiração e respirando entre os esforços expulsivos ajuda a manter os níveis de oxigenação adequados para a mãe e feto (…)." (Lowdermilk, 2008, p.461)

Em todos os partos realizados, efetuei a proteção da musculatura perineal através da Manobra de Ritgen Modificada, tendo seguidamente pesquisado a existência de circulares. Dos partos realizados, em 2 verificou-se a presença de circular cervical apertada pelo que foi feita clampagem e corte do cordão explicando à parturiente e convivente a necessidade de realizar esta técnica; sendo que em 6 partos se identificou a presença de circular cervical larga. Apenas em 2 partos não foi feita a clampagem tardia do cordão e tal deveu-se à existência de kit de células estaminais. No entanto, aquando do nascimento, foi confirmado com os pais o conhecimento relativamente à necessidade de clampagem do cordão imediata para realização da referida colheita.

Durante o EC foi apenas realizada 1 episiotomia pela EEESMO, por necessidade de abreviar o período expulsivo.

Após o nascimento foi feita a limpeza do nariz e boca do bebé por forma a eliminar dos fluidos do canal de parto e, de acordo com as preferências da mãe e condição do RN, este foi colocado sobre o tórax materno por forma a realizar contacto pele-a-pele, o qual tem vantagem quer para a mãe quer para o RN, motivo pelo qual sempre que possível, se manteve por um período maior ou igual a 1h, tal como preconizada pela OMS. Durante este período, foi promovida a clampagem tardia do cordão e a possibilidade de corte do cordão por parte da utente ou convivente significativo.

Acompanhei ainda 24 parturientes na progressão do TP, as quais tiveram o parto noutro turno ou por exaustão materna, EFNT ou PPTP, culminaram em parto distócico. Nos casos em que a equipa médica decidiu parto distócico, colaborei na preparação do material; permaneci junto do casal, procurando diminuir a sua ansiedade através de explicações do procedimento, técnicas de respiração e concentração; recebi o RN e promovi o contacto pele-a-pele com a mãe e pai; colaborei com o pediatra na observação do RN e, prestei os primeiros cuidados ao mesmo.

3º Estádio do Trabalho de Parto

O 3º estádio de TP, corresponde ao período desde o nascimento até à expulsão completa da placenta. Após a expulsão do RN, estive atenta aos sinais de dequitadura - verbalização da utente de sensação de contratilidade, saída súbita de sangue

vaginal, descida do cordão e aumento do volume vaginal; e ao tempo que decorreu desde o nascimento, uma vez que se pode ter uma atitude expectante até 45 minutos. Quando presenciei sinais de dequitadura, efetuei a manobra de Brandt-Andrews que consiste na tração e rotação controlada do cordão realizando em simultâneo, alguma pressão no fundo do útero. Quando a placenta já se encontrava na vagina, solicitei às utentes que fizessem esforços expulsivos suavemente, o que auxiliou quer na identificação do mecanismo de dequitadura, quer no apoio da placenta aquando da sua exteriorização. De seguida, efetuei a rotação da mesma de forma cuidadosa para que as membranas permanecessem íntegras. Após a extração, procedi à avaliação do globo de segurança de Pinard e das perdas hemáticas. Nesta fase, solicitei à orientadora clínica que colocasse a PO em curso. Posteriormente, procedi à completa observação da placenta por forma a confirmar que as membranas estavam íntegras e se existiam cotilédones seccionados e/ou acessórios. Para o efeito, solicitei sempre à orientadora clínica que verificasse também. Durante o EC foram 2 as situações em que houve membranas fragmentadas, as quais tive facilidade em identificar, até porque ocorreram aquando da exteriorização da placenta; foi realizada revisão digital (na primeira por parte da EEESMO, e na segunda com sua supervisão) com sucesso, no entanto, foi contactada a equipa médica para realizar ecografia e prescrição de antibioterapia (Cefazolina 2g EV) – de acordo com o protocolo do serviço. Em nenhuma das situações houve necessidade de outras intervenções.

Por fim, observei o períneo e o canal de parto para identificar possíveis lacerações. Do total dos 44 partos efetuados, 10 foram períneos íntegros, 22 lacerações de grau I, 11 lacerações de grau II e, uma 1 episiotomia.

4º Estádio do Trabalho de Parto

O 4º estádio do TP, diz respeito ao período compreendido entre o final da dequitadura e as primeiras 2h após o parto. Durante este período, ocorre uma recuperação imediata com restabelecimento da homeostasia, sendo essencial uma estreita vigilância por forma a detetar precocemente desvios à normalidade. Entre as principais complicações do puerpério, encontram-se: hemorragia, infeções e fenómenos tromboembólicos. (Graça, 2010, p. 373). Tendo em conta estes aspetos e de acordo com o estipulado pela OE, o EEESMO deverá desempenhar um conjunto de intervenções com vista a identificar e monitorizar o estado de saúde da puérpera,

assim como identificar complicações pós-parto. (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13563)

As principais intervenções realizadas neste âmbito foram a avaliação de sinais vitais – tensão arterial e frequência cardíaca que poderão ser indicativos de hemorragia; temperatura corporal pela possibilidade de ocorrência de infeções, a qual aumenta perante casos como RPM e líquido tinto de mecónio; a vigilância do globo de segurança de Pinard, involução uterina e características do lóquios – para despiste de situações como a atonia uterina, existência de restos placentares e/ou hemorragia; vigilância da eliminação urinária – a existência de globo vesical não permite uma adequada involução uterina, pelo que se torna essencial incentivar a puérpera a urinar ou realizar esvaziamento vesical antes da avaliação obstétrica - de referir, que apenas 3 puérperas urinaram espontaneamente e que tal facto se deve essencialmente à administração de analgesia loco-regional que pode provocar retenção urinária como efeito secundário, a qual é "motivada por causas obstétricas e/ou por hiporreflexia vesical devida ao bloqueio das raízes S2, S3 e S4" (Graça, 2010, p.361); avaliação do períneo – verificar se a perineorrafia não apresenta hematoma ou deiscência. Em primíparas ou mulheres que tiveram o seu segundo filho, aquando da observação para confirmar a transferência para o internamento (2h após o parto), não se verificando complicações, além dos cuidados explanados foram ainda retirados o cateter venoso periférico e o cateter epidural (confirmando sempre se tinham a ponta íntegra).

No que concerne a utentes submetidas a cesariana, existem pequenas diferenças quanto aos cuidados referidos: na maioria dos casos (e dependendo da prescrição do anestesista e da anestesia efetuada previamente), antes de iniciar a observação obstétrica e se a utente tiver recuperado do bloqueio motor, é administrada a primeira repicagem pelo cateter epidural, pelo que o mesmo é exteriorizado já no internamento quando tal terapêutica for suspensa; é verificada a integridade do penso da ferida operatória; não é realizado esvaziamento uma vez que as grávidas são algaliadas antes do início da cirurgia e desalgaliadas 6h após o parto.

Avaliação: Após refletir acerca das situações vivenciadas e intervenções realizadas, considero que tive uma evolução bastante positiva a nível de ter alcançado o objetivo proposto.

Durante o EC foi minha preocupação explicar todos os procedimentos aos casais e pedir o seu consentimento. Atuei de acordo com as normas e protocolos do

serviço assim como as recomendações da DGS e OMS/UNICEF. Soube identificar as principais necessidades de intervenção, tendo melhorado ao longo do tempo a minha confiança, detetando e intervindo com mais autonomia e segurança.

Considero ter conseguido estabelecer uma relação de confiança e empatia com os casais, o que foi notório durante os partos por mim efetuados, como também nos partos distócicos em que os casais me questionavam e prestavam muita atenção às minhas orientações, por vezes em detrimento de outros profissionais (nomeadamente médicos), verbalizando a importância de terem consigo o profissional que acompanhou o TP.

No que diz respeita à dequitadura, inicialmente denotava alguma ansiedade que não era totalmente percecionada por mim, o que foi melhorando após algumas explicações/demonstrações por parte da orientadora clínica. Não tive dificuldade em identificar os sinais nem os mecanismos da dequitadura, sendo que em 35 partos o descolamento ocorreu segundo o mecanismo de Schultze e, nos restantes 9, sob o mecanismo de Duncan. No final da dequitaduram questionei os casais sobre o seu desejo de verem a placenta, tendo mostrado e explicado a anatomia aos que o solicitaram. Quando pediram para tirar fotografia, tentei colocar a placenta de modo que a no futuro a fotografia continuasse a ser promotora de boas recordações, um exemplo foi usar o cordão para desenhar um coração, sendo que os pais ficaram muito agradados.

Outro aspeto que se prende com o 3º estádio do TP e no qual tive dificuldade, foi a técnica das suturas. Senti dificuldade não só a nível técnico como de identificação das estruturas no momento. Este ponto foi também melhorando ao longo do EC, tendo de igual forma ganho autonomia progressivamente.

De uma forma geral, tive uma evolução favorável durante o EC tendo cada vez menos necessidade de intervenção por parte da orientadora. De ressalvar que, durante o processo de aprendizagem, não só é importante termos atenção às nossas ações como também observar os pares no que diz respeito ao nosso desempenho. Através dessa observação, podemos também identificar necessidades de aprendizagem.

Tendo em conta os aspetos referidos anteriormente, considero que foram desenvolvidas competências de aplicação de conhecimentos e compreensão, realização de julgamento/tomada de decisão, comunicação e auto-aprendizagem. Como já foi referido anteriormente, desempenho funções num serviço de igual

tipologia o que implica que ao longo da minha atividade profissional já tenha procurado desenvolver competências e adquirir conhecimentos no âmbito dos objetivos referidos anteriormente. Apesar de ter tido um grau de aprendizagem diferente desde que iniciei esta formação pelo facto de realizar cuidados mais diferenciados nessas áreas, a maior evolução prende-se com a atuação ao longo do trabalho de parto e parto, uma vez que os conhecimentos até então adquiridos diziam respeito a aspetos teóricos, nesta fase houve uma interligação entre os conhecimentos teóricos e práticos, por desempenhar este mesmo papel em vez de ser apenas observadora dos pares. Foi necessária uma articulação entre as competências adquiridas ao longo de todos os ensinos clínicos por forma a serem colocadas em prática no EC ER e assim efetuar tomadas de decisão fundamentadas e exercer uma comunicação adequada entre pares e utentes.

2.4. Objetivo específico nº 4

Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à puérpera e conviventes significativos durante o período pós-parto assim como na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

Neste objetivo serão abordados os cuidados prestados ao casal no BP durante o puerpério imediato, uma vez que durante o EC não houve nenhuma situação em que a puérpera necessitasse de cuidados no BP após o puerpério imediato e, no período de permanência no SUOG também não houve contacto com mulheres a vivenciar o puerpério precoce ou tardio. Seguidamente, serão também referidos os cuidados prestados à puérpera e familiar convivente no contexto de internamento em Serviço de Puerpério.

A prestação de cuidados realizada durante o puerpério imediato, pretendeu desenvolver competências com vista ao alcance da competência da OE que aponta o EEESMO como o profissional que “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”. (Regulamento nº391/2019, p.13563)

Quanto ao cuidar a puérpera no período pós-natal, foram prestados cuidados a este nível a 54 puérperas, das quais 44 correspondem aos partos eutócicos que realizei, 4 a utentes submetidas a cesariana e 6 a utentes de parto instrumentado com ventosa ou cujo parto eutócico foi realizado por outro profissional de saúde (médico ou EEESMO). Considero que a minha experiência profissional teve uma influência preponderante no meu desempenho, uma vez que à semelhança do que se verifica no SUOG e BP do local de EC, também no BP onde exerço funções, existem intervenções que são realizadas por enfermeiros de cuidados gerais (sob supervisão do EEESMO), nomeadamente no período do pós-parto. Neste sentido, não tive dificuldades em prestar cuidados e adequar as intervenções de enfermagem a cada situação.

Foram prestados cuidados em 2 fases específicas (além da vigilância contínua da puérpera), no momento imediato do parto e 2h pós-parto quando é feita novamente uma avaliação geral da utente e sua transferência para o serviço de puerpério. No que concerne aos cuidados realizados imediatamente após o parto, os mesmos já foram referidos no objetivo anterior na descrição do 3º estádio do TP; quanto à avaliação da puérpera que irá decidir a transferência para o internamento, esta prendeu-se com: avaliação de sinais vitais, vigilância do globo de segurança de Pinard e de perdas hemáticas, observação do períneo e vigilância de eliminação urinária – aspetos abordados igualmente no objetivo anterior (na descrição do 4º estádio do TP).

A avaliação puerperal referida anteriormente, sobrepõe-se à realizada no internamento de puerpério onde a mesma é realizada uma vez por turno e sem pre que surja alguma alteração que o justifique. Neste contexto, não tive qualquer dificuldade na prestação de cuidados, o que é justificado pelo facto de já o realizar frequentemente em âmbito profissional. Foi apenas necessário conhecer os protocolos e normas de serviço, tais como realizar o ensino do banho no horário da visita do pai; quando deve ser desalgaliada a utente submetida a CST; quando são realizados os levantes. Neste sentido, facilmente consegui identificar uma alteração à normalidade, procedendo à observação da utente e quando da verificação de perda hemática aumentada, proceder à respetiva transferência para o BP. No total em contexto de Puerpério, prestei cuidados a 65 utentes.

Outro aspeto relevante no cuidado à puérpera e convivente significativo (em ambos os contextos), é a questão do aleitamento materno o que além de ser uma das principais vantagens para o RN, é também uma das principais preocupações dos pais.

Sendo o hospital onde decorreu o EC no âmbito de BP e Puerpério um Hospital Amigo dos Bebés, a promoção do aleitamento materno é uma das medidas de maior importância. Assim, independentemente da informação prévia relativamente ao desejo da mãe acerca da amamentação, foi sempre validada a sua decisão após o parto. Todas puérperas tinham a intenção inicial de amamentar os RN, a qual mantiveram após o parto. Tal como explicitado durante o Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno que frequentei no âmbito profissional, a primeira atitude foi observar a ação da puérpera, sem partir do pressuposto que não o sabia fazer corretamente; ao verificar a necessidade de apoio (que se verificou em todas as utentes), foi demonstrado primariamente o melhor posicionamento a adotar enquanto ainda se encontrava em BP (sendo que em internamento foram demonstradas outras posições para amamentar), de seguida foi feita a adaptação do RN à mama, mostrando e explicando os sinais de boa pega – bebé com boca bem aberta, ser visível mais aréola acima que abaixo da boca do bebé, lábio inferior virado para fora e o queixo tocar na mama; assim como os sinais de sucção eficaz – "bebé faz sucções lentas e profundas, depois pára e espera um pouco, reiniciando então com sucções rápidas. Com o leite a fluir as sucções tornam-se mais profundas e mais lentas novamente. (...)", o bebé tem bochechas redondas e afasta-se da mama quando termina. (Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés, 2017, p.42). Aquando da transferência para o internamento, todos os RN se encontravam adaptados à mama, com sinais de boa pega e sucção.

Tal como evidenciado na sua descrição, este objetivo é composto por duas vertentes – os cuidados à puérpera (e convivente significativo) e a adaptação do RN à vida extrauterina sendo a questão do aleitamento materno um exemplo disso mesmo. Apesar de serem realizadas intervenções específicas para cada uma, acabam por ter uma estrita ligação. Poder-se-á ainda acrescentar que uma adequada prestação de cuidados à puérpera e RN, associada à transferência de conhecimentos e preparação para os eventos seguintes, farão com que as intervenções de enfermagem sejam condicionantes facilitadores da transição, fomentando um sentimento de confiança quer nos profissionais quer em si próprios enquanto pais assim como à criação de estratégias de coping. A interligação destes fatores, promoverá uma transição para a parentalidade saudável.

Por forma a promover esta transição para a parentalidade saudável e a adaptação do RN à vida extrauterina, as intervenções realizadas basearam-se em:

- Avaliar o Índice de Apgar;

- Colocar o RN em contacto pele-a-pele logo após o nascimento, o que irá promover o vínculo afetivo mãe-bebé; promover a estabilidade cardíaca, respiratória e termorregulação do RN diminuíndo o stress,choro e dor; diminuir a ansiedade da díade; permitir a colonização pela flora bacteriana materna facilitando a prevenção de infeções e, promover o aleitamento materno. De acordo com a norma de procedimento do serviço “contacto pele-a-pele entre mãe e recém-nascido imediatamente após o parto”, os RN são colocados em contacto pele-a-pele se Índice de Apgar igual ou superior a 7. Neste sentido, foram apenas 2 os RN que não foram colocados em contacto imediatamente após o parto, por necessitarem de cuidados – após aspiração de vias aéreas e aquecimento durante alguns minutos, regressaram para junto dos pais e foi feito contacto pele-a-pele durante o máximo de tempo possível;

- Promover o aleitamento materno, de acordo com os “10 passos para o sucesso do aleitamento materno” da OMS/UNICEF. Neste sentido e tal como foi referido anteriormente, foram informadas as utentes acerca das vantagens do aleitamento materno, prestado apoio para iniciar a amamentação na 1ª hora de vida do RN, oferecido exclusivamente leite materno (nenhuma puérpera tinha contra indicações para amamentar), encorajados os casais a manter amamentação em livre demanda e a não usar chupetas ou tetinas e, promovido o alojamento contínuo;

- Administrar vitamina K para prevenção de doença hemorrágica do RN, preferencialmente enquando o RN estava em contacto pele-a-pele, pois como foi referido anteriormente, ajuda na diminuição da dor. Esta intervenção só foi executada por mim em partos realizados por outros proissionais;

- Após a mãe decidir interromper o contacto pele-a-pele ou haver essa necessidade por parte do RN, procedeu-se ao exame objetivo do RN do qual faz parte integrante: vigiar a vitalidade e choro, observar as características da pele e mucosas, cabeça, olhos, nariz, pavilhões auriculares, face, boca, pescoço, tórax anterior, mama, abdómen, coto umbilical, genitais, ânus, as extremidades e o dorso; vigiar as características da eliminação vesical e intestinal e, avaliar a integridade do sistema nervoso através da pesquisa dos reflexos; administrou-se cloranfenicol colírio, para prevenção de conjuntivite neonatal devido a agentes etiológicos como Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Staphylococcus aureus e Streptococcus e, foi vestida a primeira roupa de acordo com a preferência dos pais. Todos os cuidados foram prestados junto dos pais.

Avaliação: Considero que o objetivo foi atingido com sucesso. No que diz respeito à puérpera, tal como já explicitado, não senti dificuldades na prestação de cuidados tendo sido todos os contatos promotores de melhoria de conhecimentos/ competências; quanto aos RN, inicialmente sentia mais necessidade de apoio quando foi necessário cuidados imediatos, o que melhorei ao longo do EC por ter ganho mais confiança e pelo facto de a orientadora clínica estar sempre junto de mim aquando destas intervenções.

Tive a preocupação de atuar de acordo com os "10 passos para o sucesso de aleitamento materno" e as normas do serviço, tendo inclusivamente colaborado com a equipa na revisão do cumprimento dos mesmos e do correto registo uma vez que o serviço foi alvo de auditoria neste âmbito no início do EC, tendo fomentado em toda a equipa um empenho ainda maior, o qual permaneceu durante o EC. Questionei os casais acerca das suas preferências, sem impôr quaisquer intervenções desde que não trouxessem prejuízo ao bem-estar da tríade. Deste modo, questionei o desejo em colocar o RN em contacto pele-a-pele, em amamentar, expliquei a importância da administração da vitamina K e solicitei a sua autorização para a realizar.

Procedi à observação do RN de forma completa e quando estive perante partos distócicos, contactei o pediatra atempadamente tendo colaborado com o mesmo na observação do RN.

As intervenções realizadas com vista ao desenvolvimento das competências inerentes ao objetivo em causa, estão de acordo com o definido pela OE para as funções do EEESMO, tais como "concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos", "concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos" e "concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno".

Relativamente às competências implicitas ao grau mestre, concluí-se que grandemente pela atividade profissional e conhecimentos adquiridos no 1º ciclo, foram mobilizadas principalmente a nível de conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e tomada de decisão.

2.5. Objetivo específico nº 5

Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências a nível das intervenções do EEESMO na promoção da transição para a parentalidade saudável.

O presente objetivo corresponde ao projeto desenvolvido ao longo de todo o curso, embora com maior enfoque neste EC.

Por forma a atingir este objetivo, foram delineadas várias atividades, tendo-se iniciado por uma *Scoping Review*, a qual foi realizada em 2 períodos temporais, sendo o primeiro entre 1 e 30 de março de 2019, no qual foram selecionados 3 artigos elegíveis. Posteriormente, foi feita uma atualização à *Scoping Review* entre 6 e 30 de maio de 2020, onde foram igualmente elegíveis 3 artigos, no entanto apenas 2 são coinicidentes e tal deve-se ao período temporal usado aquando da realização das pesquisas. Pela pertinência do artigo identificado apenas na primeira pesquisa, o mesmo será incluído neste trabalho. Assim, os aspetos abordados de seguida relativamente à *Scoping Review*, dirão respeito a ambas as pesquisas.

2.5.1. Enquadramento Conceptual

2.5.1.1. Background

Foi em 1957, com LeMasters que surgiu o interesse pela transição para a parentalidade. Desde então, vários estudos têm procurado compreender este processo de transição e os seus efeitos a nível de aspetos específicos como o ajustamento conjugal, desenvolvimento do bebé e interação pais-bebé. (Hernandez, J.; Hutz, C, 2009) A transição para a parentalidade envolve uma reestruturação familiar com alteração de papéis e necessidade de aquisição de novas competências. Neste sentido, reconhece-se a importância da preparação pré-natal como base da aquisição de conhecimentos relativos às alterações físicas, psicológicas e sociais que se verificam desde a gravidez até ao puerpério, assim como os cuidados ao recém-nascido. (Gama, E., 2014). Inicialmente existia uma maior preocupação com o

momento do parto, no entanto, rapidamente os profissionais perceberam que a necessidade de preparação do casal vai muito para além disso e, uma das alterações que se verificou foi a alteração da designação dos cursos de preparação para o parto, para cursos de preparação para o nascimento e parentalidade.

A Ordem dos Enfermeiros, na Versão 1 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem define Parentalidade como: “a acção de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitarem a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para optimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou não”. (OE, 2006)

Os cursos de preparação para o nascimento e parentalidade, são atualmente um direito estabelecido na Lei nº 142/99 de 31 de agosto, onde pode ler-se na alínea d) relativa à obrigação do Estado no que concerne à proteção da maternidade/paternidade/criança no domínio dos cuidados de saúde o dever de “Incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde”.

Nené, M. et al (2016) aponta vários estudos que efetuaram a comparação entre casais que frequentaram cursos de preparação para o nascimento e parentalidade e, casais que não os frequentaram, sendo que algumas das conclusões demonstram que mulheres que fizeram o curso: apresentaram mais energia, menos dor, menos medo e menos tristeza; diminuição da duração do trabalho de parto e necessidade de indução; maior Índice de Apgar ao 1º minuto do recém-nascido; maior conhecimento dos procedimentos, posicionamentos, respiração e relaxamento, pelo que se apresentaram de uma forma mais calma no decorrer do trabalho de parto.

O casal experimenta muitas mudanças durante a gravidez, no entanto, é no pós-parto que surgem as maiores dificuldades, com a necessidade de adaptação a alterações físicas, psicológicas e relacionais, decorrentes das modificações na dinâmica familiar pela integração de um novo membro. A pesquisa bibliográfica efetuada evidencia como principais constrangimentos no pós-parto: perturbação do bem-estar e cuidados ao bebé, assim como perturbação do bem-estar materno, desenvolvimento de competências parentais, mudanças na relação conjugal,

mudanças físicas da mãe, alteração das rotinas e alteração do padrão de sono. (Gama, E., 2014) Apesar dos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade estarem concebidos por forma a dotar os pais de competências necessárias após o nascimento, nem sempre esta formação aliada aos recursos da sociedade é suficiente. Muitas vezes, os pais deparam-se com dificuldades que durante o curso não lhes ocorreu ou simplesmente não pareceram dificuldades pelo fato de a atividade não ser posta em prática com um bebé real e, como sabemos com a escassez de profissionais de saúde e redução de orçamentos, os serviços de saúde nem sempre têm capacidade de dar resposta a estas necessidades, o que agravará ainda mais os constrangimentos já existentes, como por exemplo o nível de ansiedade.

Um outro aspeto que consta na Lei nº 142/99 de 31 de agosto, prende-se com a visitação domiciliária, o que poderia ajudar a colmatar muitas dificuldades dos pais e até mesmo detetar precocemente possíveis problemas, inclusivé psicológicos e sociais. A referida lei estipula a promoção e incrementação da "visitação domiciliária à grávida ou puérpera, assim como ao filho até aos 90 dias de idade, em caso de impedimento de deslocação aos serviços de saúde ou com a finalidade de desenvolver a promoção para a saúde", no entanto, tal ainda não se verifica em Unidades de Saúde suficientes de forma a abranger toda a população. A importância deste tipo de apoio e suporte, pode ser constatada em países como a Holanda e Reino Unido, onde existem os health visitors – enfermeiros ou *midwives* que trabalham com pais e crianças até aos 5 anos de idade. Este grupo, desempenha um papel fulcral no suporte familiar uma vez que tem como principais funções: a apreciação das capacidades parentais, avaliação da situação familiar e social, promover apoio na alimentação do bebé/criança, promover o desenvolvimento da criança, apoio na gestão comportamental da criança, aconselhamento sobre prevenção de riscos e prevenção de acidentes e, informação acerca de recursos da comunidade.

2.5.1.2. Questão de pesquisa

A *Scoping Review* apresentada teve como objetivo aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de EEESMO no que concerne ao cuidado à mulher, recém-nascido e conviventes significativos durante o período pós-natal, por forma a promover a transição para a parentalidade. Para alcançar este objetivo, foi formulada uma questão de investigação baseada na mnemónica do tipo PCC (População, Conceito, Contexto) do JBI (2015, p.10): Quais as intervenções do EEESMO no pós-parto que promovem uma transição para a parentalidade saudável?

Neste sentido, a mnemónica PCC foi definida da seguinte forma:

P (População)	**Enfermeiro Obstetra**
C (Conceito)	Intervenções que promovem a transição para a parentalidade
C (Contexto)	Local de prestação de cuidados à mulher e família

2.5.1.3. Critérios de inclusão/exclusão

Tipo de participantes: A *Scoping Review* considerou todos os enfermeiros obstetras (ou *midwives*) prestadores de cuidados no período pós-parto.

Conceito: Nesta revisão foram incluídos tanto estudos quantitativos como qualitativos, na perspetiva de obter informação o mais abrangente possível acerca das intervenções que promovem uma transição para a parentalidade saudável.

Contexto: Neste trabalho, foram considerados todos os estudos relativos às intervenções que promovem a transição para a parentalidade, independentemente do local onde seja realizada a prestação de cuidados.

2.5.2. Estratégia de Pesquisa

A pesquisa foi realizada na plataforma *EBSCO Host* de 1 e 30 de março de 2019 e de 6 e 30 de maio de 2020, tendo sido posteriormente realizados os três passos definidos pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2015).

Inicialmente foi feita uma pesquisa nas bases de dados *Medline with Full Text* e *CINAHL Plus with Full Text* com análise dos títulos dos estudos encontrados, seguindo-se a identificação das palavras-chave e termos indexados.

O primeiro termo da pesquisa foi “nursing interventions” que é um *major concept* (MM) na base de dados *CINAHL* mas utilizado como termo natural na *Medline*. Por forma a abranger o maior número de estudos e especificar o mais possível, foram ainda utilizados os termos “obstetric nursing” e “nurse midwifery” usados como MM na base de dados *CINAHL* e termo natural na *Medline*. Foi ainda associado o termo “health promotion”, MM em ambas as bases de dados. Relativamente ao período pós-parto, foi usado o termo “postnatal care” MM em ambas as bases de dados. Foram ainda pesquisados os termos “transition to parenthood” enquanto termo natural e, “parenthood” MM na base de dados *CINAHL* e termo natural na base de dados *Medline*.

Com o intuito de obter uma pesquisa mais abrangente, foi ainda realizada pesquisa bibliográfica na base de dados *Cochrane Database of systematic reviews*, utilizando os mesmos termos. Por fim, os resultados foram cruzados através dos descritores booleanos “OR” e “AND”.

Na primeira pesquisa foram selecionados todos os estudos realizados de 2013 a 2018 e na segunda, de 2015 a 2020, que além de se inserirem nos critérios de inclusão, tivessem os termos de pesquisa no título, palavras-chave. Incluíram-se os que se encontravam em inglês, português ou espanhol. Após leitura do resumo e do texto integral, foram considerados como elegíveis para esta *Scoping Review*, 3 estudos em cada período de análise. Tal como referido anteriormente, um dos estudos elegíveis na primeira pesquisa não foi considerado na segunda pelo facto de ser referente a 2013, no entanto, pela sua pertinência, será abordado neste trabalho, totalizando-se 4 artigos para discussão.

2.5.3. Apresentação dos Resultados

Durante a pesquisa inicial, foram identificados 298 estudos na plataforma EBSCO, sendo 223 da *Medline with Full Text* e 75 da *CINAHL Plus with Full Text*. Na base de dados *Cochrane Database of systematic reviews*, não foi encontrado qualquer estudo que fosse de encontro à análise pretendida. Após avaliação dos estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, obtiveram-se 98 artigos tendo sido

selecionados 22 por nível de evidência. Após seriação relativa à relevância, foram elegíveis 3 artigos.

Aquando da atualização da pesquisa, foram identificados 166 estudos na plataforma EBSCO - 91 da *Medline with Full Text* e 75 da *CINAHL Plus with Full Text*. Novamente, não foi encontrado qualquer artigo na base de dados *Cochrane Database of systematic reviews*. Após avaliação dos estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, obtiveram-se 90 artigos tendo sido selecionados 15 por nível de evidência. Após seriação relativa à relevância, foram elegíveis 3 artigos.

A esquematização da pesquisa efetuada encontra-se no Apêndice III, na forma do diagrama de prisma 2009 adaptado do JBI (2015), enquanto que as características dos artigos elegíveis se encontram no Apêndice IV.

2.5.4. Atividades planeadas

Aquando da projeção desta temática, baseada nos desafios que se pretendem alcançar no futuro enquanto EEESMO, foram delinedas algumas intervenções que eram espectáveis que promovessem a aquisição de conhecimentos e competências de forma a poder ser aplicado e estudado futuramente de um modo mais abrangente em termos de número populacional, pretendendo-se simultaneamente que seja um cuidado cada vez mais individualizado. Neste sentido, as atividades perspetivadas foram as seguintes:

- Realizar pesquisa bibliográfica e *Scoping Review* relacionada com o tema;
- Observar as intervenções dos peritos;
- Realizar entrevistas informais a peritos;
- Refletir acerca da minha prática profissional, que me permite fazer uma transferência de conhecimentos;
- Percecionar as dificuldades das mulheres/casal;
- Realizar entrevistas informais ao casal, por forma a detetar precocemente algumas dificuldades;
- Incentivar o contato pele-a-pele durante as duas primeiras horas de vida, por forma a favorecer a vinculação;
- Incentivar (sempre que possível) a amamentação precoce;

- ❖ Incentivar a presença paterna nos vários cuidados prestados durante o pré-natal, parto e pós-parto;
- ❖ Realizar folhetos/poster com as informações mais pertinentes relativas aos cuidados ao recém-nascido, modificações inerentes ao período pós-natal para a puérpera/conviventes significativos e recursos da comunidade;
- ❖ Planear um módulo do curso de preparação para o nascimento e parentalidade, com enfoque no pós-parto.

Tal como mencionado e demonstrado previamente, o desenvolvimento deste objetivo iniciou-se com a pesquisa bibliográfica e *Scoping Review* a qual ressalvou diversos aspetos, os quais se tentou cruzar com a realidade vivida ao longo do EC e em simultâneo, procurou-se colocar em prática as atividade delineadas de acordo com a área de intervenção de cada contexto do EC, sendo algumas transversais.

Neste capítulo, apresentam-se os resultados das atividades planeadas, enquanto que no capítulo seguinte, serão apresentados os resultados da prática clínica relativamente ao que foi extraído da *Scoping Review*.

Ao longo de toda a prática académica, foi feita uma observação ao modo de atuação dos peritos assim como discutidas intervenções praticadas e passíveis de serem praticadas de acordo com a pesquisa bibliográfica, com o intuito de adquirir conhecimentos baseados igualmente na experiência de peritos.

As informações foram recolhidas através de notas de campo.

Durante a prática de cuidados no serviço de puerpério, indaguei junto dos casais quais as dificuldades que sentiam no momento e, quais as que perspetivavam para o regresso a casa. As primíparas apresentavam a amamentação como o maior desafio e receio, pois no hospital tinham o apoio dos enfermeiros, enquanto que em casa estariam sozinhas a maior parte do tempo, não sabendo ao certo a quem recorrer em caso de maior dificuldade. Foi explicada a possibilidade de recorrer ao centro de saúde da sua área de residência a fim de obterem ajuda profissional; as multíparas apresentavam alguma renitência também relativamente à amamentação mas sem preocupações de maior, sendo por vezes apontado como receio a gestão de tempo pela existência de outras crianças em casa a necessitar de cuidados ou a reação do irmão para com o RN no dia-a-dia. A maioria das puérperas, não frequentou qualquer Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade, sendo que das 65

puérperas a quem foram prestados cuidados, apenas 26 frequentaram os respetivos cursos.

No serviço de medicina materno-fetal, foram igualmente questionadas as utentes acerca das dificuldades perspetivadas e, as multíparas foram ainda questionadas acerca das dificuldades sentidas anteriormente. Mais uma vez, a questão da amamentação é o tema principal sendo este apontado como a maior dificuldade vivida. Quanto às que anteviam para o futuro, todas referiam não ter opinião a esse respeito, sendo que algumas grávidas referiram a amamentação como uma possível dificuldade ou os cuidados ao RN.

Quando colocadas as questões aos homens, estes apontavam como maior dificuldade vivida e perspetivada, os cuidados ao RN tais como o banho, higiene e alimentação, mas também a capacidade de antever e/ou identificar necessidades do RN.

Aquando da observação/participação numa unidade de neonatologia, debruçei-me particularmente em observar a interação dos pais com o bebé, verificando que a realidade é bastante diferente daquela que esperava encontrar. Na minha perspetiva, os pais estariam sempre junto dos RN, uma vez que tal é permitido na unidade, por forma a estarem o máximo de tempo possível com os seus bebés qe necessitam de cuidados muito diferenciados, no entanto tal não acontece, especialmente na unidade de cuidados intensivos neonatais. Quando questionei a equipa, foi-me explicado que os pais permanecem mais tempo com os filhos nos cuidados intermédios do que nos intensivos, precisamente por neste último os RN estarem mais instáveis e a incerteza quanto ao futuro ser muito maior, pelo que os pais têm medo de criar um vínculo afetivo com um filho que pode não sobreviver. Neste contexto, foi-me proposta a atualização de um protocolo de articulação com o serviço de puerpério, existente no serviço mas que não é praticado há algum tempo. Após tomar contato com o mesmo, considerei demasiado redutor a articulação apenas com o serviço de puerpério, tendo sugerido que o mesmo fosse alargado ao departamento. Assim, juntamente com a enfermeira orientadora, especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, foi proposta a criação de uma equipa (formada por EEESMO e enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica) que acompanhasse os casais desde o internamento, o qual poderá ser na unidade materno-fetal ou já no bloco de partos, até ao momento da alta. O que se pretende é que a partir do momento em que se suspeite de um parto pré-termo, os casais possam começar a ter informações

relativamente ao que irão presenciar, com o intuito de diminuir a ansiedade presente e futura e acompanhar na transição para a parentalidade. O protocolo já teve algumas aprovações, aguardando-se as restantes para implementação.

Nos CSP, foram realizados alguns folhetos, no entanto não foram de encontro às atividade planeadas uma vez que esta não era uma necessidade do serviço, pelo que os mesmos incidiram nos desconfortos da gravidez em cada trimestre. Por forma a que fosse uma atividade em concordância com a temática, por considerar informação pertinente a ser transmitida nos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade e, por estar inclusivamente a assistir e colaborar no curso realizado nesta Unidade de Saúde Familiar, sugeri que os mesmos fossem facultados não só nas consultas como também no curso. Durante a colaboração no mesmo, realizei 3 sessões, sendo primeira uma revisão acerca dos aspetos mais importantes a reter durante a gravidez, a segunda relativamente ao trabalho de parto e parto e, a última acerca do uso de terapias complementares durante a gravidez.

Durante o período de permanência no BP/SUOG, foram colocadas em prática todas as atividades planeadas. No que concerne ao contato pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de hora de vida, estes já foram abordados em objetivos anteriores. Outro aspeto importante a nível de vínculo afetivo que se promoveu recaíu sobre o pai, sendo o mesmo questionado e incentivado (quando demonstrado interesse) em fazer também contato pele-a-pele. Dos 41 partos assistidos pelo pai, quando questionados previamente todos demonstraram esse desejo, no entanto apenas 2 o realizaram, por sua opção – alguns por receio em pegar no bebé, outros por sentirem que estavam a privar a mãe do RN ou simplesmente por ser um momento de grande emoção e preferirem ficar apenas junto da mãe e RN. Igualmente para fortalecer o vínculo e incluir o pai num momento tão importante como o nascimento de um filho, foi possibilitado que caso o pretendesse, realizasse o corte do cordão, o que só não foi feito pelo pai em 3 dos partos por não ser este o acompanhante.

Relativamente aos Cursos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade, por serem o foco de atenção que levou ao desenvolvimento da temática em causa, esta foi também uma área com especial enfoque durante o período final do EC, tendo sido feita observação e colaboração em 2 instituições. Tal como mencionado no início deste trabalho, a escolha recaíu sobre serem efetuados em moldes diferentes e, por incluírem a área de abrangência do hospital onde decorreu a prática de cuidados em bloco de partos. Assim, as sessões lecionadas no ACES estavam incluídas num Curso

de Preparação para o Nascimento e Parentalidade em que os casais se inscrevem e são formadas turmas enquanto que, na unidade hospitalar existem workshops sendo cada um afeto aos temas que habitualmente constituem os cursos, no entanto, os casais inscrevem-se apenas nos workshops que consideram relevantes para si. Considero que o modo de curso, fomenta uma maior ligação entre os casais o que é benéfico para a partilha de dúvidas e experiências. Por outro lado, a modalidade dos workshops permite uma aprendizagem mais personalizada, uma vez que é escolhida pelos casais. Foi bastante gratificante a participação em ambas, uma vez que na unidade hospitalar foi-me proposto partilhar com a EEESMO a sessão, o que demonstrou confiança nos meus conhecimentos e prática; no ACES, foi-me proposta que mantenha uma participação ativa no curso através da apresentação da sessão "trabalho de parto e parto", pelo facto de exercer funções num BP e estar a terminar o CMESMO. Infelizmente, não foi possível o desenvolvimento de um módulo para o período pós-parto, por um lado por o ACES já ter algumas sessões do pós-parto ministradas por outro profissional de saúde e, na instituição hospitalar por terem experimentado no passado e ter havido pouca adesão por parte dos casais.

Para estas propostas, contribuíram em grande parte todas as atividades desempenhadas nos diferentes contextos do EC, pesquisa bibliográfica e constante procura de conhecimento, sendo que o maior desenvolvimento foi a nível do BP/SUOG, onde a discussão de casos com peritos, recaíu essencialmente sobre EEESMO, obstetras e pediatras, tendo aproveitado todas as oportunidades para adquirir conhecimentos, solidificar e fundamentar alguns já adquiridos.

2.5.5 Discussão dos resultados e conclusões

Como mencionado, este subcapítulo pretende analisar os resultados e conclusões dos estudos elegíveis na *Scoping Review*, cruzando sempre que possível com aquela que foi a prática clínica ao longo do EC.

Buultjens, M. et al (2018) no artigo "Supporting the transition to parenthood: Development of a group health-promoting programme", pretenderam analisar as principais diferenças entre dois grupos de casais - os que foram sujeitos a um acompanhamento no pós-parto (programa psico-educacional) e os que não foram. Quando abordados, os casais referem uma necessidade de apoio por parte dos cuidados de saúde, sendo que este conjunto de aprendizagens deveria ter início ainda

durante a gravidez. Apontam ainda como área de interesse e que promoveria uma melhor adaptação à parentalidade, um enfoque nos cursos de preparação para o nascimento, uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, uma abordagem mais assertiva a nível de comunicação entre os serviços de saúde e os utentes, assim como uma assistência mais abrangente. Durante o EC ER, facilmente se identificaram os casais que tinham frequentado cursos de preparação para o nascimento, pois demonstraram mais calma, maior conhecimento quanto ao desenvolvimento do trabalho de parto e parto assim como a aspetos inerentes ao RN. As puérperas revelam ainda que seria muito benéfico terem um elemento de referência, pois ao criar-se uma relação de confiança com o profissional de saúde, melhoraria os constrangimentos que se vivem neste período.

Este programa foi desenvolvido com o apoio de uma equipa multidisciplinar, tendo inicio no terceiro trimestre e desenvolvendo-se até cerca de 8 semanas após o parto, por ser o período em que a literatura refere a existência de níveis de stress ou depressão mais acentuados. Os autores apontam como principais benefícios deste programa a melhoria do bem-estar materno, a promoção da vinculação e elevadas taxas de amamentação. Como principal constrangimento à implementação deste tipo de modelos, referem os custos associados.

No que concerne ao artigo “Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model”, o modelo apresentado por Fahey, J.; Shenassa, E. (2013) é projetado com o objetivo de ajudar a transformar a filosofia em ação, descrevendo os elementos que são a fonte de poder e força para as mulheres no período perinatal e a forma como estes se podem traduzir em resultados em saúde para si e sua família.

Embora este modelo possa ajudar a orientar programas e políticas direcionadas para a implementação de intervenções de promoção da saúde, esta abordagem poderá também ser desempenhada pelos profissionais de saúde nas consultas de rotina realizadas durante a gravidez e pós-parto. Este tipo de abordagem, implica que o profissional de saúde entenda que as necessidades das mulheres no pós-parto, vão muito além da recuperação física, sendo necessário aumentar os contatos com as instituições de saúde por forma a melhorar a identificação e tratamento de comorbilidades. Adotar uma abordagem de promoção da saúde significa implementar estratégias de apoio que melhoram as habilidades internas de uma mulher que a protegem de eventos promotores de doença, promovendo assim a

sua própria capacidade de manter a sua saúde e, consequentemente, do bebé e outros membros da família.

O artigo releva a importância de a promoção da saúde materna não terminar no nascimento do recém-nascido, nem na visita das 6 semanas pós-parto, explicando que as mulheres têm necessidades físicas e emocionais relacionadas com a gravidez e parto que se prolongam por mais de 6 semanas. Por outro lado, a saúde a longo prazo dos bebés e crianças é extensiva e intrinsecamente relacionada à saúde da mãe. A pesquisa efetuada pelos autores, demonstra que a existência de um período pós-parto saudável, depende da capacidade da mulher empregar as suas próprias habilidades para garantir que tanto as suas necessidades como a da sua família são satisfeitas. Neste sentido, as parteiras assim como os restantes prestadores de cuidados de saúde da mulher têm que entender que as necessidades de saúde durante este período se estende além da recuperação física do parto e, incorporar estratégias no cuidado que visem auxiliar as mulheres a construir as suas habilidades individuais para colmatar essas necessidades.

Quanto ao artigo de Dahlberg, U. et al (2016), “Women`s experiences of home visits by midwives in the early postnatal period”, este recai sobre a importância da continuidade de cuidados; a importância da transmissão de informação e forma de comunicação no período pós-parto e, a vulnerabilidade materna neste período. Os autores referem que as mulheres desenvolvem uma maior confiança na pessoa que lhes fez o parto, tendo alguma necessidade de partilhar a sua experiência de parto e saber como foi o seu comportamento junto da sua parteira. Da mesma forma e, tendo em conta o curto tempo de internamento referem ser de extrema importância a visita domiciliária. Pude visitar algumas das utentes, a que fiz o parto, no serviço de puerpério e de facto estas demonstraram vontade de expressar os seus sentimentos relativamente ao parto em si e todos os aspetos envolvidos no mesmo, procurando alguma aprovação por parte do profissional de saúde. Foi também percetível este nível de confiança referido no artigo, pela partilha da experiência no puerpério e colocação de dúvidas que não tinham sido questionadas à equipa do serviço por recearem que não fossem perguntas pertinentes.

Procurei ainda compreender a posição dos casais relativamente à visitação domiciliária e se de facto se sentiriam mais seguros após a mesma. Durante o contexto de CSP, foi realizada uma visita domiciliária a um casal que frequentava o curso de preparação para a parentalidade e nascimento em que colaborei, sendo que à

semelhança do que se verificava nos casais a que fiz o parto, tratava-se de um casal que já me conhecia antes da realização da visita e que no decorrer da mesma demonstrou bastante interesse, participação e referiu ser benéfico este acompanhamento principalmente nos primeiros dias após a alta hospital por ser um momento em que surgem muitas dúvidas ou simples questões baseadas em “estarei a agir corretamente com o meu bebé?”. Tendo por base esta visita, que fora a única que realizei neste curso e os artigos consultados, depreendi que a visitação domiciliária seria um ponto bem aceite pelos casais e que iriam aproveitar a oportunidade uma vez que a mesma não teria quaisquer custos, o agendamento seria de acordo com as suas disponibilidades e a visita seguiria o guião que estes considerassem importantes para si, além de questões essencias a relembrar. Foram entregues 4 termos de consentimento esclarecido para visitação domiciliária (no Apêndice V encontra-se o exemplar), tendo os casais demonstrado bastante interesse e referido que iriam contactar nos próximos dias para agendamento, no entanto, nenhuma visita foi realizada pois nenhum casal entrou em contacto para tal. Poderia ter sido a profissional a contactar os casais após constatar que os mesmos não o fariam, no entanto, tal não foi feito uma vez que o pretendido era perceber o interesse e envolvimento dos casais neste âmbito. Não se pode no entanto retirar conclusões concretas a este respeito, pois não há evidência que permita confirmar que se tratou de desinteresse do casal em detrimento de esquecimento ou de falta de disponibilidade no momento.

O último artigo elegível para esta *Scoping Review*, vem também confirmar as conclusões dos artigos referidos anteriormente. Da autoria de Wiklund, I. et al (2018) “New parent´s experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review”, pretende fornecer uma compreensão contextualizada de como os pais vivenciam os cuidados pós-natal em relação à informação e sensação de segurança, através de uma revisão sistemática da literatura onde se incluíram 10 estudos. Segundo o artigo, o objetivo dos cuidados prestados a uma família no período pós-natal após o nascimento de uma criança saudável é fornecer aos pais apoio no papel parental, amamentação e na interpretação dos “sinais” do bebé; devendo ser tido em conta as necessidades de toda a família e não apenas as da mãe e RN.

A análise realizada delineou 3 categorias:

1. Expectativas com os profissionais de saúde: onde se inclui a informação, continuidade de cuidados, competência, capacidade de resposta, participação

e acessibilidade. À semelhança do que foi concluído nos artigos anteriores, os pais dão extrema importância à forma como a informação lhes é transmitida, sendo apontado como aspeto negativo a falta de consistência na informação fornecida quanto aos cuidados pós-natal, em especial no que diz respeito à amamentação; expressaram ainda o desejo de serem envolvidos em todas as decisões relacionadas com os cuidados prestados a si próprios e ao recém-nascido, referindo ser fulcral a continuidade de cuidados e a relação com a *midwife*;

2. Recursos próprios: que se refere à preparação para a parentalidade e à possibilidade de ter uma pessoa significativa disponível. Os casais revelam que a frequência de cursos de preparação para a parentalidade os torna mais seguros quanto aos cuidados pós-natal e às alterações físicas e emocionais maternas, referindo também que a ajuda de um familiar próximo ou a partilha com amigos que se encontram na mesma fase de vida, lhes confere uma maior segurança;
3. Confirmação: relacionado com saúde, habilidades e suporte. Os pais referem a necessidade quase constante de confirmação dos cuidados prestados ao RN, sendo essencial o suporte dos profissionais de saúde preferencialmente durante o dia e a noite, para terem a quem recorrer caso surjam dúvidas acerca da melhor atitude a tomar perante situações com a mãe e/ou RN. A necessidade de cuidados adaptados à individualidade de cada família foi também um tópico abordado pelos casais, no qual foi novamente incluída a questão da continuidade de cuidados e a relação com a *midwife*.

Avaliação: Considero que o objetivo foi totalmente alcançado, tendo sido bastante gratificante o desenvolvimento do mesmo. Foi muito exigente em termos de conciliar as atividades necessárias para o aproveitamento e desenvolvimento de competências a nível do que é exigido num EC com a complexidade do EC ER, com as atividades que considerei pertinentes e necessárias para atingir o objetivo relacionado com a temática escolhida. Analisando as atividades desenvolvidas, considero que foram as necessárias para a aquisição de conhecimentos e competências, quer por ter apreendido as experiências e conhecimentos de outros profissionais que diariamente trabalham neste âmbito, quer por ter tido a oportunidade de participar ativamente independentemente de estar no papel de estudante. A relação que criei com os casais

foi igualmente gratificante, pois pude perceber a ligação que se cria com os mesmos e o quanto pode significar até o nosso mais pequeno contributo. O seu reconhecimento e aceitação relativamente à prestação de cuidados por uma estudante num momento tão importante das suas vidas teve um grande valor para mim, independentemente de saberem que sou profissional poderiam não se ter sentido seguros com tal facto. No entanto, considero que o meu desempenho foi também fulcral para esse sentimento de confiança.

Quanto aos descritores de Dublin, o que mais se evidenciou relativamente a este objetivo foi sem dúvida o desenvolvimento da capacidade de comunicação de conclusões, conhecimentos e raciocínios a especialistas e não especialistas de forma clara. Considero que foram diversas as atividades desempenhadas neste sentido, tais como as sessões de preparação para a parentalidade realizadas e ministradas por mim, todas as informações transmitidas durante o EC aos utentes e profissionais saúde, no entanto, a atividade considerada de maior visibilidade e relevância neste sentido, prende-se com a comunicação livre apresentada durante o 8º Encontro da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal, subordinada ao tema "As dificuldades dos pais no pós-parto: Intervenção do Enfermeiro Obstetra na transição para a parentalidade. A Scoping Review". A comunicação livre, pretendeu transmitir aos profissionais de saúde presentes no respetivo encontro, o projeto por mim delineado assim como as principais conclusões dos estudos elegíveis da *Scoping Review* que esteve na sua base, articulando com a prática académica e profissional. No que concerne à própria apresentação, tive uma pequena dificuldade inicial pelo facto de ser a primeira vez que me encontrava nesse papel, tendo-me sentido progressivamente mais confiante. Tal aspeto deveu-se ao estudo realizado anteriormente para esta sessão. No final, foi algo bastante prazeroso e gratificante de realizar, tendo recebido um *feedback* bastante positivo por parte de vários participantes.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, expõe o percurso de atividades desenvolvidas em contexto de EC, tendo como finalidade a reflexão acerca das intervenções que permitiram o desenvolvimento de competências preconizadas nos descritores de Dublin para a obtenção do grau de Mestre em articulação com as competências definidas pela OE para a atribuição do título profissional de EEESMO.

Considero de extrema importância a organização do EC, com a realização do EC em BP no final do curso, pois permite que sejam adquiridos conhecimentos teóricos e práticos mais consolidados relativamente a cada área de intervenção através do contexto respeitante, levando a uma melhor articulação e mobilização dos mesmos durante o EC em BP, em que urge a necessidade de os aplicar. Da mesma forma, a realização deste relatório foi bastante importante para a minha reflexão acerca do meu desempenho enquanto estudante do CMESMO e EEESMO, permitindo-me identificar os aspetos a modificar, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O facto de exercer funções num BP onde é utilizado o mesmo sistema de informação, facilitou a prática de registos, uma vez que foi apenas necessário fazer a transposição para a função de enfermeiro especialista.

Considero que a prestação de cuidados no SUOG no final do EC, foi bastante benéfico uma vez que me permitiu mobilizar os conhecimentos de EEESMO adquiridos no BP e aliá-los aos conhecimentos e prática profissional que tenho como enfermeira de cuidados gerais num SUOG, o que fez com que tivesse uma maior autoconfiança e menor necessidade de procura de confirmação. Apesar disso, considero que pude também adquirir competências neste campo.

No que diz respeito ao período de permanência no BP, este foi muito mais exigente pela maior necessidade de constante pesquisa bibliográfica e por ser a primeira vez que executava a maioria dos cuidados, aliados ao facto de serem identificados e delineados por mim de acordo com as prioridades que emergiam, sem esquecer as necessidades e a importância de inclusão da utente e convivente significativo. As maiores dificuldades prenderam-se com a avaliação obstétrica e a técnica das suturas, sendo que ambas melhoraram bastante ao longo do EC, tendo terminado o mesmo com um grau elevado de autonomia. Considero que adquiri as competências necessárias para a prestação de cuidados à mulher e convivente

significativo no período pré-natal, parto e pós-parto, baseado no desempenho demonstrado ao longo de todo o EC.

No que concerne à temática da transição para a parentalidade saudável, foi sem dúvida uma mais valia para o meu desenvolvimento, tendo sido bastante interessante a comparação entre os achados bibliográficos e a realidade com que me deparei. Considero que não só fiquei mais desperta para novos tópicos, como tive ainda novas possibilidades profissionais que surgiram das atividades a que me propus, como sendo a participação no Curso de Preparação para o Nascimento a que assisti no Centro de Saúde e, a sugestão por parte de uma médica do serviço para prestar apoio a uma grávida seguida por si numa instituição particular, que pretende acompanhamento no pós-parto. Estes aspetos são bastante importantes para mim a nível pessoal e profissional, por um lado por ir de encontro aos meus interesses e desejos pessoais no que respeita ao meu futuro como EEESMO, por outro, por demonstrar a confiança e reconhecimento que os profissionais de saúde reconhecem na minha prática profissional.

Certa de que manterei o interesse pela área da transição para a parentalidade e que procurarei desenvolver mais competências e projetos nesta área, espero de futuro manter um papel ativo na melhoria de cuidados às utentes e família, não só enquanto profissional independente mas também como profissional inserida numa equipa multidisciplinar. Como projetos futuros, pretendo participar na ministração de cursos de preparação para o nascimento e parentalidade, elaborando e propondo o módulo do pós-parto onde se inclua a visitação domiciliária. Deste modo pretende-se suprimir não só as necessidades a que por vezes as instituições de saúde não conseguem dar resposta, mas também atuar de acordo com o que a evidência científica demonstra. Outro dos objetivos futuro, será a publicação de um artigo que apresente os resultados das ações anteriores. A participação em encontros e congressos, é também outra das ambições deste pojeto.

Em suma, posso ressalvar que todas as aprendizagens adquiridas ao longo do CMESMO me elevam enquanto enfermeira de cuidados gerais, permitindo não só uma melhoria de cuidados como também uma maior abrangência da área de cuidados já realizados. Por outro lado, permitiram-me incorporar o papel de EEESMO e adquirir as competências necessárias para o exercício do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buultjens, M. et al (2018). *Supporting the transition to parenthood: Development of a group health-promoting programme*. British Journal of Midwifery, 26(6), 387-397. Acedido a 25/07/2018. Disponível em: https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/bjom.2018.26.6.387

- Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. (2017). *Aconselhamento em Aleitamento Materno*. *Manual do Participante*. Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno. Portugal

- DGS (2007). *Profilaxia da Isoimunização Rh*. Acedido a 24/07/2019, disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-15012007.aspx

- DGS (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- DGS (2015). *Trabalho de parto estacionário*. Acedido a 24/7/2019, disponível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/ orientacao - n12015-de- 19012015-trabalho-de-parto-estacionario.aspx

- Diário da República, art. 4º, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011, Regulamento n.º 127/2011, (p.8664)

- Fahey, J.; Shenassa, E. (2013). *Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model*. Journal of Midwifery & Women's Health, 00(0), 1-9. DOI: 10.1111/jmwh.12139

- Gama, E. (2014). *A transição para a parentalidade: Vivências de pais, três meses após o nascimento do primeiro filho*. Acedido a 22-5-2017. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13546/1/Dissertação%20 Elisabete %20Gama.pdf

- Graça, L. (2010). *Medicina Materno-fetal*. (4ª ed.). Lisboa: Lidel.

- Guimarães, MSF.; Silva, LR. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Acedido a 27-5-2017. Disponível em: https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf

- Hernandez, J.; Hutz, C. (2009). *Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional*. PSICO, 40(4), 414.421. Acedido a 20/06/2017. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1490

- ICM (2011). *Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira*. Acedido a 20/07/2019, disponível em: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/Compete%CC%82ncias%20Essenciais%20para%20o%20Exerci%CC%81cio%20Ba%CC%81sico%20da%20Profissa%CC%83o%20de%20Parteira%202010.pdf

- Lei nº 142/99 (1999). Quarta alteração à Lei n.o 4/84, de 5 de abril, alterada pelas Leis n.os 17/95, de 9 de junho, 102/97, de 13 de setembro, e 18/98, de 28 de Abril. Assembleia da República. *Diário da República*. I Série-A (Nº 203 — 31-8-1999), 5996-6005. ELI: https://dre.pt/application/conteudo/581976

- Lowdermilk, D.; Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ªed.). Loures: Lusodidacta

- Meleis, A. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer publishing company.

- Nené, M. et al (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Lisboa:Lidel

- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE Versão1*. Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros.

- Regulamento nº 391/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 85 de 3/05/2019), 13560-13565.

- The Joanna Briggs Institute (2011). *The Joanna Briggs Institute Reviwer's Manual 2011* Edition. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Acedido a 8/6/2018. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2011.pdf

- The Joanna Briggs Institute (2015). *Can-Synthesize is a quick reference resource to guide the use of the Joanna Briggs Institute methodology of synthesis.* Queen's Joanna Briggs Collaboration Version 4.0 January 26, 2015. Acedido a 8/6/2018. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf

- The Joanna Brigg Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviwer's Manual 2015 – Methodology for JBI Reviwes*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Acedido a 8/6/2018. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/ sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-ScopingReviews_2015_v2.pdf

- Torgal, A. et al (2017). *Triagem Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia por Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica*. Acedido a 20/6/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Triagem Obstetrica2017_vf.pdf

- Dahlberg, U. et al (2016). *Women`s experiences of home visits by midwives in the early postnatal period.* Midwifery, 39(2016), 57-62. DOI: https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003

APÊNDICES

APÊNDICE I – Folhetos desconfortos da gravidez

Desconfortos do 1º Trimestre

Poliúria: Nos primeiros meses é comum devido à pressão que o útero exerce sobre a bexiga. Esta situação atenua durante o segundo trimestre e retoma no terceiro, podendo ocorrer perda insignificante de urina sem que dê conta.

Orientações:

- Ingerir líquidos no intervalo das refeições;
- Esvaziar a bexiga;
- Realizar exercícios de Kegel;
- Em caso de dor, ardor ou perda de sangue ao urinar, deverá recorrer a uma instituição de saúde.

Corrimento vaginal: constituído por muco e células provenientes da descamação da mucosa vaginal. Tem cor clara, sem cheiro e, aumenta ao longo da gravidez.

Orientações:

- Evitar vestuário apertado;
- Usar roupa interior de algodão;
- Não usar pensos higiénicos;
- Usar produtos de higiene pH neutro;
- Não usar antissépticos vaginais;
- Em caso de alteração a cor, cheiro ou aparecimento de prurido, deverá recorrer a uma instituição de saúde.

Elaborado por: Enf.ª Catarina Boal
Aluna do Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Alterações fisiológicas e desconfortos da gravidez

1º Trimestre de Gravidez

Desconfortos do 1º Trimestre

Hipersensilbilidade mamária: este desconforto deve-se às modificações das glândulas mamárias por efeito das hormonas, como preparação para o aleitamento materno.

Orientações:

- Usar soutien que se adapte ao seu desenvolvimento mamário (geralmente 2 tamanhos acima do habitual), de algodão, alças largas e bom suporte;
- Lavar as mamas com água morna e manter os mamilos secos;
- Aplicar creme hidratante diariamente.

Desconfortos do 1º Trimestre

Náuseas e vómitos: Surgem com maior frequência no primeiro trimestre de gravidez e no período da manhã. O aparecimento de náuseas e vómitos é comum em cerca de 90% das mulheres grávidas, nesta fase da gravidez.

Orientações:

- Comer uma bolacha ou fatia de pão ao deitar e, 10min antes de se levantar;
- Levantar da cama lentamente;
- Comer poucas quantidades, várias vezes ao dia;
- Evitar cheiros que lhe provoquem náuseas;
- Cozinhar de forma a evitar refogados e condimentos;
- Ingerir líquidos (em pequena quantidade) no intervalo das refeições;
- Ingerir alimentos ricos em hidratos de carbono

Desconfortos do 1º Trimestre

Cansaço e fadiga

Orientações:

- Alternar períodos de descanso com períodos de actividade;
- Manter uma alimentação cuidada;
- Se mantiver cansaço, informe o seu enfermeiro/médico de família

Ptialismo: refere-se à produção excessiva de saliva, justificada pelas alterações hormonais. Esta situação poderá causar nauseas e vómitos.

Orientações:

Mascar pastilhas sem açúcar;

Ingerir bolacha de água e sal;

Ingerir rebuçados de mentol (atenção ao açúcar);

Desconfortos do 2º Trimestre

Pirose (azia): Ocorre devido a uma lentificação da motilidade Gastrointestinal, diminuição do peristaltismo e do tónus do cárdia (que irá aumentar o tempo de esvaziamento gástrico), assim como consequência da pressão intra-abdominal exercida pelo útero gravídico.

Orientações:

- Deitar com a cabeceira elevada;
- Ingestão de uma bolacha 30 a 60min antes de se levantar;
- Evitar posturas flectidas;
- Permanecer sentada, pelo menos, 30min após as refeições;
- Dieta polifraccionada;
- Ingerir leite ou chá de ervas morno para alívio temporário;
- Confeccionar os alimentos de forma a evitar fritos, gorduras, picantes e comidas muito condimentadas;
- Evitar hábitos nocivos;
- Informar o seu médico, pois poderá ser-lhe prescrita medicação para alívio de sintomas.

Cãimbras: ocorrem habitualmente durante o período de repouso.

Orientações:

- Fazer dorsiflexão do pé até total regressão;
- Realizar massagem e aplicar calor no respectivo músculo.

Elaborado por: Enf.ª Catarina Boal
Aluna do Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Alterações fisiológicas e desconfortos da gravidez

2º Trimestre de Gravidez

Desconfortos do 2º Trimestre

Edema e varizes: edema é o inchaço (principalmente na região dos tornozelos) devido àa alterações da circulação que provocam uma acumulação de líquidos nessa zona; as varizes, são dilatações das veias, provocadas pela debilidade das paredes dos vasos.

Orientações:

- Evitar permanecer muito tempo na mesma posição (de pé ou sentada);
- Alternar períodos de repouso com períodos de exercício (caminhada);
- Quando em repouso, permanecer com as pernas elevadas;
- Usar roupa de algodão e evitar roupa apertada;
- Usar meias de descanso (preferencialmente com compressão de 70mmHg, no entanto, se não tolerar poderá usar de 40mmHg);
- Realizar massagem suave e duche com água fria;
- Estar alerta para sinais de trombose venosa: edema local, rubor, dor (sina de Homans) e calor.

Desconfortos do 2º Trimestre

Hemorróidas: são também alterações do foro circulatório, que levam à formação de varizes na zona perineal; estão ainda relacionadas com alterações hormonais e o esforço para evacuar. Podem ocorrer pequenas perdas de sangue.

Orientações:

- Prevenir a obstipação;
- Realizar exercício físico regularmente;
- Aplicar gelo local e analgésico tópico.

Obstipação: Surge habitualmente no segundo e terceiro trimestres de gravidez, como consequência da diminuição dos movimentos intestinais provocada pelas alterações hormonais, como também pela pressão exercida pelo útero sobre o intestino.

Orientações:

- Praticar exercício físico de forma regular;
- Ingestão hídrica adequada (1,5l a 2l/dia);
- Dieta rica em fibras, vegetais, frutas e cereais;
- Informe o seu médico se mantiver obstipação, pois poderá prescrever-lhe medicação.

Desconfortos do 2º Trimestre

Lombalgias: O aumento do útero que provoca uma curvatura a nível da coluna, juntamente com a libertação de hormonas (estrogénio e relaxina) que irão amolecer os ligamentos da bacia por forma a aumentar a cavidade pélvica são os responsáveis pela lordose exagerada que se verifica na gravidez e que leva ao aparecimento de lombalgias pela sobrecarga a nível dos músculos lombares.

Orientações:

- Manter uma postura correcta;
- Evitar longos períodos em pé;
- Fazer períodos de repouso;
- Usar calçado confortável com salto baixo (cerca de 3cm);
- Se se sentir mais confortável, usar cinta de grávida com zona de sustentação;
- Baixar-se fazendo flexão das pernas;
- Para conforto, pode usar almofadas para apoio de braços e região lombar, quando está sentada ou a dormir;
- Evitar carregar pesos.

Desconfortos do 3º Trimestre

Emergência urinária: deve-se a pressão que o útero exerce sobre a bexiga, podendo ocorrer perda (insignificante) de urina.

Orientações:

- Urinar regularmente;
- Realizar exercícios de Kegel (para reforçar a musculatura pélvica) sempre que possível (preferencialmente 5 a 10 vezes por dia);
- Evitar o consumo de bebidas com cafeína por estimularem a micção;
- Reduzir a ingestão hídrica ao final do dia;
- Informar o enfermeiro e/ou médico se: dor ou ardor ao urinar, urina com cheiro intenso, presença de sangue na urina, algias pelvicas/sensação de barriga rija

Diminuição da amplitude respiratória e dispneia

Orientações:

- Utilizar almofadas adicionais sempre que sentir necessidade, quando está sentada ou a dormir;
- Evitar espaços fechados e sobrelotados;
- Evitar esforços físicos;
- Cessação tabágica;
- Informar o seu médico caso a sintomatologia se agrave.

Elaborado por: Enf.ª Catarina Boal
Aluna do Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Alterações fisiológicas e desconfortos da gravidez

3º Trimestre de Gravidez

Desconfortos do 3º Trimestre

Lombalgias: O aumento do útero que provoca uma curvatura a nível da coluna, juntamente com a libertação de hormonas (estrogénio e relaxina) que irão amolecer os ligamentos da bacia por forma a aumentar a cavidade pélvica são os responsáveis pela lordose exagerada que se verifica na gravidez e que leva ao aparecimento de lombalgias pela sobrecarga a nível dos músculos lombares.

Orientações:

- Manter uma postura correcta;
- Evitar longos períodos em pé;
- Fazer períodos de repouso;
- Usar calçado confortável com salto baixo (cerca de 3cm);
- Se se sentir mais confortável, usar cinta de grávida com zona de sustentação;
- Baixar-se fazendo flexão das pernas;
- Para conforto, pode usar almofadas para apoio de braços e região lombar, quando está sentada ou a dormir;
- Evitar carregar pesos.

Desconfortos do 3º Trimestre

Edema e varizes: edema é o inchaço (principalmente na região dos tornozelos) devido àa alterações da circulação que provocam uma acumulação de líquidos nessa zona; as varizes, são dilatações das veias, provocadas pela debilidade das paredes dos vasos.

Orientações:

- Evitar permanecer muito tempo na mesma posição (de pé ou sentada);
- Alternar períodos de repouso com períodos de exercício (caminhada);
- Quando em repouso, permanecer com as pernas elevadas;
- Usar roupa de algodão e evitar roupa apertada;
- Usar meias de descanso (preferencialmente com compressão de 70mmHg, no entanto, se não tolerar poderá usar de 40mmHg);
- Realizar massagem suave e duche com água fria;
- Estar alerta para sinais de trombose venosa: edema local, rubor, dor (sina de Homans) e calor.

Desconfortos do 3º Trimestre

Leucorreia

Orientações:

- É uma situação normal durante a gravidez, devido à descamação da parede vaginal, aumento da vascularização e alterações hormonais. Em um aspecto branco e leitoso, sem cheiro e não provoca prurido;
- Deverá informar o seu enfermeiro/ médico de família, caso sinta prurido, cheiro intenso ou alteração da coloração;
- Pode ser confundido com líquido amniótico, quando se torna mais abundante, no entanto se tiver dúvida deverá recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital da sua área de residência;
- Deverá realizar a higiene genital com água corrente e sabão neutro;
- Limpar os genitais da frente pra trás (da vagina para o ânus);
- Não usar penso higiénico diário;
- Usar roupa interior de algodão.

APÊNDICE II – Sessões do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

Amamentação

- Vantagens

Para a mãe:
- Ajuda a reduzir a hemorragia pós-parto;
- Facilita o regresso ao peso corporal;
- Reduz o risco de osteoporose, cancro da mama e ovários.

Para o bebé:
- Previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;
- Contém todos os nutrientes necessários até aos 6 meses de vida;
- Contém substâncias químicas que ajudam a evitar/aliviar a dor, sendo facilmente absorvido e digerido.

Económicas
- Poupa tempo e dinheiro por estar sempre disponível, sem necessidade de aquecimento, esterilização ou compra;
- Diminui risco de doenças, reduzindo a necessidade de consultas, medicamentos ou internamentos.

Amamentação

- Posicionamento do bebé

Figura 1: Posições para amamentar

Fonte: http://smsdc-cf-aloysioaugustonovis.blogspot.com/2016/08/040816-posicoes-para-amamentacao.html

Amamentação

- Sinais de boa pega:
  - Boca bem aberta;
  - Bochecha redonda - não faz "estalidos";
  - Há mais aréola visível acima da boca do bebé do que abaixo;
  - Lábio inferior virado para fora;
  - Queixo quase a tocar na mama;

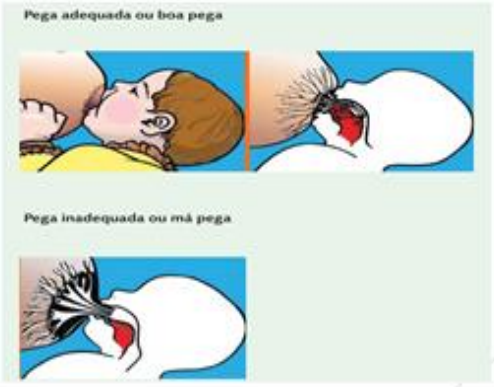


Figura 2: Boa pega e pega inadequada

Fonte: https://mesintogravida.wordpress.com/2012/08/01/campanha-de-aleitamento-materno-2012/

Amamentação

- Avaliação da pega do bebé

Figura 3

Fonte: https://junutri.wordpress.com/tag/pega-correta-e-incorreta/

Figura 4

Figura 5
Fonte: https://junutri.wordpress.com/tag/pega-correta-e-incorreta/

Figura 6
Fonte: http://www.papabem.pt/content/o-que-é-e-quais-consequências-do-uma-"pega"-incorreta

Amamentação

- Pequenas dificuldades:
  - Mamas ingurgitadas (principalmente no 2º/3º dia do pós-parto aquando da descida do leite);
  - Bloqueio dos ductos;
  - Mamilos dolorosos e/ou com fissuras;
  - Mastite.
- Horário das mamadas

Figura 7: Mastite

Figura 8: Mastite

Fonte:
https://ducabarreto.wordpress.com/2012/12/16/amamentacao-o-pesadelo-parte-2/

Trabalho de Parto

Falso Trabalho de Parto

- A dor cede com:
- Duche de 30min com incidência na região abdominal/lombar (consoante a dor)
- 1g de Paracetamol oral
- Descanso

Trabalho de Parto

- A dor não cede com as técnicas de relaxamento
- Aumento da intensidade das contracções com diminuição do intervalo entre si
- Recorrer ao Hospital quando contracções de 5/5 min

Quando recorrer ao Serviço de Urgência

Analgesia

Analgesia Epidural

Analgesia Endovenosa

Cuidados ao Recém-nascido

- Banho
- Segurança
  - Casa
  - Veículo
  - Engasgamento
- Sinais de alerta
  - Febre
  - Ausência/diminuição de eliminações
  - Vigilância coto umbilical: rubor, mau cheiro, "cogumelo" em redor, exsudado

Cuidados ao Recém-nascido

Vigilância da Puérpera

- Deve recorrer ao Serviço de Urgência em caso de:
  - Febre;
  - Sinais de mastite;
  - Lóquios com odor intenso;
  - Perda de sangue em abundante quantidade com saída de coágulos;
- Marcar consulta de planeamento familiar entre a 2ª e 3ª semana pós-parto;
- Marcar consulta de revisão de parto entre a 4ª e 6ª semana pós-parto;

Referências Bibliográficas

- Bértolo, Helena; Levy, Leonor (2012) - Manual de aleitamento materno. Consultado a 15/1/2019. Disponível em: https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=f0yv76on&id=830C147E1EC6F16FC97EF32AE8B01FF3DEE0F223&thid=OIP.f0yv76onyWFRRKNtSmDOpwAAAA&mediaurl=https%3a%2f%2fcriancasatortoeadireitos.files.wordpress.com%2f2013%2f10%2fmanual.jpg&exph=595&expw=420&q=manual+aleitamento+materno&simid=608028665964924587&selectedIndex=1&ajaxhist=0
- Lowdermilk, Deitra L; Perry, Shannosn E. (2008) - Enfermagem na Maternidade. 7ª ed. Loures: Lusociência
- Nené, Manuela; Marques, Rosália e Batista, Margarida A. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel
- https://fineartamerica.com/featured/darion-in-a-lotus-pod-anne-geddes.html

FELICIDADES

Terapias Complementares na Gravidez

A gravidez, TP e parto são processos fisiológicos normais, muitas TCA são apropriadas e úteis. A maioria são não-invasivas e apresentam poucos ou nenhuns efeitos secundários adversos (Koehn, 2000).

Muitas mulheres gostariam de ter um parto sem recurso a drogas ou métodos invasivos de tratamento da dor (Smith, Collins, Crowther, & Levett, 2011)

Terapias Complementares na Gravidez

- Yoga
- Acupressão (e Shiatsu)
- Acupunctura

Terapias Complementares na Gravidez - Yoga

Benefícios:

• **Fortalecimento muscular**, que irão ajudar a manter posturas correctas ao longo da gravidez e assim diminuir desconfortos
• **Alongamento e elasticidade dos músculos e tendões**, principalmente a nível da zona pélvica ajudando na preparação para o parto
• **Aumento da autoconfiança**
• **Exercícios respiratórios de influência energética** - ensinam a **captar energia** e a direcioná-la, diminuir o cansaço e controlar a ansiedade
• **Técnicas de relaxamento físico, emocional e mental**
• **Meditação** - o treino da concentração contínua
• **Não** é necessária a prática prévia à gravidez

Terapias Complementares na Gravidez - Yoga

Benefícios:

- **Atenua desconfortos da gravidez** como cãibras, enjoos, problemas respiratórios, insónias, dores musculares e articulares;
- **Melhora** a agilidade da coluna, a flexibilidade, a tonificação muscular e a oxigenação da mãe e do bebé;
- **Melhoria** na concentração e auto-estima;
- Ajuda a diminuir o stress materno e fetal

Yoga
Contra-indicações

- Risco de prematuridade;
- Placenta prévia depois de 26 semanas de gestação;
- Ruptura de membranas;
- Sangramento uterino persistente no segundo ou terceiro trimestre;
- Incompetência do colo do útero;
- Pré-eclampsia

Yoga – Trabalho de Parto e Parto

- Ajuda a ter uma percepção da dor, relativizando-a e conseguindo torná-la mais tolerável;
- Terá mais facilidade em relaxar;
- É facilitado o encaixe do bebé, devido à consciencialização do pavimento pélvico que fica mais forte e elástico e a bacia adquire mais abertura, tendo por base os exercícios relaizados ao longo da prática do yoga

Yoga no Pós-Parto

Efeitos:

- Anti-depressivo;
- Diminui ansiedade e stress;
- Melhora a qualidade do sono;
- Fortalece a postura, o pavimento pélvico e a coluna;
- Reduz tensões e desconfortos

Melhor recuperação pós-parto

Terapias Complementares na Gravidez – Acupunctura

- A acupuntura é uma prática terapêutica milenar originada no Oriente e inserida no conjunto de conhecimentos da Medicina Tradicional Chinesa, que envolve a estimulação de determinados pontos na pele com recurso a agulhas que pretendem restituir o fluxo energético;
- Visa alcançar o "equilíbrio energético", o alívio de dores agudas ou crónicas e o tratamento de diversas situações patológicas;

Terapias Complementares na Gravidez – Acupunctura

Indicações:

- Alívio de náuseas e vómitos;
- Indução de trabalho de parto;
- Versão de fetos pélvicos;
- Alívio de dores musculares;
- Pode ser utilizada inclusivamente em analgesias no trabalho de parto e parto;
- Tratamento de insónias no período pós-parto

Terapias Complementares na Gravidez – Acupunctura

Complicações (raras):

- Dermatite de contato,
- Hipotensão;
- Lipotimia;
- Tontura;
- Suores frios, mãos e pés frios e sensação de desmaio, quando se utilizam determinados pontos em pacientes extremamente ansiosos;
- Dor no local de aplicação.

Terapias Complementares na Gravidez – Shiatsu e Acupressão

Mesmos princípios da acupunctura, sendo as agulhas substituídas por pressão

Não é necessário equipamento específico, trata-se de uma técnica não invasiva (Hjelmstedt, et al., 2010).

Terapias Complementares na Gravidez - Acupressão

Uma das técnicas **mais eficazes para controlo da dor, tensão e stress**, fácil de ensinar, aprender e aplicar (Jimenez, 1995) apoiado por Yates & Anderson (2003).

As técnicas de acupressão podem ser utilizadas **durante a gestação, parto e pós-parto** com o objetivo de aliviar alguns desconfortos e a dor (Lowdermilk & Perry, 2008).

Interesse por parte de muitas mulheres no uso de formas adicionais de cuidado durante o TP (Smith, Collins, Crowther, & Levett, 2011)

As mulheres podem estar **desconfortáveis mas experienciar conforto e calma** (Koehn, 2000). As **mulheres em TP** necessitam identificar as intervenções capazes de providenciar alívio (Koehn, 2000)

Muitos sintomas fisiológicos da gravidez apresentam boa resposta à acupressão (Fraser & Cooper, 2010). A acupressão tem sido relatada como útil tanto para a **indução do trabalho do parto** como para **controlar a dor do parto** (Chung, Hung, Kuo, & Huang, 2003)

Terapias Complementares na Gravidez - Acupressão

Toque de alguns pontos pode aliviar a dor ou traduzir-se numa sensação de relaxamento. Algumas são aplicadas por profissionais de saúde treinados e outras podem ser aplicadas pelo indivíduo como auto-massagem. (Smith, Collins, Crowther, & Levett, 2011)

Pontos de bloqueio podem ser estimulados e assim serem libertadas e reequilibradas energias, acupressão na MTC ou o seu equivalente japonês – shiatsu. (Fraser & Cooper, 2010).

Pode ser aplicado calor, frio ou pressão nestes pontos (Lowdermilk, 2008). Existe um bloqueio ou redução das vias de transmissão nervosa disponíveis para a perceção da dor, impedindo que os sinais dolorosos alcancem o cérebro, permitindo a diminuição da perceção dos estímulos dolorosos (Lowdermilk, 2008).

Terapias Complementares na Gravidez - Acupressão

Acupressão estimula a libertação de oxitocina (Lee, Chang, & Kang, 2004)

A acupressão durante as contracções mostrou ser eficaz na redução da experiencia de dor das mulheres nulíparas durante a fase activa do TP (Hjelmstedt, et al., 2010).

O grupo submetido a acupressão experienciou o maior alivio da dor do TP de entre todos os grupos (Chung, Hung, Kuo, & Huang, 2003)

Terapias Complementares na Gravidez

Todas as mudanças na sociedade foram alvo de desconfianças, mesmo aquelas que eram verdades absolutas foram questionadas para serem aceites novas teorias que se mostraram evidenciáveis.

Referências Bibliográficas

- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). ***Enfermagem na Maternidade***. (7ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Crowther, C. A., & Levett, K. M. (2011). ***Acupuncture or acupressure for pain management in labour review***. Australia: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.
- Koehn, M. L. (2000). Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application of Kolcaba's Theory of Holistic Comfort. ***Holist Nurs Pract***, 15(1) 66-77.
- Hjelmstedt, A., Shenoy, S. T., Stener-Victorin, E., Lekander, M., Bhat, M., Balakumaran, L. ... Waldenström, U. (2010). Acupressure to reduce labor pain: a randomized controlled trial. ***Acta Obstetricia e Gynecologica***, 89, 1453-1459.
- Chung, U. L., Hung, L. C., Kuo, S. C., & Huang, C. L. (2003). Effects of LI4 and BL67 Acupressure on Labor Pain and Uterine Contractions in the First Stage of Labor. ***Journal of Nursing Research***, 11(4), 251-259.
- Jimenez, S. L. M. (1995). Acupressure: pain relief at your fingertips. ***International Journal of Childbirth Education***. 10 (4), 7-10, Acedido 06-07-2015. CINAHL Plus with Full Text. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1996007608&site=ehost-live
- Fraser, D. M., & Cooper, M. A. (2010). ***Assistência obstétrica um guia prático para enfermagem***. Rio de Janeiro: Elsiever Editora Ltda.
- Lee, M. y., Chang, S. B., & Kang, D.-H. (2004). Effects of SP6 Acupressure on Labor Pain and Length of Delivery Time in Women During Labor. ***THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE***, 10 (6) 959-965.

Trabalho de Parto e Parto

Enf.ª Catarina Boal (ACPLEESMO)

2019

Objetivos

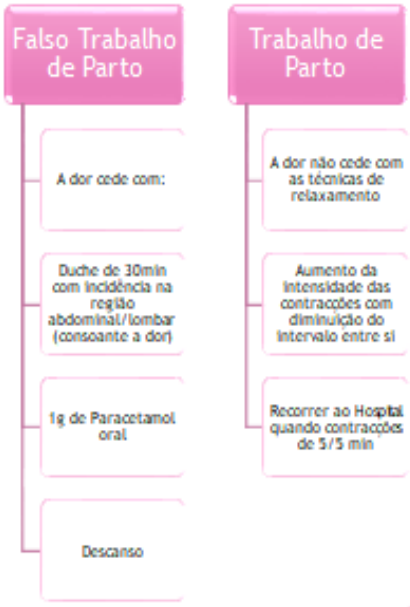
- Identificar os principais medos e receios relativamente ao trabalho de parto e parto;
- Explicar os motivos de ida à urgência;
- Transmitir as principais diferenças entre falso trabalho de parto e trabalho de parto;
- Explicar as alterações do canal de parto;
- Explicar diferenças entre parto normal e parto distócico;
- Conhecer métodos de alívio de dor

Trabalho de Parto e Parto

Trabalho de Parto e Parto

Quando recorrer ao Serviço de Urgência

Trabalho de Parto e Falso Trabalho de Parto



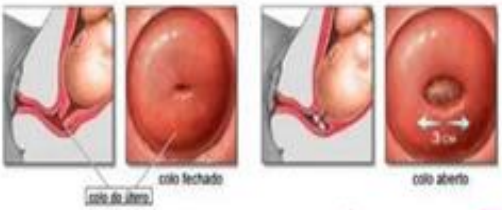
Trabalho de Parto

APAGAMENTO E DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO

Sem apagamento
Sem dilatação

Apagamento total
Dilatação de 2 cm

Apagamento total
Dilatação total 10cm

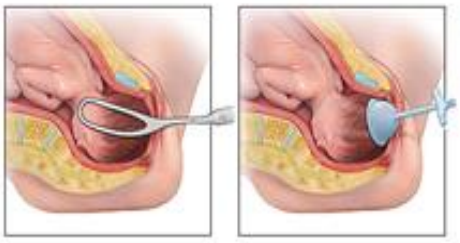


Episiotomia

- É uma incisão efetuada na região do **períneo** para ampliar o canal de parto;
- É realizada por necessidade e não por rotina;
- Importância dos exercícios de Kegel.

Parto distócico

- Fórceps;
- Ventosa;
- Cesariana



Métodos alívio da dor

Analgesia Epidural

Analgesia Endovenosa

Técnicas não Farmacológicas

Métodos alívio da dor - Analgesia Epidural

- Contra-indicações
  - Se não for desejo da grávida;
  - Alterações da coluna;
  - Dificuldade na flexão da coluna por patologia específica;
  - Doenças neurológicas;
  - Alterações da coagulação/terapêutica anticoagulante;
  - Grávida não consegue cooperar

Métodos alívio da dor - Analgesia Epidural

- Efeitos secundários
  - Nauseas e vómitos;
  - Hipotensão;
  - Tremores (por hipotensão);
  - Prurido;
  - Cefaleias.

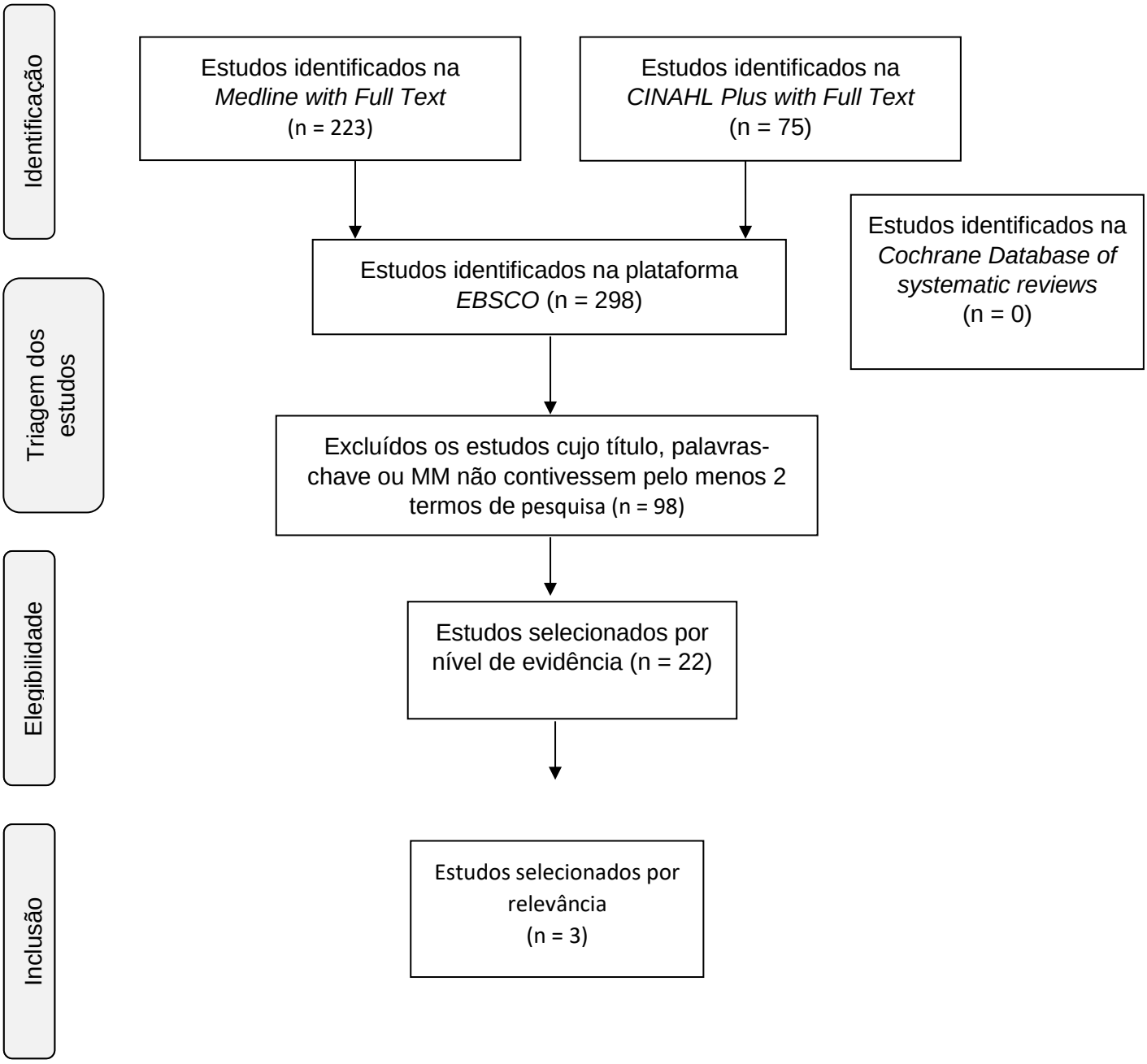
Referências Bibliográficas

- Lowdermilk, Deitra L; Perry, Shannosn E. (2008) - Enfermagem na Maternidade. 7ª ed. Loures: Lusociência
- Nené, Manuela; Marques, Rosália e Batista, Margarida A. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel
- https://www.gestacaobebe.com.br/gravida-pode-tomar-banho-de-banheira/
- https://observador.pt/2015/08/19/nascer-cesariana-so-mesmo-necessario/
- https://pixels.com/featured/sleeping-swan-anne-geddes.html

E assim nasce um bebé...

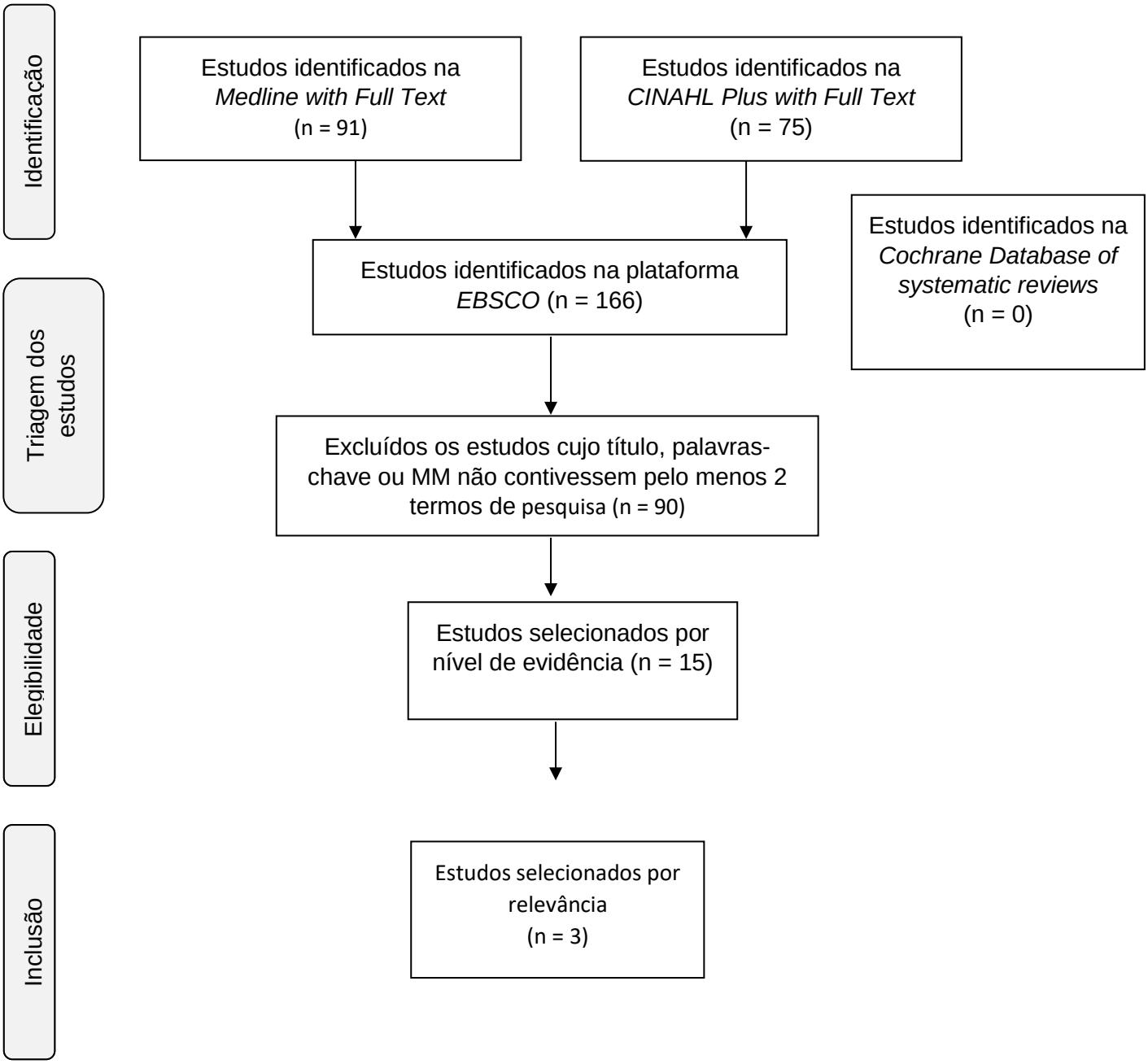
APÊNDICE III – Diagrama Prisma 2009 Adaptado

Pesquisa realizada de 1 a 30 de março de 2019



Fonte: *Joanna Briggs Institute* (2015)

Pesquisa realizada de 6 a 30 de maio de 2020



Fonte: *Joanna Briggs Institute* (2015)

APÊNDICE IV – Características dos estudos elegíveis

Características do artigo elegível "Supporting the transition to parenthood: Development of a group health-promoting programme"

Título do artigo	**"Supporting the transition to parenthood: Development of a group health-promoting programme"**
Autor	Buultjens, M; Murphy, G.; Milgrom, J.; Taket, A .& Poinen, D.
Ano de publicação	2018
País de Origem	Austrália
Objetivo do estudo	Analisar a implementação de um programa psico-educacional para pais pela primeira vez
População	Casais que foram pais pela primeira vez
Fatores enunciados	- Importância da existêcia de cuidados de saúde personalizados no pós-parto; - Desejo das puérperas em ter um elemento de referência com quem estabeleçam uma relação de confiança; - Estilo de comunicação pouco adequado por parte dos serviços de saúde; - Necessidade de uma maior comunicação com os médicos e enfermeiros, por parte dos casais; - De acordo com os casais, a preparação para o nascimento poderá influenciar favorávelmente a transição; - Análise comparativa de um grupo que teve o apoio de um programa psico-educacional relativamente a um grupo que não teve esse suporte.

Características do artigo elegível "Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model"

Título do artigo	**"Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model"**
Autor	Fahey, J. & Shenassa, E.
Ano de publicação	2013
País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivo do estudo	O artigo pretende apresentar os principais conceitos que caracterizam uma abordagem de promoção da saúde. Faz a introdução de um modelo de promoção de saúde para o período pós-parto, com o intuito de para orientar profissionais de saúde e investigadores a colmatar a lacuna existente nos cuidados de saúde, quanto às intervenções de promoção da saúde das mulheres no pós-parto. Este modelo de promoção da saúde materna perinatal baseia-se em resultados de estudos sobre as necessidades das mulheres no período pós-parto, bem como sobre os fatores determinantes da saúde materna.
População	Mulheres no período pós-parto
Fatores enunciados	- O primeiro ano de vida de um bebé pressupõe uma transição física e psicossocial para as mulheres, sendo um período temporal em que as mulheres estão mais suscetíveis a problemas de saúde não só por causas diretamente relacionadas com o parto, mas também pela diminuição do autocuidado relacionado com as exigências da maternidade; - A otimização da saúde das mulheres no ano seguinte ao parto requer uma mudança da abordagem da doença e tratamento para uma abordagem de promoção da saúde que se concentra no fortalecimento

	de 4 habilidades de vida que demonstraram promover a saúde: mobilização de apoio social, estratégias de coping, auto-eficácia e expectativas realistas; - Essas habilidades promovem a saúde de duas formas: diretamente, levando a comportamentos de melhoria da saúde e, indiretamente, servindo como atenuantes dos stressores deste período; - Os profissionais de saúde podem ajudar as mulheres a melhorar essas habilidades de vida por meio de mensagens, atividades e encaminhamentos educacionais direcionados durante o período pré-natal e perinatal. - O modelo de promoção da saúde materna perinatal é então constituído da seguinte forma: ao centro, encontram-se os principais componentes de um período pós-parto saudável: recuperação física da gravidez e parto; conhecer as necessidades da mãe, criança e restantes elementos familiares; capacidade de aquisição do papel maternal. A camada seguinte do modelo contém as principais habilidades individuais associadas a uma melhor capacidade das mulheres para alcançar os objetivos do período pós-parto. Estas quatro habilidades distintas, mas inter-relacionadas, são: mobilização do apoio social; autoeficácia, estratégias de coping e, expectativas realistas e estabelecimento de metas. Por fim, na camada externa do modelo encontram-se os recursos externos que podem ser necessários para um período pós-parto saudável, o que inclui o acesso a serviços clínicos, serviços de apoio social e/ou outros, informações e recursos materiais, como alimentação e habitação.

Características do artigo elegível "Women`s experiences of home visits by midwives in the early postnatal period"

Título do artigo	**"Women`s experiences of home visits by midwives in the early postnatal period"**
Autor	Dahlberg, U.; Haugan, g. & Aune, I.
Ano de publicação	2016
País de Origem	Noruega
Objetivo do estudo	Compreender as experiências das mulheres relativamente aos cuidados prestados pelas midwives em visitação domiciliária, durante o período pós-parto
População	24 mulheres primíparas e multíparas, com idades entre 22 e 37 anos a viver com os parceiros
Fatores enunciados	- O artigo evidencia 3 temas principais: 1. A importância da continuidade de cuidados e relacional; 2. - A importância da transmissão de informação e discurso no período pós-parto; 3. - Vulnerabilidade no período pós-parto; - Quando a mulher teve um relacionamento pessoal com a parteira responsável pela visita domiciliar, experienciou previsibilidade, disponibilidade e confiança. As mulheres queriam reconhecimento e tempo para falar sobre sua experiência de parto. - As mulheres referiram sentimentos de vulnerabilidade relativamento ao papel materno no início do período pós-natal assim como do processo de amamentação. - É importante promover modelos de continuidade relacional de cuidados obstétricos para abordar os aspetos emocionais do período pós-natal. As mulheres geralmente desejam discutir a sua experiência de parto com a parteira que esteve presente durante o mesmo.

	- A curta duração dos cuidados pós-natais nos hospitais, torna a visita da parteira alguns dias após o parto, ainda mais importante.

Características do artigo elegível "New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review"

Título do artigo	**"New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review"**
Autor	Wiklund, I.; Wiklund, J.; Pettersson, V. & Boström, A-M
Ano de publicação	2018
País de Origem	Suécia
Objetivo do estudo	Fornecer uma compreensão contextualizada de como os pais vivenciam os cuidados pós-natal em relação à informação e sensação de segurança
Método/População	Realizada pesquisa sistemática da literatura nas bases de dados pubMed e CINAHL entre Janeiro de 2002 e Agosto de 2017, com critérios de inclusão os cuidados pós natais e pais pela primeira vez, sendo incluídos no artigo 10 estudos (6 referentes à Suécia, 1 à Noruega, 1 ao Reino Unido e 2 à Austrália).
Fatores enunciados	- De acordo com a OMS, o propósito dos cuidados pós-natais é providenciar a melhor qualidade de cuidados e tratamentos, com o mínimo de intervenção por forma a optimizar a saúde e bem-estar da família. - O objetivo dos cuidados prestados a uma família no período pós-natal após o nascimento de uma criança saudável é fornecer aos pais apoio no papel parental, na amamentação e na interpretação dos "sinais" do bebé; devendo ser tido em conta as necessidades de toda a família e não apenas as da mãe. - A análise realizada delineou 3 categorias: 4. Expectativas com os profissionais de saúde: nesta categoria inclui-se a informação, continuidade de cuidados, competência, capacidade de resposta, participação e acessibilidade.

	5. Recursos próprios: que se refere a preparação para a parentalidade e à possibilidade de ter uma pessoa significativa disponível. 6. Confirmação: relacionado com saúde, habilidades e suporte. - É apontado como aspeto negativo a falta de consistência na informação fornecida quanto aos cuidados pós-natais, em especial no que diz respeito à amamentação. - Os pais expressaram o desejo de serem envolvidos em todas as decisões relacionadas com os cuidados prestados a si próprios e ao recém-nascido, referindo ser de extrema importância a continuidade de cuidados e a relação com a *midwife*. - A necessidade de cuidados adaptados à individualidade de cada família foi também um tópico abordado pelos casais, no qual foi novamente incluída a questão da continuidade de cuidados e a relação com a *midwife*. - A preparação para a parentalidade, foi um aspeto abordado como bastante importante para a sensação de segurança no que concerne aos cuidados ao recém-nascido.

APÊNDICE V – Termo de Consentimento Esclarecido para visitação domiciliária de Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA VISITAÇÃO

DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM

Concordo com a visita domiciliária a ser realizada pela Enfermeira Catarina Boal, estudante do 9º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A visita será desenvolvida no âmbito do Ensino Clínico que a estudante se encontra a realizar na instituição XXXXXXX assim como do seu projeto de estágio intitulado como "Dificuldades dos Pais no Pós-Parto: Intervenção do Enfermeiro Obstetra na Transição para a Parentalidade", tendo a mesma como objetivos a identificação das principais dificuldades dos pais no pós-parto assim como a prestação de cuidados de enfermagem (livres de quaisquer encargos) que visem colmatar essas mesmas necessidades assim como potenciais problemáticas identificadas.

Declaro também que me foram fornecidas todas as informações pela Senhora Enfermeira acima mencionada, inclusivé sobre os meus direitos, nomeadamente:

- Ter acesso aos melhores cuidados disponíveis, de acordo com as minhas necessidades;
- Ser tratado(a) com humanidade e respeito, tendo os cuidados a prestar o único objetivo de melhorar as minhas condições de saúde;
- Ter garantido o sigilo das informações que me digam respeito;
- Receber todas as informações disponíveis sobre a minha situação de saúde e sobre os cuidados prestados;
- Todas as alíneas anteriores aplicam-se de igual modo às informações, necessidades e cuidados respeitantes a qualquer outro membro do meu agregado familiar.

Data: ___/___/____

_____ _____

Assinatura da utente Assinatura do estudante

Este termo será assinado em duplicado, ficando um exemplar para a utente.