



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstétrica**

Cátia Salomé Simões Marques

Coimbra, junho de 2024





**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstétrica**

**LITERACIA EM SAUDE MATERNA: POSICIONAMENTOS A ADOTAR NO  
PERIODO EXPULSIVO DO TRABALHO DE PARTO**

Cátia Salomé Simões Marques

Orientadora: Professora Teresa Maria Campos Silva

Coorientadora: Professora Doutora Ana Bela de Jesus Roldão Caetano

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, junho de 2024



“A persistência é o  
menor caminho do êxito”  
(Charles Chaplin)



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Tiago e ao Dinis, porque são a minha âncora, a luz que ilumina os meus dias e que são o maior apoio na minha vida;

À minha família, pelo apoio incondicional que demonstraram;

Aos meus amigos, que compreenderam a minha ausência em vários momentos e que me deram forças para nunca desistir;

Às amigas que a especialidade me deu por estarem comigo neste percurso desde o primeiro dia;

Às professoras Teresa e Ana Bela, pela orientação e por toda a dedicação e incentivo;

Às enfermeiras tutoras que se cruzaram nos meus estágios e que contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista;

Às mulheres que, voluntariamente, se disponibilizaram para participar na realização deste estudo;

O meu muito obrigada!





## **SIGLAS**

CS – Centro de Saúde

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HTA – Hipertensão Arterial

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LSM – Literacia em Saúde Materna

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PP – Plano de Parto

PPPP – Preparação Para o Parto e Parentalidade

RCT – Registo Cardiotocográfico

RN – Recém-Nascido

SP – Sala de Partos

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UMMF – Unidade de Medicina Materno-Fetal



## RESUMO

**Enquadramento:** Ao longo do ciclo vital da mulher, e mais propriamente na gravidez, é essencial que esta adquira conhecimentos necessários para tomar decisões informadas e responsáveis e que influenciem a sua saúde enquanto grávida, bem como do recém-nascido. A literacia em saúde materna apresenta-se como uma estratégia de promoção de uma gravidez saudável, desenvolvendo na mulher conhecimentos e habilidades relativos à gravidez e à maternidade.

Da análise da literatura existente, emergiu a necessidade de estudar a Literacia em Saúde Materna: Posicionamentos no período expulsivo do trabalho de parto, na tentativa de obter respostas para melhor conhecer como as mulheres adquirem e utilizam a informação de forma a promover uma experiência positiva do seu parto.

**Objetivos:** Conhecer a literacia das grávidas no terceiro trimestre sobre os posicionamentos a adotar no período expulsivo do trabalho de parto.

**Metodologia:** estudo qualitativo do tipo exploratório-descritivo de nível 1, através de uma entrevista semiestruturada às grávidas no terceiro trimestre de gestação. Os dados obtidos destas entrevistas foram depois analisados e categorizados segundo a análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2015).

**Resultados:** da análise do discurso das participantes emergiram cinco domínios: parto humanizado; período expulsivo; tomada de decisão; plano de parto e assistência às grávidas. De acordo com os resultados obtidos, as grávidas procuram informação relativa ao tema e detêm conhecimentos que possibilitam a tomada de decisão aquando do seu trabalho de parto. No entanto este conhecimento deve ser melhorado e estas temáticas devem ser mais abordadas durante o período pré-natal.

**Palavras-chave:** Literacia; grávidas; posicionamentos; período expulsivo; trabalho de parto



## **ABSTRACT**

**Background:** throughout a woman's life cycle, and more specifically during pregnancy, it is essential that she acquires the knowledge necessary to make informed and responsible decisions that influence her health while pregnant, as well as that of the newborn. Maternal health literacy is presented as a strategy for promoting a healthy pregnancy, developing women's knowledge and skills related to pregnancy and motherhood.

**Objectives:** to know the literacy of pregnant women in the third trimester regarding the positions to adopt during the expulsive stage of labor.

**Methodology:** level 1 exploratory-descriptive qualitative study, through a semi-structured interview with pregnant women in the third trimester of pregnancy. The data obtained from these interviews were then analyzed and categorized according to Bardin's content analysis (Bardin, 2015).

**Results:** from the analysis of the participants' speech, five domains emerged: humanized birth; expulsive stage; decision making; birth plan and assistance for pregnant women. According to the results obtained, pregnant women seek information on the topic and have knowledge that enables decision-making during labor. However, this knowledge must be improved and these topics must be more addressed during the prenatal period.

**Keywords:** literacy; pregnant women; positions; expulsive stage; labor



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Visão esquemática dos domínios.....	51
Figura 2. Visão esquemática das categorias e subcategorias.....	52
Figura 3. Domínio: Parto Humanizado.....	55
Figura 4. Domínio: Período Expulsivo.....	62
Figura 5. Domínio: Tomada de Decisão na Maternidade.....	65
Figura 6. Domínio: Plano de Parto.....	67
Figura 7. Domínio: Assistências às Grávidas.....	70





## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica das participantes.....	49
Tabela 2. Caraterização obstétrica das participantes.....	50



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b> .....	21
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO</b> .....	21
1.1. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE .....	21
1.2. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE .....	22
<b>2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b> .....	24
2.1. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ-CONCESSIONAL .....	25
2.2. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL .....	25
2.3. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO .....	28
2.4. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL .....	31
2.5. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO .....	32
2.6. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA GINECOLÓGICA .....	33
2.7. CUIDADOS ÀS MULHERES EM IDADE FÉRTIL INSERIDAS NA COMUNIDADE 33	
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b> .....	34
<b>PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – LITERACIA EM SAÚDE MATERNA: POSICIONAMENTOS A ADOTAR NO PERÍODO EXPULSIVO DO TRABALHO DE PARTO</b> .....	36
<b>4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	36
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	45
5.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	45
5.2. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	46
5.3. TRATAMENTO DOS DADOS .....	47
5.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	48
<b>6. RESULTADOS DO ESTUDO</b> .....	49
6.1. CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	49

6.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	51
<b>CONCLUSÃO</b> .....	71
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	73

## **ANEXOS**

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Projeto de Estágio

APÊNDICE II – Sessões de Educação para a Saúde no âmbito do programa Terna Aventura

APÊNDICE III – Sessão de Educação para a Saúde – “Menopausa”

APÊNDICE IV – Sessão de Educação para a Saúde – “Afetos e Sexualidade” e “Violência no Namoro”

APÊNDICE V – Instrumentos de recolha de dados

## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se na unidade curricular Estágio com Relatório, integrado no IX Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), referente à componente de estágio e à componente investigativa, no período compreendido entre janeiro e novembro de 2021 sob orientação da professora Teresa Maria Campos Silva e coorientação da professora doutora Ana Bela de Jesus Roldão Caetano.

A aquisição do grau de mestre engloba competências académicas que devem ser desenvolvidas juntamente com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e também das competências comuns do enfermeiro especialista, ambas consagradas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, 2019b)

O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados. A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção, tendo em conta as necessidades de saúde da população alvo (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

O estágio apresenta-se como um complemento à parte teórica, com o desenvolvimento de competências, através dos momentos formativos práticos em contexto real, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional (saber ser, saber fazer, saber estar e saber-saber). Considero que os estágios têm uma componente formativa essencial, pois permitem não só a consolidação de conhecimentos, como o desenvolvimento de competências profissionais. A realização destes estágios permite ao aluno consciencializar-se gradualmente dos diferentes papéis que o enfermeiro especialista desenvolve na prestação de cuidados e das competências necessárias para o seu desempenho.

Este estágio permitiu atingir os objetivos delineados no Projeto de Estágio (Apêndice I) e desenvolver e aperfeiçoar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EESMO.

A elaboração do relatório individual de estágio tem como propósito a realização de uma análise reflexiva das atividades e competências desenvolvidas e adquiridas no decorrer do estágio, o que favorece a aprendizagem profissional. Neste relatório, além da análise

descritivo-reflexiva das atividades e competências desenvolvidas, é apresentada a componente investigativa, com o aprofundamento teórico sobre a temática “Literacia em saúde materna sobre os posicionamentos a adotar durante o período expulsivo do Trabalho de Parto (TP)”. A escolha por esta temática surgiu do contexto atual em que cada vez mais existem partos medicalizados, distanciando-se daquilo que é o parto fisiológico. Considero que ao promover a literacia em saúde durante a gravidez posso promover a mudança nos serviços de saúde e nas práticas clínicas, proporcionando uma maternidade mais saudável e segura, indo de encontro às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para uma experiência de parto positiva.

Assim, o objetivo da investigação é conhecer a literacia das grávidas no terceiro trimestre sobre os posicionamentos a adotar no período expulsivo do TP.

Relativamente à estrutura, este relatório está dividido em duas partes principais, visando uma estruturação lógica dos conteúdos. Na primeira parte serão caracterizados os contextos onde decorreram os diferentes estágios e, posteriormente, as atividades desenvolvidas nos mesmos, tendo por base as competências específicas do EESMO, descritas pela OE e no final da primeira parte será realizada uma análise reflexiva dessas mesmas atividades de acordo com as competências específicas e de eventos inerentes ao processo de aprendizagem. A segunda parte será a componente investigativa, com o desenvolvimento de um estudo relevante para a prática profissional do EESMO. Esta segunda parte divide-se em quatro capítulos: o primeiro onde é realizado um enquadramento teórico do estudo; o segundo onde se descreve a metodologia do estudo (o tipo de estudo, objetivos, questões de investigação, população, instrumento de recolha de dados, procedimentos éticos e formais e procedimento para a análise de dados); o terceiro onde se faz à análise e discussão de resultados e o último onde se realiza uma síntese conclusiva do estudo.

De referir, que todo o trabalho respeita as normas de elaboração de trabalhos escritos da American Psychological Association, versão 6 e da ESEnfC

## **PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

### **1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

É nos estágios que há um maior desenvolvimento de competências, tendo como principal estratégia de aprendizagem a participação em todas as situações que promovam o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à mulher e sua família ao longo do seu ciclo vital.

Tornou-se essencial definir os objetivos individuais de aprendizagem e as atividades planeadas para os alcançar, de forma a poder cumprir os indicadores de avaliação para a Unidade Curricular Estágio com Relatório, em contexto hospitalar e em contexto da comunidade, baseadas no regulamento de Competências Específicas para o EESMO, definidas pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

#### **1.1. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE**

Os locais de estágio em contexto de prestação de cuidados na comunidade incluem o serviço de Consulta Externa de uma maternidade central, realizado em fevereiro de 2021, num total de duas semanas e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), realizado entre abril e junho de 2021, num total de 10 semanas, ambos na zona centro. Pelo contexto de pandemia e com todas as restrições existentes na altura, com a mobilização de enfermeiros para a vacinação e testagem não foi possível realizar o estágio em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF).

Relativamente à Consulta Externa, são assegurados cuidados diferenciados à mulher grávida e puérpera, Recém-Nascido (RN) e família, direcionando-se especificamente para a gravidez de risco, em articulação com as Unidades de Cuidados de Saúde Primários.

Os EESMO fazem o acompanhamento da grávida onde desenvolvem diversas atividades, tais como o acolhimento da grávida na consulta, avaliação dos parâmetros vitais, colheita de espécimes para análise, Registo Cardiotocográfico (RCT) e desenvolvimento de estratégias individuais ou em grupo, tendo em vista o processo de transição que é a maternidade,

promovendo uma alimentação equilibrada, a promoção do aleitamento materno, orientações para TP e parto e orientações para o regime terapêutico, entre outras.

Após a gravidez, também são acompanhadas puérperas que desenvolveram alguma complicação, nomeadamente Hipertensão Arterial (HTA) e Diabetes Gestacional (DG) bem como mulheres que tiveram de realizar Interrupção Médica da Gravidez (IMG).

Relativamente à UCC, são prestados cuidados de saúde e apoio social e psicológico, sejam eles domiciliários ou comunitários. Estes são prestados a diversos grupos-alvo, sejam pessoas, grupos vulneráveis ou famílias em situação de maior risco social ou de dependência funcional. Intervêm sobretudo na educação para a saúde e integração dos grupos-alvo em redes de apoio. (Decreto de Lei nº 52/2022). Na área da Saúde Materna e Obstétrica, esta UCC integra o projeto “Vou Nascer”, onde são realizadas consultas individuais de preparação para o parto e pós-parto, com o principal objetivo de ajudar os casais a vivenciarem a parentalidade de forma positiva. Este acompanhamento é realizado na gravidez, bem como no pós-parto, com visitas domiciliárias. A par com este projeto, dinamiza-se nesta UCC sessões em contexto escolar, mais relacionadas com a sexualidade e saúde reprodutiva e ainda sessões individuais consoante as necessidades manifestadas pela população.

## 1.2. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE

O estágio na maternidade foi realizado no serviço de Puerpério, durante o mês de janeiro de 2021, num total de 3 semanas, na unidade de Medicina Materno-Fetal (UMMF), nos meses de fevereiro e março de 2021 e na Sala de Partos (SP) durante 16 semanas, de junho a novembro de 2021, neste caso dentro da mesma maternidade central.

Neste contexto, a admissão das grávidas é efetuada no Serviço de Urgência da Maternidade, sendo posteriormente encaminhadas para a UMMF, para a SP, ou para o domicílio. Após o acolhimento na UMMF, as grávidas são encaminhadas para as diversas áreas existentes no serviço, de acordo com a condição clínica: utente em situação de indução de TP, pré-parto e patologia associada e/ou concomitante com a gravidez (situações de gravidez de alto risco), ou ainda situações de IMG.

Nos casos de gravidez de alto risco, é exigido uma maior mobilização de conhecimentos do EESMO, em que para além da gravidez coexistem outras patologias, específicas da gravidez ou de base da grávida. Por este motivo, torna-se um dos contextos mais desafiantes, com constante mobilização da componente teórica e estudo dos protocolos instituídos na unidade para poder dar uma resposta eficaz.



As grávidas em TP seguem posteriormente para a SP.

Após o parto, as puérperas são encaminhadas para os serviços de internamento de puerpério. Nas situações em que se verifique que os RN necessitam de cuidados especializados, são transferidos para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

## 2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Os objetivos específicos, as ações a desenvolver e respectivas estratégias para a sua concretização, representam aquilo a que me propus realizar para atingir as metas definidas no âmbito do estágio, ou seja, alcançar um nível de aprendizagens significativas em ESMO e, conseqüentemente, adquirir as competências de Enfermeiro Especialista, tanto comuns como específicas para o EESMO.

Todas as habilidades e experiências mínimas exigidas pela OE para a aquisição do título de especialista foram atingidas, nomeadamente:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo estudante de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o estudante participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica — Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos — A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e RN normais;
- Observações e cuidados a RN que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como RN de peso inferior ao normal e RN doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia (Decreto de Lei nº 26/2017).

De seguida irei abordar as aprendizagens adquiridas segundo as competências específicas do EESMO estipuladas pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

## 2.1. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ-CONCECIONAL

Para desenvolvimento desta competência houve oportunidade de realizar sessões educativas em grupos de adolescentes, nas escolas, onde pude mobilizar conhecimentos sobre os tipos de métodos contraceptivos existentes, vantagens e desvantagens e a importância de um uso correto, não só para prevenção de gravidezes indesejadas como também de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e desmistificação de alguns mitos relacionados com a sexualidade.

Neste contexto não houve oportunidade de realizar consultas individualizadas, onde os jovens estariam mais à vontade para esclarecimento de dúvidas e num âmbito livre de julgamentos, onde poderiam ser abordados diferentes temas, para além da sexualidade, métodos contraceptivos ou IST, como a alimentação, distúrbios psicológicos e/ou emocionais, bem como consumo de álcool e drogas.

De realçar a importância do papel EESMO na abordagem de temas como a vivência da sexualidade saudável e saúde sexual e reprodutiva com especial incidência sobre os homens, visto que recorrem aos serviços de saúde de forma menos regular que as mulheres, tornando-se um grupo mais vulnerável.

## 2.2. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL

Durante o estágio, tanto em contexto de comunidade como hospitalar, tive a oportunidade de experienciar inúmeras situações, com grávidas de baixo risco, mas também de alto risco, com patologias pré-existentes ou concomitantes com a gravidez como a DG, HTA, gravidez gemelar, entre outras.

Tendo em conta as patologias existentes, a minha integração e desempenho nas diversas consultas, foi realizada através de estudo contínuo e pesquisas frequentes, bem como leitura de protocolos existentes e a observação da conduta pela enfermeira tutora durante as consultas; com a observação dos ensinamentos sobre a DG permitiu-me também realizar eficazmente os ensinamentos relativamente à avaliação da glicémia, do uso de insulina e dos hábitos alimentares. As consultas de DG foram as que mais realizei ao longo das duas semanas de estágio nas consultas externas. A DG é uma patologia com um risco acrescido para a gravidez pelas complicações que podem advir tanto para a mãe como para o bebé, sendo a mais grave e mais comum a macrossomia fetal e a hipoglicémia do RN. Neste caso procurei assumir o papel de educadora, de forma a ajudar as grávidas na adaptação a esta nova situação e ensinamentos relativos à dieta, a autovigilância da glicémia, o exercício físico e, se

prescrito, o uso de insulino terapia, requerendo na equipa uma disponibilidade física, emocional, bem como o envolvimento da grávida (Nené, Marques & Batista, 2016).

Também tive oportunidade de realizar vigilâncias da gravidez na adolescência, que são vigilâncias de grande especificidade, pela exigência de um maior apoio, tanto familiar como profissional, para que a transição para a parentalidade seja positiva para todos os elementos. Neste contexto, apareceram diversos casos em que se sentia a necessidade de intervir de uma forma mais especializada e pormenorizada, já que a maioria das grávidas não tinham o apoio de um dos progenitores e a maioria não frequentou programas de preparação para o parto.

No decurso do meu estágio tive sempre presente o programa nacional de vigilância de gravidez de baixo risco. Tendo em conta o contexto pandémico vivido na altura, a grávida ia à consulta sozinha, sendo a minha preocupação de elucidá-la e empoderá-la o mais eficazmente possível. Os meus ensinamentos incidiram nos desconfortos da gravidez, de acordo com o trimestre em que se encontrava, alimentação saudável, desenvolvimento fetal, TP, entre outros, com entrega de material de apoio à grávida, como panfletos, pois existe evidência científica que comprova o aumento de conhecimento através da entrega de folhetos informativos.

Devido à COVID-19, não houve oportunidade de envolver diretamente o companheiro/acompanhante em todo o processo da gravidez, pois encontravam-se impedidos de participar nas consultas, mas prestei os meus ensinamentos de modo que as grávidas pudessem levar a informação que seria útil para o envolvimento do mesmo.

Tanto na Consulta Externa, como na UMMF tive oportunidade de realizar os exames pré-natais, com a vigilância do bem-estar materno-fetal, como as manobras de Leopold, avaliação da altura do fundo uterino ou auscultação cardíaca fetal, e RCT. Este procedimento é realizado em várias fases da gravidez e tem um forte impacto na grávida e no casal, onde estes podem ouvir o foco cardíaco fetal. Durante o procedimento, explicava o objetivo do RCT, o que iríamos avaliar a partir deste e os resultados que constavam na folha de registo, diminuindo assim alguma ansiedade presente na mulher. Sinto que inicialmente tive alguma dificuldade em interpretar os RCT, mas progressivamente, a autonomia na sua interpretação foi alcançada, com estudo em casa, bem como esclarecimento de dúvidas junto das enfermeiras tutoras, validando a iminência de um TP ou ocorrência de alguma complicação fetal.

Ao longo do estágio contactei com situações de abortamento ou IMG, sendo possível responder a um dos objetivos: promover a saúde da mulher e família em situações de abortamento ou feticídio. Considero que foi para mim o mais difícil nestas semanas, principalmente no que diz respeito à gestão das emoções da grávida, que se encontram

ansiosas e sozinhas neste processo, pela ausência dos companheiros ou familiar de referência, pelo contexto de Covid. Sem dúvida que o mais importante nestas situações é a escuta ativa, a presença física, o “nós estamos aqui”, trazendo alguma tranquilidade às mulheres nesta fase da sua vida. Lazure (1994, p.14) refere que a relação de ajuda “(...) engloba não só a presença física do enfermeiro junto do doente, mas também todo o seu ser”. Quando estamos em relação de ajuda há todo um envolvimento e devemos acima de tudo compreender o outro. “Respeitar-se é acreditar que somos seres únicos capazes de decidir o que é melhor para nós...respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é...” (Lazure, 1994, p.51).

Também assisti grávidas/casais em situações específicas em contexto de internamento, como rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intrauterino ou ameaça de parto pré-termo, bem como complicações induzidas pela gravidez (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, DG). Neste sentido planeei e realizei diferentes atividades para alcançar este objetivo, atividades essas que passaram pela observação da conduta do enfermeiro na assistência à grávida em situação de risco materno-fetal criando um ambiente de empatia e segurança, interpretação e avaliação da informação presente no processo clínico e boletim de saúde da grávida.

Também houve oportunidade de participar em projetos existentes nos diversos locais de estágio. No contexto da comunidade participei no projeto “Vou Nascer” e foram realizadas diversas sessões de preparação para o parto, as quais eram sessões individuais, com as grávidas e companheiros, com um plano estabelecido, com temáticas, como é preconizado pela OE. No início foi sugerido a realização de algumas sessões online, onde pudéssemos juntar todas as grávidas, pois consideramos que a partilha de experiências é enriquecedora para a vivência da gravidez, mas que não foram possíveis de realizar, pela mobilização da enfermeira tutora para centros de vacinação e testagem que ocupava grande parte das suas horas de trabalho semanal.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2016) refere que a preparação para o parto assenta no princípio de que o afastamento do medo e a criação de uma atitude positiva perante o parto ajuda a mulher a reduzir a sua ansiedade e promove o seu relaxamento muscular. Torna-se boa prática empoderar as grávidas e companheiros/acompanhantes de forma a estes se sentirem prontos e capazes de enfrentar as situações de parto e parentalidade.

Pude colocar em prática os conhecimentos no que diz respeito aos ensinamentos em diversas áreas, principalmente os cuidados ao RN, o TP e estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, incluindo uma parte prática, com a realização de exercícios de preparação

para o parto. A técnica da respiração também foi algo bastante trabalhado com as grávidas, pois um controlo adequado da respiração permite que as mulheres se sintam mais relaxadas e que consigam manter um controlo maior no seu parto.

A presença dos companheiros enriqueceu as nossas sessões, onde eles colocavam várias questões pertinentes, e lhes foi dado ferramentas para apoiarem a grávida durante o TP e também no pós-parto, sendo um elemento fundamental para uma experiência positiva da transição para a parentalidade. Os homens têm necessidades psicológicas, emocionais e físicas específicas relacionadas com a sua preparação e adaptação à paternidade, que é necessário ter em conta, devendo ser apoiados, escutados e esclarecidos.

Foram ainda preparadas sessões online de preparação para o parto e nascimento no âmbito do projeto “Terna Aventura” da ESEnfC.

Estas sessões tiveram como objetivo ensinar e esclarecer dúvidas dos futuros pais, tais como as realizadas em contexto da UCC, mas num formato online. Em todas as sessões havia uma componente teórica e a realização de exercícios práticos adequados à idade gestacional. Aquando da realização dos mesmos os pais eram sempre incentivados a participar com as grávidas.

### 2.3. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Foi no estágio em contexto hospitalar que pude desenvolver as minhas competências nesta área.

Nas situações de indução de TP pude observar todos os procedimentos que podem ser realizados (seja farmacológico ou mecânico), e também como cada grávida pode responder de maneira diferente. Ao iniciarem o TP foi-me possível instruí-las para prevenção da dor, com aplicação de várias estratégias que aprendi ao longo do ano teórico do MESMO. Apliquei várias estratégias não farmacológicas, como a aplicação de quente, a deambulação, a massagem e o uso da bola de pilates. Estas estratégias foram instruídas e treinadas junto das grávidas para alívio da dor.

Geralmente as grávidas são acolhidas na SP quando se encontram na fase ativa do TP, ou seja, com contratilidade uterina regular, 4cm de dilatação cervical e com extinção/apagamento do colo. Excecionalmente, podem ser admitidas na SP, com menor dilatação do colo devido ao difícil controlo dos níveis de dor ou a complicações materno-fetais.

Neste local de estágio foram inúmeras as atividades desenvolvidas relacionadas com os meus objetivos de estágio e que me permitiram prestar cuidados de enfermagem especializados de

forma autónoma, à parturiente, acompanhante e RN, tanto em partos eutócicos, como distócicos e com patologia associada à gravidez, tendo sempre presente a promoção de um ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e RN.

De forma a garantir um ambiente seguro durante o TP, o acolhimento foi sempre executado de forma humanizada, valorizando os sentimentos que conseguem e não conseguem exprimir. Expliquei às parturientes a fisiologia do TP, em que fase do mesmo se encontrava, o que seria expectável a partir daquele momento, quais os sinais de alerta e quando seria fundamental o cuidado de um profissional de saúde. Quando o acompanhante era o pai do RN, tentei perceber quais as expectativas deles para o momento do parto, questionando acerca da participação em Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPPP), e se tinham elaborado Plano de Parto (PP). Apesar de a grande maioria das parturientes/casais não ter realizado PP compreendi que de facto o parto tinha sido idealizado, tendo os casais feito uma construção mental do mesmo.

Aquando da abordagem inicial com as parturientes privilegiei a existência ou não de dor, e a intensidade da mesma. A dor em obstetrícia é considerada como um processo fisiológico, mas se muito intensa pode provocar respostas metabólicas e anti-inflamatórias que podem afetar o bem-estar materno-fetal. É da competência do EESMO auxiliar as parturientes no controlo da dor do parto, utilizando os métodos não farmacológicos para o seu alívio. A presença de um acompanhante é muito importante para o apoio e alívio da dor da mulher, contribuindo para uma experiência positiva do parto (Aveiro & Velosa, 2016).

Após perceber que tipo de analgesia a mulher pretendia, que na maior parte das situações era optado pela analgesia epidural foram esclarecidas as dúvidas existentes e também colaborei com o anestesista na realização da técnica. Foram dadas a conhecer medidas não farmacológicas, muitas vezes de forma complementar à analgesia epidural, incentivando e envolvendo o acompanhante, como por exemplo na realização da massagem. Também foram instruídos exercícios respiratórios, que ajudavam a reduzir a ansiedade das parturientes.

Também realizei outras intervenções como a promoção da ingestão hídrica por parte das parturientes e o auxílio para encontrar uma posição confortável na cama, quando, após analgesia epidural, não era possibilitada a deambulação, bem como adotar posições que poderiam ser facilitadoras da evolução do TP.

Durante este estágio pude desenvolver competências relativas à interpretação dos RCT's, considerando que não tive grandes dificuldades na sua avaliação, também pelo fato de já ter alguma prática pelos estágios anteriores, e pude sempre tirar as minhas dúvidas com a enfermeira tutora. Assim diagnostiquei e preveni complicações quer para a saúde da parturiente, quer para a do RN respondendo assim a uma das competências "diagnostica

precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do RN” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.5). Para além disso também a monitorização do TP através do partograma, estando alerta para os sintomas referidos pela mulher e realizando a avaliação física da mesma e do bem-estar fetal, permitiu-se desenvolver a competência atrás referida.

Nas situações de risco materno-fetal (sendo as mais frequentes os RCT não tranquilizadores, com presença de desacelerações, bradicardia ou taquicardia fetal, taquissístolia, HTA ou líquido amniótico com presença de mecónio), e após validar a informação com a enfermeira tutora, foram referidas à equipa médica, permitindo um trabalho multidisciplinar eficaz.

Relativamente ao toque vaginal, considero que ao longo deste estágio não senti grandes dificuldades quanto à avaliação da dilatação cervical, bem como as outras características do colo. A principal dificuldade prendeu-se com a variedade da apresentação e planos de Hodge, pelo fato de muitas vezes confundir as diferentes fontanelas. No entanto, com a prática, com a ajuda da enfermeira tutora e também com a palpação das fontanelas do RN aquando dos cuidados imediatos pude melhorar a minha prática e também conseguir identificar mais facilmente a variedade da apresentação.

Realizei ao longo do estágio partos eutócicos, e houve oportunidade de colaborar com outros elementos da equipa multidisciplinar em partos distócicos. Considero ter existido uma evolução positiva na execução dos mesmos. Nos primeiros senti-me um pouco nervosa, mas à medida que ia tendo mais prática, senti que esse nervosismo ia decrescendo, adquirindo assim uma maior autonomia na realização de todos os passos necessários de um TP.

Relativamente à episiotomia, considero que nem sempre foi fácil para mim perceber se naquela situação específica a necessidade de fazer episiotomia era relevante. Com a observação de alguns partos e com algumas orientações da enfermeira tutora, com o tempo esta dificuldade foi ultrapassada, permanecendo apenas algumas dúvidas em situações mais específicas. A técnica da episiotomia é facilmente compreendida em teoria, no entanto na prática, nem sempre foi fácil executar, existindo por vezes algum receio quanto ao tamanho do corte e à sua orientação. Relativamente à episiorrafia, ou correção de lacerações, a minha principal dificuldade foi na sutura da mucosa vaginal, tendo em conta que toda a estrutura varia de mulher para mulher, sendo que tanto o plano muscular como a pele se tornaram mais simples e nos quais não senti tanta dificuldade. De qualquer forma considero que o treino e a experiência contribuíram positivamente para as minhas melhorias na sua execução.



#### 2.4. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL

Ainda na SP procurei prestar os cuidados imediatos ao RN. Nesse sentido, preparei a unidade/box para o receber, verificando previamente a funcionalidade dos equipamentos para os casos em que o RN pudesse nascer com alterações fisiológicas ou quando o pediatra realizava a avaliação física.

Nos primeiros turnos observei a conduta da minha enfermeira tutora e de outras enfermeiras, mas rapidamente consegui prestar estes cuidados autonomamente, com a administração da vitamina K, avaliação do peso, o exame físico geral e a atribuição do índice de Apgar, bem como vesti-los e promover o rápido aquecimento do bebê, com a secagem da pele e colocação do gorro, bem como a aplicação dos panos quentes, substituindo-os com regularidade.

Tanto a puérpera como RN permanecem durante cerca de duas horas após o parto na SP, período também designado por quarto estádio de TP. Tive oportunidade de prestar cuidados à puérpera e RN, apoiando o contacto pele a pele, sempre que as condições o permitiam, algo muito valorizado pelo casal. Também promovi a amamentação na primeira hora de vida, sempre que a mulher manifestasse querer amamentar, instruindo-as da sua importância, de acordo com as orientações da OMS e UNICEF.

O início precoce do aleitamento materno tem benefícios, principalmente no estabelecimento da amamentação e também na promoção do vínculo mãe-bebê. Um dos principais focos de atenção do EESMO é a promoção, proteção e suporte da amamentação, influenciando diretamente a adoção de comportamentos saudáveis, permitindo um início de vida saudável (DGS, 2014). Na amamentação, as maiores dificuldades incidiram na pega do bebê e em situações de mamilos rasos ou umbilicados.

Ainda na SP e antes da ida da mulher e do RN para o internamento, realizei alguns ensinamentos, de forma a promover a transição e adaptação à parentalidade. Também neste período a avaliação da mulher é muito importante, como a avaliação dos sinais vitais, as perdas hemáticas, a avaliação do globo de segurança de Pinard. Também instruí as puérperas acerca dos cuidados vulvoperineais.

No serviço de puerpério também houve oportunidade para o desenvolvimento desta competência. Para a sua concretização foram realizadas várias atividades, como avaliação de glicemia capilar, de acordo com o protocolo do serviço, o banho do RN, administração da vacina da hepatite B, educação para a saúde sobre os cuidados ao RN às puérperas e também cuidados com a própria durante o período pós-natal.

De todos os cuidados prestados, o mais desafiante foi sem dúvida a amamentação, principalmente na assistência às puérperas que tinham maior dificuldade em colocar os RN à mama. Apesar de ter os conhecimentos necessários, aplicá-los nem sempre se mostrou muito fácil, pela unicidade que se confere ao ser humano, mostrando-me que é necessário estar atenta à puérpera e RN que estamos a cuidar e que apresentam necessidades específicas. Neste sentido promovi a amamentação, aplicando medidas de suporte e de apoio à puérpera, contribuindo também para desenvolver competências no período pós-natal.

Considero que todos os ensinamentos prestados às puérperas foram importantes para o desenvolvimento das suas competências parentais, que se viram privadas do acompanhamento da pessoa significativa ao longo do internamento pelo contexto pandémico vivido na altura.

Pude constatar que a ausência de visitas/acompanhante significativo dificultou o desenvolvimento das competências parentais nas puérperas, que, apesar da presença dos profissionais de saúde e do seu auxílio na prestação dos cuidados ao RN, se sentiam por vezes desanimadas quando tinham maiores dificuldades em cuidar do seu bebé. Também as puérperas, cujos bebés ficaram na UCIN se mostravam mais ansiosas e com maior labilidade emocional por não terem os seus bebés junto delas, sendo aqui o nosso apoio e assistência uma peça fundamental no seu internamento.

Relativamente à contraceção no pós-parto, esta deve ser discutida durante o período pré-natal e reforçada depois no puerpério, pelas vantagens inerentes ao espaçamento entre nascimentos. A escolha do método contraceptivo tem em conta diferentes fatores, que devem ser discutidos com a mulher/casal (DGS, 2008). Por isso foram sempre esclarecidas as dúvidas sobre a contraceção e orientada a mulher/casal consoante as suas necessidades.

Durante o estágio na comunidade, foram realizadas e preparadas sessões pós-parto no âmbito do projeto “Terna Aventura”, onde foram abordados temas como o Suporte Básico de Vida pediátrico e treino de manobras de apoio imediato, bem como o envolvimento do pai na prática da paternidade cuidadora, que se encontram no Apêndice II.

## 2.5. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO

Durante o estágio na UCC houve oportunidade de convidar as mulheres que se encontravam no período do climatério e que frequentavam as consultas nas USF's do Cento de Saúde (CS) onde foi realizado o estágio para participar numa sessão online para desmitificar mitos acerca do climatério e menopausa, que se encontra no Apêndice III. Privilegiou-se o suporte

emocional e esclarecimento de dúvidas, tentando ir sempre de acordo aos receios que estas mulheres apresentavam.

## 2.6. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA GINECOLÓGICA

Em contexto do estágio na comunidade, houve oportunidade de acompanhar visitas domiciliares em contexto de neoplasia da mama e também por necessidade de realizar o tratamento à ferida, onde houve oportunidade de mobilização de conhecimentos sobre os cuidados a ter, nomeadamente, na autovigilância futura.

Durante o internamento no puerpério também a informação transmitida às mulheres sobre vigilância dos lóquios e sinais inflamatórios das feridas cirúrgicas permitiu a prevenção de complicações ginecológicas.

## 2.7. CUIDADOS ÀS MULHERES EM IDADE FÉRTIL INSERIDAS NA COMUNIDADE

Relativamente a esta competência, foram realizadas atividades ao longo dos diversos contextos de estágio, uma vez que as mulheres em idade fértil estão presentes em todas as oportunidades de prestação de cuidados. A vigilância das mulheres foi uma constante ao longo do estágio, com o incentivo e reforço para vigilância de sintomas e sinais de alerta. Relativamente a intervenções grupais na comunidade, nomeadamente nas escolas, foram realizadas sessões no âmbito da violência no namoro e também sexualidade saudável, nos jovens entre os 13 e os 16 anos, que se encontram no Apêndice IV. A visita domiciliar no pós-parto, não foi possível de ser realizada, uma vez que durante o estágio em UCC, o contexto pandémico e de vacinação da população não permitiu estas atividades.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

O percurso formativo realizado ao longo destas semanas de estágio permitiu aprendizagens significativas e estruturantes, importantes enquanto futura EESMO. Além da consolidação de conhecimentos, permitiu-me adquirir novas aprendizagens e tornar outras mais significativas para a minha construção profissional e pessoal.

Assim, tal como o esperado foi possível cumprir as experiências mínimas exigidas para a função de especialista, expostas no Decreto de Lei n.º26/2017 de 30 de maio, e que se encontram descritas anteriormente. São designadas por “mínimas” pois são oportunidades de aprendizagem que permitem aos enfermeiros adquirir ferramentas para o desenvolvimento de competências específicas. É importante realçar que a aquisição de competências é algo que se vai desenvolver na prática, sendo o estágio o início da caminhada. Importa destacar que os contextos de estágio estão orientados consoante as experiências mínimas, não tendo a mesma duração, sendo que alguns parecem ter horas de contacto direto reduzidas como é o caso da UMMF e o serviço de Consulta Externa que, pela sua complexidade, apresentam imensas possibilidades de aprendizagem e que poderiam ser mais exploradas.

No desenvolvimento das competências ao longo do estágio é de realçar que o contexto pandémico da CoViD-19 afetou a concretização de experiências nos vários contextos, nomeadamente na realização de algumas atividades que estavam contempladas no Projeto de Estágio e que não foram passíveis de ser realizadas, tais como as visitas domiciliárias às puérperas e RN e realização de consultas de planeamento familiar, com a realização ou assistência a citologias cervicais. O fato de não ter realizado estágio na comunidade em contexto de USF levou a que as experiências relacionadas com o período pré-concepcional e com mulheres em processo de saúde-doença ginecológica fossem bastante escassas.

Relativamente aos cuidados à mulher em processo de saúde-doença ginecológica, considero que seria importante e vantajoso um contexto de estágio em unidade de Ginecologia. Esta valência apresenta uma variedade de processos de doença, nomeadamente oncológica, onde a intervenção do EESMO é bastante relevante, com um maior apoio da mulher, tanto na adaptação pós cirurgia, como nos processos de tratamentos, como a quimioterapia ou radioterapia.

De referir também que ainda há um grande caminho a percorrer no que diz respeito ao acompanhamento de uma pessoa significativa como o pai/companheiro(a) ao longo das consultas de vigilância pré-natal. Por um lado, a legislação só permite a dispensa dos seus

empregos 3 dias ao longo da gravidez, o que fica bastante aquém do total de consultas que a mulher realiza ao longo das semanas de gestação. Por outro lado, a pandemia que os colocou completamente de lado nestas consultas, só podendo a grávida estar presente, sendo que este entrave as colocava, muitas vezes, desconfortáveis e ansiosas. De qualquer modo, importa refletir que a SP permitia a presença do pai durante o parto desde que devidamente equipado e respeitando normas de distanciamento, mas que nem sempre eram fáceis de cumprir. O bem-estar da grávida/parturiente deverá ser encarado como essencial na prestação de cuidados, sendo que muitas vezes vai depender da presença do seu companheiro, o que nem sempre foi possível. Procurei prestar suporte emocional e disponibilidade para acompanhar a mulher e acompanhante durante o seu TP e parto, tornando uma experiência positivo e um momento o mais familiar possível.

Contudo, realço um balanço positivo de todas as experiências vividas ao longo do estágio e representam o ponto de partida para a enfermeira especialista que pretendo ser, juntando aquilo que vi fazer muito bem ao meu saber, acrescentando o que penso faltar junto das equipas e das pessoas.

Neste sentido, encontra-se na parte II deste relatório a componente investigativa, onde se pretende conhecer o que as mulheres grávidas sabem sobre os posicionamentos que podem adotar durante o período expulsivo do TP.

## **PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – LITERACIA EM SAUDE MATERNA: POSICIONAMENTOS A ADOTAR NO PERIODO EXPULSIVO DO TRABALHO DE PARTO**

### **4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Literacia em Saúde é definida pela OMS como competências das pessoas, tanto cognitivas como sociais, bem como a capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e utilizarem informação de modo a promover e a manter a sua saúde (OMS, 2013). A Literacia em Saúde acarreta o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a tomar decisões sobre cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças, permitindo o controlo sobre a sua saúde, aumentando a capacidade para procurar informação e assumir responsabilidades (Serrão, Veiga, & Vieira, 2015).

Através da medição da literacia em saúde podemos identificar grupos populacionais específicos, bem como áreas em que é necessário efetuar melhorias. Também permite reforçar o conhecimento, reconhecer a importância da informação em saúde e aplicar os conhecimentos no desenvolvimento de programas de saúde (DGS, 2021).

De acordo com os estudos realizados, podemos afirmar que é mais fácil as pessoas processarem a informação relacionada com a promoção da saúde, sendo que processar a informação sobre a prevenção de doenças ou o seu tratamento se torna mais difícil (DGS, 2021).

De acordo com Health Literacy Centre Europe (2015), as intervenções para melhorar a literacia em saúde estão em consonância com os objetivos da União Europeia para alcançar a equidade e a inclusão social, melhorando o acesso aos serviços de saúde e sociais. A promoção de políticas e programas de ação relacionados com a vida e o envelhecimento saudável são algumas sugestões para essa melhoria, devendo ter em conta a diversidade étnica existente e incentivando a adaptação das intervenções aos diferentes contextos.

Literacia em Saúde Materna (LSM) é definida pela OMS como as habilidades cognitivas e sociais das mães e a sua capacidade para obter e usar informações de forma a promover e manter a sua saúde e a dos seus filhos (Smith & Carroll, 2017).

O nível de conhecimento de uma mulher sobre saúde durante as fases pré-concepcional, gravidez e pós-parto, bem como o seu estado de saúde afetam diretamente a sua gravidez e a saúde do seu filho (Khorasani et al., 2018).

A OMS refere que a LSM entre as mulheres está a aumentar, pois estas adquirem ferramentas educacionais que fortalecem o seu conhecimento sobre este ciclo gravídico-puerperal. Assim encontram-se capacitadas e as suas decisões tornam-se informadas. Os profissionais de saúde, nomeadamente os EESMO, devem educá-las, ao longo do período pré-natal, de forma a permitir que a mulher assimile toda a informação e que esta seja capaz de tomar uma decisão informada. Devem apoiar o direito de esta tomar decisões sobre a assistência médica, explicando quais os riscos e benefícios e esclarecendo-a sobre as opções que tem disponíveis (OMS, 2019).

American College of Obstetricians and Gynecologists (2016) refere que os profissionais de saúde, nomeadamente na área da obstetrícia, pelo seu efeito potencial do conhecimento sobre a saúde do indivíduo, devem garantir que a comunicação seja compreensível de modo que o indivíduo compreenda e possa tomar decisões informadas relativas a si, à sua saúde e à procura de cuidados de saúde.

A OE (2011) refere que a missão do EESMO passa por assegurar cuidados especializados nos diferentes contextos em que a mulher se encontra, produzindo ganhos em saúde através da promoção da autonomia nas decisões, capacitação para o autocuidado e autovigilância, promovendo, desta forma, a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com a gravidez, TP, parto e pós-parto.

A gravidez é um processo natural, fisiológico, que é vivenciado pela mulher ao longo da história da humanidade. Trata-se de uma adaptação a uma nova situação – a de ser mãe. Esta adaptação é marcada por modificações fisiológicas, a nível físico e emocional, que culmina com o nascimento. A forma como cada indivíduo vivencia esta transição e transformação é sempre individual e única (DGS, 2015).

A gravidez encontra-se dividida em três trimestres. O terceiro trimestre inicia-se às 28 semanas de gestação até ao parto. Este trimestre também é considerado como a “fase da separação” e apresenta características específicas, como os aumentos dos níveis de ansiedade pela proximidade do parto e pelas adaptações exigidas pelo nascimento do bebé, com ambivalência de emoções, com o desejo de ver o filho nascer e terminar com a gravidez vs vontade de prolongar a gravidez (Nené, Marques & Batista, 2016).

Segundo os mesmos autores, é durante o terceiro trimestre da gravidez que o EESMO deve informar e esclarecer a mulher sobre sinais prodrômicos de TP, sinais de TP, processo de parto e cuidados ao RN.

O TP é um conjunto de fenómenos, espontâneos ou induzidos, que conduzem à extinção cervical, dilatação do colo uterino, progressão do feto no canal de parto e sua expulsão para

o exterior. Está dividido em três principais estádios: dilatação, expulsão e dequitação (Nené, Marques & Batista, 2016).

O período expulsivo é o segundo estágio do TP e inicia-se na dilatação completa (10 cm) e termina com a expulsão do feto. Nesta fase ocorre contratilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos, com duração que varia entre 50 minutos e 2 horas, numa primípara, e de 20 minutos a 1 hora numa múltipara, acrescentando sempre cerca de 1 hora se a parturiente tiver analgesia epidural. Também é condicionada por outros fatores como a eficácia das contrações, condição física e emocional da mulher, posição da parturiente, apresentação e situação fetal e o apoio recebido pelos profissionais de saúde (Nené, Marques & Batista, 2016).

É no período expulsivo que a parturiente se deve focar nos esforços expulsivos e com a ajuda do profissional de saúde, nomeadamente o EESMO, deve encontrar a posição mais adequada para efetuá-los de forma eficaz. (Nené, Marques & Batista., 2016).

Até meados do século XX, o parto foi considerado um processo natural, um evento social e emocional, partilhado pela mulher e a sua família e amigos, decorrendo maioritariamente no seio familiar. No entanto, face às elevadas taxas de morbilidade e mortalidade maternas e neonatais associadas à infeção, o parto passou a ser realizado no hospital, tornando-se assim num evento médico (Sabatino, Dunn & Caldeyro-Barcia, 2000).

Nas últimas duas décadas ocorreu um crescimento substancial da aplicação de variadas intervenções que visam iniciar, acelerar, terminar, regular ou controlar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de melhorar os resultados tanto para a mulher como para o RN (OMS, 2018). Esta crescente medicalização do parto intervém desnecessariamente nos mecanismos fisiológicos do parto, nomeadamente no posicionamento da mulher, e faz com que a sua capacidade de colaborar diminua durante o parto, podendo também originar efeitos negativos sobre esta experiência.

O parto normal é definido pela OMS como

“parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição” (OE, 2012, p.18)

As vantagens do parto normal são variadas, onde se inclui o curso natural do TP, melhorando a adaptação do RN à vida extrauterina, potencializando o processo de vinculação e a recuperação mais rápida da mulher (APEO & FAME, 2009).



A assistência ao parto normal é da competência específica do EESMO, uma vez que este é responsável por intervenções autônomas em situações de baixo risco, onde estão envolvidos os processos fisiológicos (OE, 2019)

As funções do EESMO durante a vigilância do TP têm como principal objetivo a existência de uma mulher e um RN saudáveis, com o mínimo de intervenções realizadas, e pode ser conseguido através do estabelecimento de uma relação de apoio com a mulher, acompanhante e sua família durante o TP, no nascimento e no pós-parto; monitorização da situação materno-fetal e posteriormente do RN, avaliação dos fatores de risco, se existentes, e detetar problemas precocemente; prestação de cuidados ao RN após o nascimento e encaminhamento da mulher para um nível de vigilância mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicações que o justifiquem (OE, 2012).

Segundo a OE (2012), uma das práticas promotoras do parto normal, no âmbito da prática clínica, consiste em apoiar a liberdade de movimentos da mulher, oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a verticalidade. Pretende-se que os EESMO se encontrem aptos para apoiar as parturientes na adoção de posições que lhe sejam mais confortáveis e mais vantajosas para o seu TP (Nené, Marques & Batista, 2016). As vantagens do movimento e de alguns posicionamentos durante o TP são imensas para a mulher e bebé, pois o útero contrai de forma mais eficaz e o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta é mais abundante, resultando num encurtamento do TP e na redução da dor. Para além disso possibilita uma melhor adaptação da apresentação fetal aos planos da bacia materna, prevenindo possíveis complicações (Lowdermilk & Perry, 2008).

O posicionamento durante o período expulsivo do TP é subjetivo e varia de mulher para mulher, podendo influenciar a sensação de dor, a capacidade de puxo e a oxigenação materno-fetal (OE, 2012).

A adoção de alguns posicionamentos durante o período expulsivo do TP, tais como a posição lateral, de cócoras, de quatro apoios ou sentada, apresentam uma influência positiva na mulher, tanto em termos fisiológicos como psicológicos, enquanto as posições horizontais, como o caso da posição de litotomia é abordada em diversos estudos como inadequada se for utilizada de forma rotineira. Este posicionamento implica uma maior compressão da veia cava, afetando negativamente a oxigenação fetal e causando alterações maternas como bradicardia e hipotensão, bem como uma maior necessidade da realização de episiotomias ou ocorrência de lacerações mais graves (3º e 4º grau). Também nesta posição há aumento da sensação de dor na mulher, com necessidade de maiores doses de analgesia e um aumento do tempo do período expulsivo, por menor eficácia dos esforços expulsivos (OE, 2012). Nesta posição a ação da gravidade não favorece a descida do feto ao longo do canal

de parto e não há mobilidade da bacia, impedindo o aumento dos seus diâmetros (Nené, Marques & Batista, 2016).

As posições verticais, onde estão incluídas a posição de cócoras, quatro apoios ou posição lateral estão associados a melhores resultados maternos, por influência direta da gravidade, maiores diâmetros pélvicos, contrações uterinas mais eficazes e menor duração do período expulsivo (Gaudêncio, Rocha & Bastos, 2012). As taxas de episiotomia são menores, embora as lacerações possam ser mais frequentes, mas por norma não estarão acima do grau 2. Há menor desconforto materno, com maior tolerância à dor, e desta forma uma participação mais ativa por parte da mulher (Gaudêncio, Rocha & Bastos, 2012). Com estas posições ocorre uma diminuição de partos instrumentalizados, por melhorarem a estática fetal e diminuição da percentagem de posições anómalas da cabeça fetal (Nené, Marques & Batista, 2016).

Com tudo isto abordamos um novo conceito, o parto humanizado, que, segundo a OMS, é uma forma de conduta segura e respeitosa do parto por parte dos profissionais de saúde, baseada em evidências científicas atuais e guiada por orientações da OMS (OMS, 2018). A mulher torna-se a protagonista no seu parto, onde todos os recursos são escolhidos por ela e as intervenções médicas só são utilizadas em caso de necessidade.

A humanização do parto implica que o profissional que assista o parto respeite a fisiologia do mesmo, sem intervir desnecessariamente, reconhecendo os aspetos sociais e culturais do nascimento. O apoio e suporte emocional da mulher e sua família também se torna essencial, de modo a facilitar o estabelecimento do vínculo mãe-bebé e dos laços familiares (Santos & Okasaki, 2012).

Informar a mulher sobre todos os procedimentos que serão realizados, garantir que os direitos humanos são respeitados e de ter um acompanhante à sua escolha são outras dimensões para a humanização do parto. Em suma, devem ser criadas condições para que as várias dimensões do ser humano sejam atendidas, quer sejam biológicas, psicológicas, espirituais e sociais (Santos & Okasaki, 2012).

Maputle e Donavon (2013) adotam o conceito de Cuidado Centrado na Mulher nos cuidados à mulher em TP, estando por base a participação mútua, a partilha de responsabilidade, com a transmissão de informação que a empodere, a tomada de decisão informada, comunicação e escuta, cuidados de enfermagem que tenham por base o respeito, a promoção da autonomia e a maximização do potencial humano. O EESMO pode atuar de forma determinante no parto e no nascimento, com um papel preponderante no cuidado humanizado, e torna-se essencial para que a mulher tenha uma experiência positiva no TP e parto (Lopes, Donelli, Lima & Piccinini, 2009).

O apoio emocional prestado à mulher durante o TP e parto leva a uma melhor evolução do mesmo e também contribui para que esta experiência tenha um significado positivo e especial na sua vida. É primordial que esse apoio seja realizado concomitantemente pela equipa de saúde e acompanhante, oferecendo, para além das orientações sobre o desenvolvimento do TP e parto, conforto à mulher. O modo como o TP é vivido pela mulher faz parte da sua história de vida e constitui a representação do seu parto (Carraro et al., 2007). O fato do profissional de saúde se envolver no processo de parir cria um ambiente de conforto e cuidado, potencializando o poder da mulher neste momento e facilitando o TP e parto. O EESMO instrui a mulher para explorar o seu corpo, conhecer os seus limites e escolher a posição em que ela e seu bebé se sintam mais confortáveis. O parto normal, sendo de baixo risco, não necessita de intervenção, mas sim de estímulo, apoio e carinho, cuidado e conforto, pelos profissionais de saúde e familiares. Vários estudos realizados demonstram que o apoio contínuo à parturiente, durante o TP, leva à redução de uso de fármacos para a dor, partos instrumentados e redução de cesarianas (Carraro et al., 2007).

De forma a garantir a humanização do parto, a OMS (2018) recomenda a elaboração de um PP, um documento escrito pelas mulheres grávidas, onde constarão os seus desejos pessoais e expectativas, após serem informadas sobre todo o processo de parto.

O PP constitui uma estratégia para promover o envolvimento da mulher/casal na preparação para o TP e para expressar as expectativas e desejos relacionados com o decurso do TP. É importante que seja refletido pela mulher/casal durante a gravidez, de modo a promover a consciencialização da relação entre as decisões e escolhas e o próprio decurso do TP, de forma a construir decisões responsáveis e informadas (OE, 2018).

O EESMO apresenta como competência a fomentação da realização do PP, seja em consultas de vigilância pré-natal como em programas de PPPP, se esse for o desejo do casal, estando assim a contribuir para a melhoria dos cuidados. Tendo por base o bem-estar materno fetal, este deve salvaguardar a real e correta informação adquirida pelo casal relativamente aos desejos e expectativas apresentados no PP e a sua exequibilidade (OE, 2012).

### **Recomendações da OMS para uma experiência de parto positiva – 2018**

A OMS (2018) define experiência de parto positiva como uma experiência que completa ou ultrapassa os objetivos pessoais, sociais e culturais da mulher, incluindo o apoio emocional e contínuo de um ou mais acompanhantes durante o seu TP e parto, bem como do pessoal clínico competente e o nascimento de um bebé saudável, num contexto clínico e psicológico favorável. Esta experiência de parto positiva torna-se o objetivo de todas as mulheres que estão grávidas.

Para isso, a OMS elaborou um guia intitulado “*Recomendações da OMS para os cuidados durante o trabalho de parto para uma experiência positiva de parto*”, em 2018, que tem como objetivo transformar os cuidados prestados à mulher e ao RN de forma a melhorar a sua saúde e o seu bem-estar (OMS, 2018).

Este documento conta com 56 recomendações, baseadas na evidência, com práticas que são essenciais para todas as grávidas, independentemente do seu risco, a fim de uma experiência de parto positiva, e também para um parto seguro, onde se torna relevante a mãe, como o centro de todas as decisões para uma melhor experiência durante e após o parto, realizando uma abordagem holística nos direitos humanos e evitando intervenções desnecessárias (OMS, 2018).

Entre estas recomendações estão a escolha de um acompanhante durante o TP e o nascimento, a garantia de cuidados de qualidade, na base do respeito, com o estabelecimento de uma boa comunicação entre mulheres e profissionais de saúde, a garantia da privacidade e confidencialidade e a liberdade para que as mulheres tomem decisões sobre o controlo da dor, posições para o TP e parto (OMS, 2018).

As recomendações estão divididas em cinco fases: Cuidados durante o TP e nascimento, Primeira fase do TP (Período de dilatação), Segunda fase do TP (Período de expulsão), Terceira fase do TP (Dequitação) e Cuidados ao RN. Em cada uma destas fases é colocado um foco de atenção e a recomendação ou a não recomendação de uma prática (OMS, 2018).

Durante a segunda fase do TP (período expulsivo), as recomendações são as seguintes:

<p>Definição e duração da segunda fase do trabalho de parto</p>	<p>A segunda fase do TP é o período entre a dilatação completa do colo uterino e o nascimento do RN, durante a qual, a mulher sente e necessidade involuntária de puxar em seguimento das contrações uterinas de expulsão.</p> <p>A mulher deve estar informada que a duração da segunda fase do TP varia de mulher para mulher. No entanto, para as primíparas o</p>	<p>Recomendada</p>
---	---	--------------------

	nascimento dá-se em menos de 3h e nas múltiparas o nascimento dá-se em menos de 2 h.	
Posição de parto (mulheres sem analgesia epidural)	Para as mulheres sem analgesia epidural, é recomendado que sejam incentivadas a adotar posições de parto, da sua escolha, incluindo posições verticais.	Recomendado
Posição de parto (mulheres com analgesia epidural)	Para as mulheres com analgesia epidural, é recomendado que sejam incentivadas a adotar posições de parto, da sua escolha, incluindo posições verticais.	Recomendado
Método de puxar	As mulheres em fase de expulsão, da segunda fase do TP, devem ser incentivadas e apoiadas a seguir a sua própria vontade de puxar.	Recomendado
Método de puxar (mulheres com analgesia epidural)	É recomendado que elas atrasem os puxes durante 1 a 2h após a dilatação completa ou até que a mulher sinta necessidade de puxar, num contexto onde os recursos estejam disponíveis e onde a hipoxia perinatal possa estar corretamente avaliada e gerida.	Recomendação específica de um contexto

Técnicas de prevenção do traumatismo do períneo	As técnicas que visam a redução do traumatismo do períneo e que facilitam o nascimento (massagem do períneo, compressas quentes e vigilância manual do períneo) são recomendadas, de acordo com a preferência da mulher e das opções disponíveis.	Recomendado
Indicação de episiotomia	A episiotomia de rotina, ou a sua larga utilização, não é recomendado em mulheres que parem espontaneamente.	Não recomendado
Expressão abdominal	A expressão abdominal para facilitar o parto não é recomendada.	Não recomendado

Com estas recomendações, é crucial que os EESMO estejam despertos para os desejos das mulheres, sendo que um deles é que a experiência do parto seja uma experiência positiva, que supere as suas expectativas pessoais e socioculturais. Devem clarificar a informação transmitida, esclarecendo dúvidas e receios, com base na evidência científica, e tendo presente todas as recomendações presentes neste documento.

É importante que todas as intervenções sejam executadas quando existe evidência clara que podem melhorar os resultados e reduzir ao mínimo os possíveis danos para a mãe e o bebé.

## 5. METODOLOGIA

A metodologia apresenta como finalidade utilizar os métodos, analisar os seus limites e alcance, clarificar os seus princípios, procedimentos e estratégias mais adequadas para a investigação. Assim, a metodologia é o plano de ação, processo e desenho da escolha e uso dos métodos (Coutinho, 2021).

Neste capítulo apresenta-se a metodologia deste estudo, nomeadamente a questão de investigação e os objetivos, os participantes, a recolha e análise de dados e os procedimentos formais e éticos.

Trata-se de um estudo nível 1, qualitativo do tipo exploratório-descritivo.

Este estudo tem como objetivo: Conhecer a literacia das grávidas no terceiro trimestre sobre os posicionamentos a adotar no período expulsivo do Trabalho de Parto.

De acordo com o objetivo estabelecido, desenvolveu-se a investigação partindo da seguinte questão: "Qual a literacia das grávidas no 3º trimestre sobre os posicionamentos a adotar no período expulsivo do Trabalho de Parto?"

### 5.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O conjunto de elementos ou sujeitos que apresenta características comuns, definidas por critérios previamente definidos designa a população, e esta deve ser identificável de forma precisa quando se realiza um projeto de investigação. A população alvo deve incluir todos os elementos que cumprem os critérios de seleção definidos, mas a sua totalidade nem sempre se torna acessível, pelo que o investigador recorre a uma amostra do grupo de indivíduos que integram uma mesma população e deve ser representativa da mesma (Fortin, 2009). Deste modo e segundo a mesma autora, a amostra escolhida corresponde a "um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura, da população alvo" (Fortin, 2009, p.41).

Neste estudo recorreremos a amostragem não probabilística que, segundo Fortin (2009, p. 208) é "o processo pelo qual todos os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra".

Para a seleção da amostra estabeleceram-se como critérios de inclusão:

- Grávidas de nacionalidade portuguesa, com idade igual ou superior a 18 anos;
- gravidez de baixo risco;

- grávidas no terceiro trimestre;
- primíparas;
- gravidez de feto único.

Os critérios de exclusão estabelecidos são:

- múltiparas;
- gravidez de risco;
- gravidez com recurso a métodos de Procriação Medicamente Assistida;
- grávidas com doença mental diagnosticada.

## 5.2. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Tendo em conta o objetivo enunciado, o método selecionado foi a entrevista semiestruturada, sendo esta flexível e permitindo a improvisação ou a recondução da entrevista para os temas que podiam dar resposta ao objetivo do estudo. Esta entrevista encontra-se organizada em três grupos: dados sociodemográficos, dados obstétricos e questões de resposta aberta, orientadoras da entrevista (Apêndice V).

Para a realização das entrevistas foi utilizada a rede social *Facebook*, pela situação do estado da pandemia da doença Covid-19 à data da realização das entrevistas. O pedido de colaboração foi colocado em grupos dentro desta rede social dirigidos a grávidas e mães, tendo as mulheres interessadas enviado mensagem privada pelo Messenger. Neste primeiro contacto com as mulheres grávidas interessadas em participar neste estudo, e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foi solicitado o email para formalização do pedido de colaboração, com o envio de informações sobre este estudo, bem como o envio do consentimento informado, o qual foi assinado e devolvido pela mesma via.

Posteriormente, as entrevistas foram realizadas através de canais digitais (plataforma Zoom e WhatsApp), de acordo com a preferência das participantes.

As entrevistas realizadas tiveram a duração média de 25 minutos. Foram realizadas 10 entrevistas e a todas as entrevistas foi atribuído um código de identificação: A01 a A10. As entrevistas decorreram entre março e maio de 2022.

Seguidamente procedeu-se às suas transcrições o mais precocemente possível, seguido da leitura das mesmas, tentando refletir na palavra escrita de forma a garantir que a sua interpretação e análise de dados fosse o mais fiel possível (Bardin, 2013).



A recolha de dados terminou após se ter atingido o nível de saturação da informação, que, de acordo com Streubert e Carpenter (2011), ocorre quando há "repetição de informação e a confirmação de dados anteriormente colhidos" (p.31), o que se verificou à décima entrevista.

### 5.3. TRATAMENTO DOS DADOS

Neste estudo os dados foram analisados considerando a natureza das variáveis. Com os dados sociodemográficos foi efetuada a análise descritiva dos mesmos, realizando-se o cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%) e das médias nas variáveis quantitativas.

Para analisar os dados que emergiram dos discursos das grávidas, foi realizada a análise de conteúdo segundo Bardin. Esta análise permite nomear as discordâncias e convergências descritas pelas participantes e agrupá-las em categorias (Bardin, 2013).

Segundo a autora a análise organiza-se em três fases: A pré-análise; A exploração do material; O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (Bardin, 2013).

A primeira etapa designa-se por pré-análise, ou seja, organização e sistematização das respostas, de forma a estabelecer indicadores para esclarecer a informação recolhida (Bardin, 2013). Deste modo realizou-se a transcrição das respostas das grávidas durante a entrevista para um documento do *word* de forma a organizar as mesmas, seguindo-se da sua leitura.

A segunda etapa designa-se por exploração do material que consiste numa fase trabalhosa e é constituída por operações de codificação, decomposição ou enumeração. (Bardin, 2013).

Após a transcrição das entrevistas, todo o seu conteúdo foi analisado e transformado em unidades de registo, onde se procurou palavras, proposições, temas e acontecimentos (Unidades de Registo), de forma a gerar as categorias. Nesta análise foram destacadas as palavras-chave, para poder dar origem à primeira categorização, e assim criar as categorias iniciais. Estas foram agrupadas por tema, surgindo as categorias finais que serão apresentadas no capítulo dos Resultados.

O tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação permite tratar os dados por forma a estes serem válidos e significativos, e pode ser utilizada operações estatísticas para obter quadros de resultados, figuras, diagramas ou modelos que agrupem as informações obtidas na análise, relevando-as (Bardin, 2013).

#### 5.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A ética é, segundo Fortin (2009), “a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (p.41).

A confidencialidade dos dados foi garantida através do anonimato das participantes ao longo de todo o estudo, através da atribuição de um código a cada entrevista, identificadas de A01 a A10. Foi garantida a destruição das gravações das entrevistas após a sua transcrição e análise. Foi apresentado um pedido de consentimento informado a cada grávida onde estava descrita a informação referente à natureza e objetivos deste estudo, assim como o anonimato, a confidencialidade e o direito de desistência por parte das grávidas a qualquer momento desta participação.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da ESEnfC segundo o Parecer nº 793/06-2021 (Anexo 1).

## 6. RESULTADOS DO ESTUDO

Ao longo deste capítulo iremos fazer uma breve descrição da amostra e apresentar os resultados que emergiram dos discursos das participantes sob a forma de categorias e subcategorias.

### 6.1. CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste estudo participaram 10 mulheres que correspondiam aos critérios de inclusão. Os dados sociodemográficos das mesmas estão esquematizados na tabela 1.

No que se refere à caracterização das participantes do estudo, estas têm idades compreendidas entre 24 e 34 anos, com uma média de idades de 28,7 anos. Os companheiros têm idades compreendidas entre 25 e 39 anos, com uma média de 31,6 anos.

Relativamente ao estado civil, metade das participantes (50%) são casadas ou vivem em união de fato (n=5), sendo a outra metade (50%) solteira (n=5).

Quanto às habilitações literárias, a maioria das participantes tem mestrado (n=6), as restantes possuem licenciatura (n=3), e o 12.º ano (n=1). Em relação aos companheiros, a maioria possui o 12.º ano (n=4); Licenciatura (n=1), Mestrado (n=3) e Doutoramento (n=2).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das participantes

<b>CODIGO</b>	<b>IDADE</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>HABILITAÇÕES LITERÁRIAS</b>	<b>PROFISSAO</b>
<b>A01</b>	25	Solteira	Licenciatura	Técnica de vendas
<b>A02</b>	25	Casada/união de fato	12º ano	Auxiliar de saúde
<b>A03</b>	31	Solteira	Mestrado	Enfermeira
<b>A04</b>	28	Casada/união de fato	Mestrado	enfermeira
<b>A05</b>	32	Solteira	Licenciatura	Funcionaria agrícola
<b>A06</b>	34	Solteira	Mestrado	Desempregada
<b>A07</b>	24	Solteira	Licenciatura	Gestora agrícola/ agricultora
<b>A08</b>	29	Casada/união de fato	Mestrado	Gestora

<b>A09</b>	29	Casada/união de fato	Mestrado	Médica
<b>A10</b>	30	Casada/união de fato	Mestrado	Gestora de marketing

A histórica obstétrica das participantes encontra-se resumida na tabela 2.

Dos dados obstétricos recolhidos, a maioria das participantes refere que a sua gravidez foi planeada e desejada (90%), enquanto apenas uma delas referiu não ter planeado a sua gravidez.

No que se refere à idade gestacional da gravidez atual, aquando da realização da recolha de dados, a maioria encontrava-se com 35 semanas (n=3), tendo também participantes com 29 semanas de gestação (n=1); com 32 semanas (n=2), com 34 semanas (n=1), com 36 semanas (n=2) e com 38 semanas de gestação (n=1). Todas as participantes referem ter participado ou estar a participar em sessões de PPPP: 2 em formato só online, 3 em formato presencial e 5 em formato misto (online e presencial).

No que diz respeito ao local de vigilância da gravidez, a maioria das participantes vigiou a gravidez atual nos cuidados de saúde primários e maternidade (n=6), tendo uma delas também vigiado em obstetra particular. Uma das participantes vigiou a gravidez apenas na maternidade, três vigiaram em obstetra particular, tendo uma delas vigiado em ambos os locais (maternidade e obstetra particular).

Quanto à frequência de sessões de PPPP, a totalidade das participantes frequentou (n=10). Quanto ao profissional que realizou as sessões de PPPP, a maioria (n=9) foi realizada por EESMO. Uma das participantes referiu, ainda assim, que frequentou Sessões de PPPP com fisioterapeuta.

Tabela 2 - Caraterização obstétrica das participantes

<b>CÓDIGO</b>	<b>IG</b>	<b>LOCAL VIGILANCIA GRAVIDEZ</b>	<b>PPPP</b>
<b>A01</b>	36 semanas	Maternidade	Sim
<b>A02</b>	29 semanas	CS + maternidade	Sim
<b>A03</b>	34 semanas	CS + maternidade	Sim
<b>A04</b>	32 semanas	Obstetra particular	Sim
<b>A05</b>	35 semanas	CS + maternidade	Sim
<b>A06</b>	35 semanas	CS + maternidade	Sim

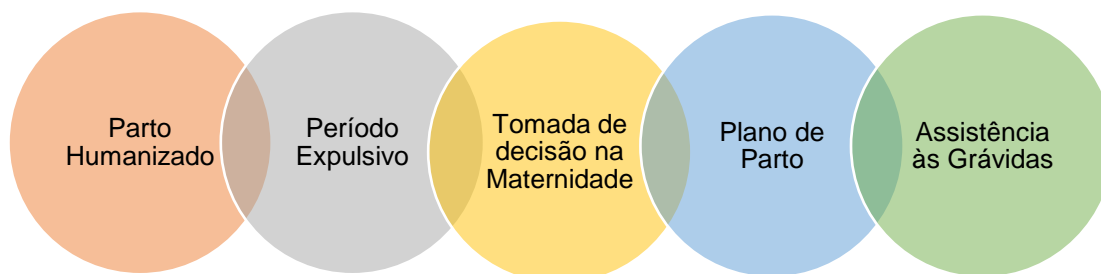
<b>A07</b>	35 semanas	CS + maternidade	Sim
<b>A08</b>	36 semanas	Obstetra particular	Sim
<b>A09</b>	32 semanas	Obstetra particular + maternidade	Sim
<b>A10</b>	38 semanas	CS + Obstetra particular + maternidade	Sim

## 6.2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como referido anteriormente, este estudo pretende conhecer a literacia das participantes, grávidas no terceiro trimestre sobre os posicionamentos a adotar no período expulsivo do TP.

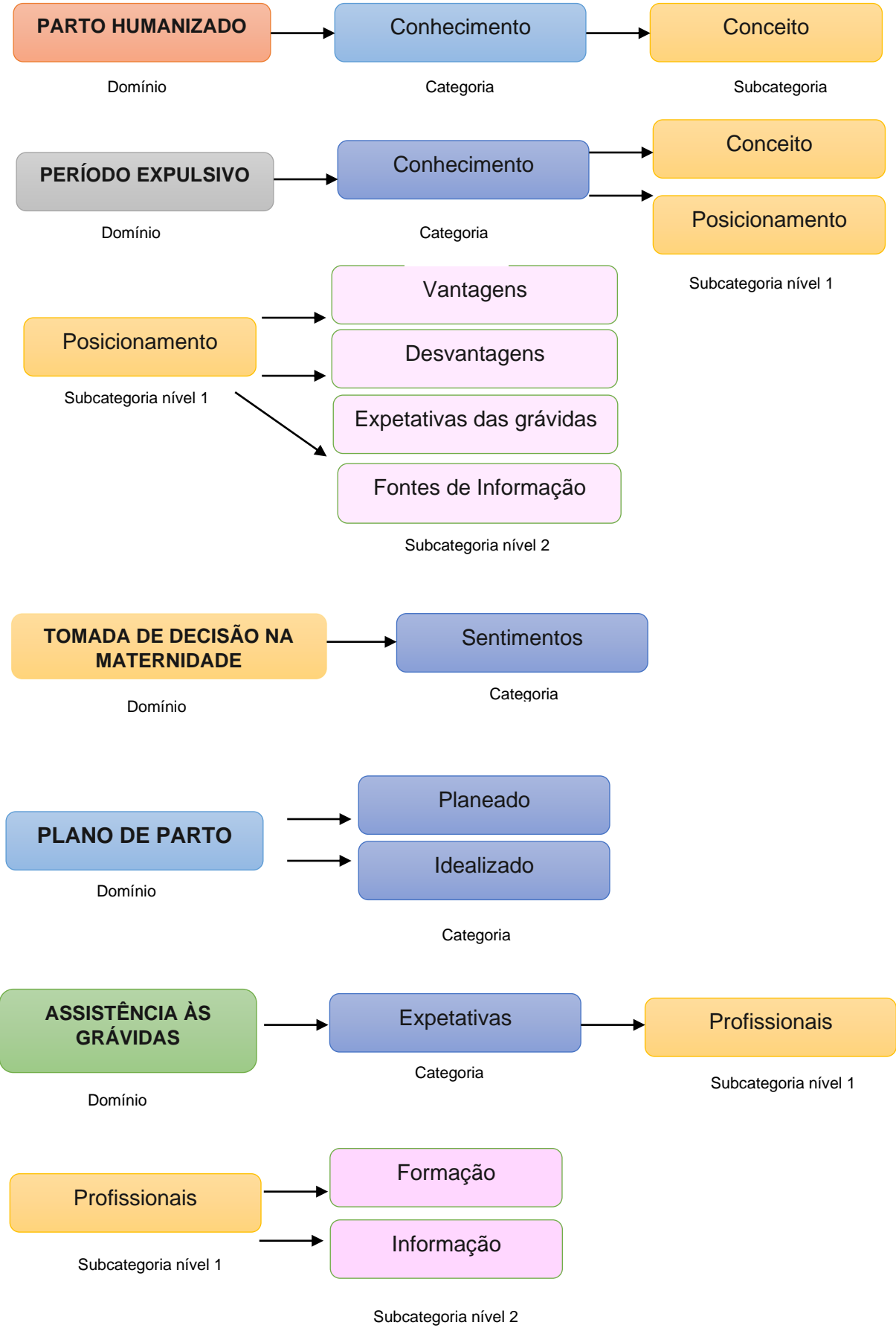
Da análise dos dados existentes nos relatos das participantes emergiram cinco domínios: Parto Humanizado; Período Expulsivo; Tomada de Decisão na Maternidade; Plano de Parto e Assistência às grávidas, com as respetivas categorias e subcategorias. Na figura 1 observa-se uma visão esquemática dos domínios.

Figura 1 – Visão esquemática dos domínios



De seguida iremos desenvolver cada um dos domínios considerando as suas categorias e subcategorias.

Figura 2 – Visão esquemática das categorias e subcategorias



➤ **Domínio: Parto Humanizado**

No domínio Parto Humanizado sobressai a categoria de nível 1: **Conhecimento**.

Dentro da categoria Conhecimento, as participantes narraram aquilo que é a sua percepção sobre o parto humanizado, pelo que foi identificada a subcategoria **Conceito**.

Subcategoria nível 1: **Conceito**

A partir das entrevistas realizadas e depois da análise do discurso das participantes sobressaíram as seguintes ideias:

A01: *“ouvir a mulher, ouvir o casal, respeitar as decisões”*

A03: *“respeitarem e fazerem as coisas que eu quero, como eu quero, com o mínimo de intervenções possíveis.”*

A05: *“é o mais natural possível”; “não tenha intervenções com grandes químicos”; “ajudar a criança a nascer, mas que seja o mais natural possível!”*

A06: *“É ouvir a pessoa que está ali naquela situação”*

A09: *“tende a respeitar mais a vontade da mulher, o corpo da mulher”; “cada vez a ser um tema mais falado”; “respeito! Pela mulher, pela vontade e pelas suas crenças e opiniões e também pelo que idealizou para aquele momento.”*

A10: *“parto é comandado pela mulher”; “sou eu que estou no centro”; “parto tem o mínimo de intervenções possíveis”; “as episiotomias são um bocadinho postas de lado”; “ocitocina artificial é outra questão que é posta um bocadinho de lado”; “parto mais natural, mais fisiológico e menos instrumentado”; “suporte de uma pessoa, que neste caso teria o meu marido, para me apoiar”; “amor”;*

A maioria das participantes expressam noções de parto humanizado, referindo que o conceito vai de encontro ao respeito e valorização da vontade da mulher/casal na hora do parto, daquilo que idealizaram e muitas vezes planearam (A01, A03, A06, A09, A10), com o mínimo de intervenções possíveis (A03, A05, A10), por forma a torná-lo mais natural e fisiológico.

O discurso das participantes vai de encontro ao conceito de parto humanizado pela OMS, que determina uma conduta segura e respeitosa do parto, onde a mulher é a protagonista (OMS, 2018).

O fato de serem informadas pelo profissional de saúde que a acompanha durante todo o processo, esclarecidas, apoiadas pelo mesmo e o pedido do seu consentimento para serem

realizadas intervenções também é algo referido pelas mulheres quando questionadas sobre a sua percepção de parto humanizado.

A01: *“consentimento”; “dar todas as informações, riscos, benefícios”*

A03: *“informação”; “esclarecerem todas as dúvidas”*

A06: *“vão explicando o que é que está a acontecer”; “não é tomar todas as decisões... o corte, a laceração, sem nos dizerem “olhe, vamos fazer isto””; “É ouvir a pessoa que está ali naquela situação”; “parte um pouco do profissional, que sabe o que está a fazer, explicar à outra pessoa que está do outro lado que não sabe e que tem que confiar que vai correr tudo bem”*

A10: *“tudo com consentimento”; “apoio de uma equipa”; “importante que lá esteja alguém que também vá orientando... que vá esclarecendo as dúvidas”*

Santos e Okasaki (2012), referem que uma das dimensões para a humanização do parto passa por informar a mulher sobre todos os procedimentos que vão ser realizados, garantir o respeito pelos direitos humanos, e o apoio e suporte emocional da mulher e sua família.

O discurso das participantes pode sugerir o crescimento e popularização do conceito de parto humanizado nas redes sociais, na vigilância pré-natal e no ambiente em que vivem.

De entre as 10 participantes, apenas uma refere não conhecer o conceito de parto humanizado (A08), e duas referem que este acaba por ser um parto em que não há qualquer procedimento por parte dos profissionais de saúde (A04, A07).

A04: *“parto humanizado é quando não são realizadas quaisquer intervenções por parte dos enfermeiros e obstetras, apenas guiam o trabalho de parto”*

A07: *“não ter o auxílio de enfermeiros e pessoas informadas naquela situação e estar por “minha conta””*

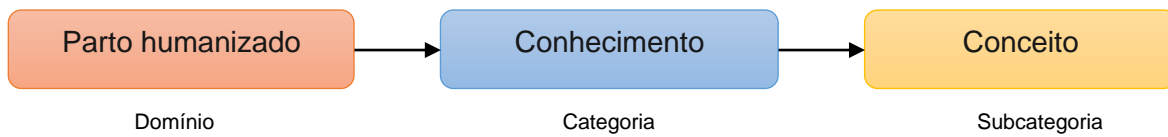
A08: *“não estou familiarizada com o conceito”*

Estes dados levam-nos a pensar que as participantes, apesar de já se encontrarem numa fase avançada da gravidez, não foram informadas ou consciencializadas acerca do conceito mais correto do parto humanizado. Assim corroboram com os resultados de Ribeiro et al. (2010), que ao avaliarem o conhecimento sobre parto humanizado concluíram que as mulheres não apresentam conhecimentos suficientes sobre o conceito de parto humanizado, apesar de já terem tido consultas de vigilância pré-natal.

O EESMO tem o papel de centrar a atenção das grávidas para o aumento da informação acerca deste conceito.



Figura 3 - Domínio: Parto Humanizado



➤ **Domínio: Período Expulsivo**

No domínio Período Expulsivo sobressai a categoria: **Conhecimento**.

Dentro da categoria Conhecimento, as participantes referiram aquilo que é a sua perceção sobre o período expulsivo do TP, pelo que foi identificada a subcategoria **Conceito**.

Subcategoria nível 1: **Conceito**

A partir das entrevistas realizadas e depois da análise do discurso das participantes sobressai o seguinte:

*A02: “parte onde o bebé, pronto, nasce. É a parte mais importante...”*

*A03: “quando ele sai (bebé)... quando já está a sair a cabeça”; “é o culminar de todos os esforços, que resulta no nascimento”*

*A04: “fase em que a criança está para nascer e que há necessidade da mulher poder fazer força”; “acaba por ser todos os esforços que a mulher faz para o nascimento do bebé”; “fase mais importante de todo o trabalho de parto de forma a conhecermos então o nosso bebé”*

*A05: “é quando ele está mesmo com a cabeça para sair em que nós temos aquela contração, em que temos... necessidade de fazermos força para ele sair com a cabeça”*

*A06: “acho que é o mais importante”; “é o culminar do período que vivi ao longo de 9 meses”; “é aí que ela vai nascer e eu vou perceber o que é um ser vivo”*

*A07: “é a parte... mais trabalhosa, porque depende de nós”*

*A08: “o momento em que o bebé sai”; “o momento do nascimento”*

*A10: “que é quando a mulher, ou seja, eu neste caso, terei aquela vontade... de fazer força... para sair”; “perceber quando é que o meu corpo está a dizer “amiga, é agora, vai com tudo!”*

As participantes, quando questionadas sobre o período expulsivo do TP, referem que esta fase corresponde ao nascimento do bebé e onde é necessário a realização dos esforços

expulsivos para ajudar à sua expulsão. Mencionam esta fase como sendo a mais importante do TP pois daí advém conhecerem o seu bebé.

Nené, Marques e Batista (2016), referem que é no período expulsivo que a parturiente se deve focar nos esforços expulsivos e deve encontrar a posição mais adequada para efetuá-los de forma eficaz, com a ajuda do profissional de saúde. As participantes deste estudo consideram a necessidade dos esforços expulsivos nesta fase do TP, mas não abordam a questão do posicionamento como um facilitador nesses esforços.

As participantes também referem que é uma fase que pode ser mais dolorosa e que será mais assustadora para a maioria das mulheres.

*A06: “há imenso medo”; “pico, que tem emoções tão fortes, positivas e negativas ao mesmo tempo”*

*A07: “é a parte mais dolorosa”; “é a parte que mais assusta a maioria das mulheres”;*

Pedro e Oliveira (2016) afirmam que o TP tem uma natureza rítmica, sendo vivenciado de acordo com a personalidade da mulher e a experiência de vida desta. A dor do TP é intermitente e os sentimentos associados a sensações e respostas de comportamentos em torno da perceção da dor, antes, durante e depois de a experimentar. A adoção de novos estilos de vida têm aumentado o medo da dor e contribuído para o desaparecimento do parto normal em simultâneo.

Podemos compreender após análise dos diferentes discursos que as participantes detêm alguns conhecimentos sobre o conceito de período expulsivo, mas nem todas apresentam definições completas e não exploram o seu conceito durante as entrevistas, pelo que podemos considerar que não são clarificadas quanto aos diferentes estadios do TP ao longo da vigilância pré-natal.

Dentro da mesma categoria, as participantes abordaram os diferentes posicionamentos que podem ser adotados no período expulsivo do TP, pelo que foi identificada a subcategoria **Posicionamento**.

Subcategoria nível 1: **Posicionamento**

A partir das entrevistas realizadas e depois da análise do discurso das participantes sobressai o seguinte:

*A01: “posição de 4, de cócoras... deitada assim de lado com a perna aberta” “posição tradicional”*

*A03: “posição de 4, sentada, de cócoras... também há a posição deitada”*

A04: *“o mais tradicional em que a mulher está deitada com as pernas apoiadas nas perneiras”; “sentadas de lado... também existe as posições de 4 apoios e de cócoras”*

A05: *“podemos estar com as pernas naquelas coisinhas que eu agora também não sei o nome ou com os pés”; “em cócoras... meio sentadas”*

A06: *“se houver um banco, podemos estar no banco”; “podemos estar naquele que é mais convencional, com as pernas na marquesa”; “havia um que eu vi, que era ficar assim na bola, tipo agachada”; “posição mais convencional, com a perna na marquesa”*

A07: *“o deitada, o de cócoras, o em pé, e é outro... o de quatro apoios”*

A08: *“pensava que só havia aquela na marquesa.”; “banco de parto”; “parto na água”; “cócoras”; “de lado”*

A09: *“O mais tradicional... da mulher deitada”; “posições mais verticalizadas, posições mais sentadas”; “cócoras”; “ajuda ou não de bolas de pilates”; “dentro de água”*

A10: *“mais típico é aquele em que a mulher está deitada na marquesa, com as pernas naquela coisa.”; “pode ser de lado”; “cócoras”; “mulher está de 4”*

A maioria das participantes refere conhecer alguns dos posicionamentos que se podem adotar no período expulsivo do TP, salientando o posicionamento de litotomia, de cócoras, de quatro apoios, de lado ou sentadas.

As participantes abordam a posição de litotomia como a posição “tradicional”, a “mais típica”, a “convencional” (A01, A04, A06, A09, A10). Para além dos posicionamentos acima mencionados, as participantes referem o uso do banco de parto (A06, A08) e também abordam a questão dos partos dentro de água (A08, A09).

Apenas uma das participantes (A02) refere não ter ainda conhecimento acerca destes posicionamentos, por ainda não lhe ter sido falado nas sessões de PPPP que frequenta.

A02: *“Isso ainda não posso responder, porque ainda não chegámos a essa parte na preparação para o parto em si”; “não sei quais são os posicionamentos que nós, grávidas, temos que fazer quando o parto está a acontecer.”*

Podemos verificar que as participantes deste estudo apresentam conhecimento dos diferentes posicionamentos que podem adotar, em concordância com os que estão descritos pela literatura. Contudo ainda se nota a escassez de informações sobre a diversidade de posicionamentos que a mulher pode adotar no período expulsivo do TP, em consonância com os dados de diferentes estudos que apontam para o deficit de informação que é transmitida às mulheres sobre esta temática durante o período pré-natal.

A educação para a saúde contribui para o desenvolvimento de uma consciência crítica sobre a sua gravidez e parto, em busca de maior conhecimento e autonomia, tornando-se a protagonista de todo o processo.

Da subcategoria de nível 1 **Posicionamento** sobressaem as subcategorias de nível 2: **Vantagens, Desvantagens, Expetativas e Fontes de Informação**

Subcategoria nível 2: **Vantagens dos Posicionamentos no Período Expulsivo do TP**

As participantes revelaram conhecer alguns benefícios dos posicionamentos no período expulsivo do TP, e referiram o benefício da gravidade em certas posições para auxílio no nascimento.

A01: *“Quanto mais verticais são as posições, mais ajuda, naquilo que é a gravidade”*

A04: *“posições mais verticais, as de cócoras ou de quatro apoios, são posições que beneficiam, ou melhor, que ajudam o bebê a descer devido ao efeito da gravidade”*

A05: *“se calhar tem a ver com a gravidade”; “eu vejo pelos animais, eles põem-se assim de pé”*

A07: *“movimento é em conciliação com a gravidade”; “facilitar ali a descida”*

A10: *“efeito da gravidade”; “auxiliasse a ter o bebê mais facilmente”*

Também referem como benefício o fato de a mulher se sentir mais confortável e com menos dor, empoderando-a naquele momento do parto.

A03: *“a mulher sentir-se mais empoderada”*

A07: *“menos dor à mãe”*

A08: *“mulher estar confortável... independentemente da posição em que esteja”*

Duas das participantes (A06 e A08), referem que o fato de ser um parto mais rápido é um dos benefícios dos posicionamentos durante o período expulsivo do TP.

A06: *“parto mais rápido e seguro para a expulsão do bebê”*

A08: *“período expulsivo mais curto”*

As participantes referem apenas benefícios dos posicionamentos verticais, exceto uma, que refere que um benefício do posicionamento de litotomia é mais dirigido para os profissionais de saúde que estão na assistência ao parto, que têm uma maior visualização do que está a acontecer.

A01: *“benéfico para a equipa que está ali a fazer o seu trabalho, conseguem ver muito bem a coisa e ajudar a tirar”*

Os resultados obtidos estão em consonância com a literatura existente, nomeadamente os de Gaudêncio, Rocha e Bastos (2012), que afirmam que as posições verticais estão associadas a melhores resultados, por influência direta da gravidade, maiores diâmetros pélvicos, contrações uterinas mais eficazes e menor duração do período expulsivo. As taxas de episiotomia são menores, o desconforto materno é menor, com maior tolerância à dor, e desta forma uma participação mais ativa por parte da mulher (Gaudêncio, Rocha & Bastos, 2012).

Os resultados de Lawrence, Lewis, Hofmeyr e Styles, (2013), sugerem que as mulheres que recorrem às posições verticalizadas e ao movimento têm TP com menor duração, maior controlo da dor e conforto, maior probabilidade de ter um parto normal e menor recurso ao uso de analgesia epidural.

#### Subcategoria nível 2: **Desvantagens dos Posicionamentos no Período Expulsivo do TP**

As participantes referem que, quanto mais horizontal for o posicionamento adotado, maiores são as desvantagens, entre os quais maiores lacerações, maior nível de dor e maior risco de sofrimento fetal.

A01: *“posição adotada... tradicional... mais lacerações... sofrer mais, o bebé sofrer mais”; “mais doloroso também”*

A04: *“risco maior de sofrimento fetal”*

A05: *“dores”*

A10: *“em vez de uma laceração de primeiro grau ou segundo, podemos ter uma de terceiro”; “entreve a nível físico para a criança também... sofrimento fetal”.*

A duração mais longa do período expulsivo do TP também é apontada como uma desvantagem dos posicionamentos mais horizontais, com maior necessidade de a mulher realizar esforços expulsivos e durante mais tempo.

A01: *“mais tempo a nascer”*

A04: *“necessidade maior de a mulher ter que fazer mais força no momento”*

A07: *“maior esforço por parte da mãe”*

A10: *“vai demorar muito mais tempo”*

Algumas participantes não referem desvantagens (A03 e A08) ou então desconhecem quais as vantagens e desvantagens entre diferentes tipos de posicionamentos (A09).

Como nos referem diversos estudos, a posição da parturiente durante o TP passou a ser beneficiadora dos profissionais que assistem ao parto, sendo que a posição de litotomia pode implicar o bem-estar materno fetal afetando negativamente a oxigenação fetal por maior

compressão da veia cava e podendo causar alterações maternas como bradicardia e hipotensão, bem como maior necessidade da realização de episiotomia. Também nesta posição há aumento da sensação de dor na mulher e um aumento do tempo do período expulsivo, por menor eficácia dos esforços expulsivos (Lawrence *et al.*,2013; OE, 2012). Também Nené, Marques e Batista. (2016) referem que nesta posição a ação da gravidade não favorece a descida do feto ao longo do canal de parto e não há mobilidade da bacia, impedindo o aumento dos seus diâmetros.

Assim podemos compreender que as participantes deste estudo conhecem, de uma maneira generalizada, as vantagens e desvantagens dos diferentes posicionamentos que conhecem.

A OMS, em 2018, veio reforçar a recomendação de que a mulher deve ter a liberdade para escolher a posição em que se sinta mais confortável, tanto na primeira como na segunda fase do TP, evitando longos períodos em decúbito dorsal. A posição de litotomia está fortemente enraizada na nossa cultura do parto, e ao mesmo tempo é a posição mais desfavorável para a evolução do parto normal. O uso rotineiro desta posição durante o TP é considerado uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada (OMS, 2018).

#### Subcategoria nível 2: **Expetativas das grávidas**

Esta subcategoria de nível 2 surge quando as participantes são questionadas sobre que posicionamento se imaginam a adotar no período expulsivo do seu TP. Salienta-se a ideia de as mulheres experimentarem as diferentes posições e em poderem escolher no momento aquela em que se sintam mais confortáveis, mais à vontade:

A01: *“tenho as opções todas, depois escolho no momento como é que vou sentir mais à vontade”*

A03: *“tinha que experimentar”*

A06: *“estar de outra forma, terei de perceber o que é que há... que tipo de opções tenho para isso”*

A08: *“não faço ideia”; “só vou saber na altura”*

A10: *“Para mim, não consigo dizer qual o movimento que mais me agrada”; “tem de ser uma decisão do momento, da altura e não agora, porque agora acho uma coisa e depois posso achar outra”*

No entanto, há participantes que vão apresentando alguma expetativa em relação à posição a adotar durante o período expulsivo do TP, referenciando o posicionamento de quatro apoios ou de cócoras como o de eleição:

A01: *“Estou mais a visualizar a posição de cócoras com o pai atrás”*

A03: *“cócoras talvez, no banquinho no chão, debruçada sobre a cama, assim com uma base de apoio”; “ou então talvez de quatro ou sentadinha”*

A04: *“Seria talvez a posição de quatro apoios, por ser uma posição em que me sinto confortável”*

A10: *“Que eu imagine que sejam aqueles dois (cócoras ou quatro apoios)”*

Apenas uma das participantes (A07) refere que a posição de litotomia será a mais indicada para si e na qual se imagina durante o seu TP por ser a mais confortável.

A07: *“seria o posicionamento deitada”; “ainda não escrevi lá que seria esse..., mas irá estar escrito e espero que seja esse o que seja possível fazer”; “acho que é a que me sentiria mais confortável”*

Segundo Germain e Parés (2009), a mulher é capaz de experimentar espontaneamente as diferentes posições, precisando somente de um ambiente seguro e tranquilo para o fazer. As mesmas autoras referem que, quando é permitido à mulher seguir o seu instinto, ela adapta-se às contrações e à passagem do feto pelo canal de parto através do movimento, adotando instintivamente as posições de pé, com os joelhos ligeiramente flexionados, ou mesmo de cócoras; sentada; ou de quatro apoios (joelhos e mãos), fazendo movimentos livres com a bacia (Germain & Parés, 2009).

Outros autores referem que, apesar do instinto para adotar este tipo de posições durante o TP, o fator que mais influencia a escolha da posição é o parecer dado pelo EESMO (Nieuwenhuijze, Jonge, Korstjens & Lagro-Jansse, 2014). Neste sentido, estes autores dizem que o EESMO desempenha um papel importante no apoio às mulheres na adoção de diferentes posições durante o TP, sendo essencial promover uma escolha informada. Defendem uma prática de cuidados verdadeiramente centrados na mulher, para reforçar a necessidade de apoiar as mulheres nas suas escolhas, discutir as suas preferências e respeitar as suas decisões.

#### Subcategoria nível 2: **Fontes de Informação**

De acordo com o discurso das participantes, as fontes de informação sobre os Posicionamentos no Período Expulsivo do TP são, na sua maioria, nas sessões PPPP (A04, A05, A06, A07, A08), internet (nomeadamente redes sociais e páginas relevantes na área como o site da OMS, OE, DGS, entre outras), livros e ao longo da licenciatura em medicina.

Segundo Abbyad e Robertson (2011), tornar-se mãe é um processo no qual a mulher se torna ativamente envolvida na procura de cuidados e informação ao longo da gravidez. A

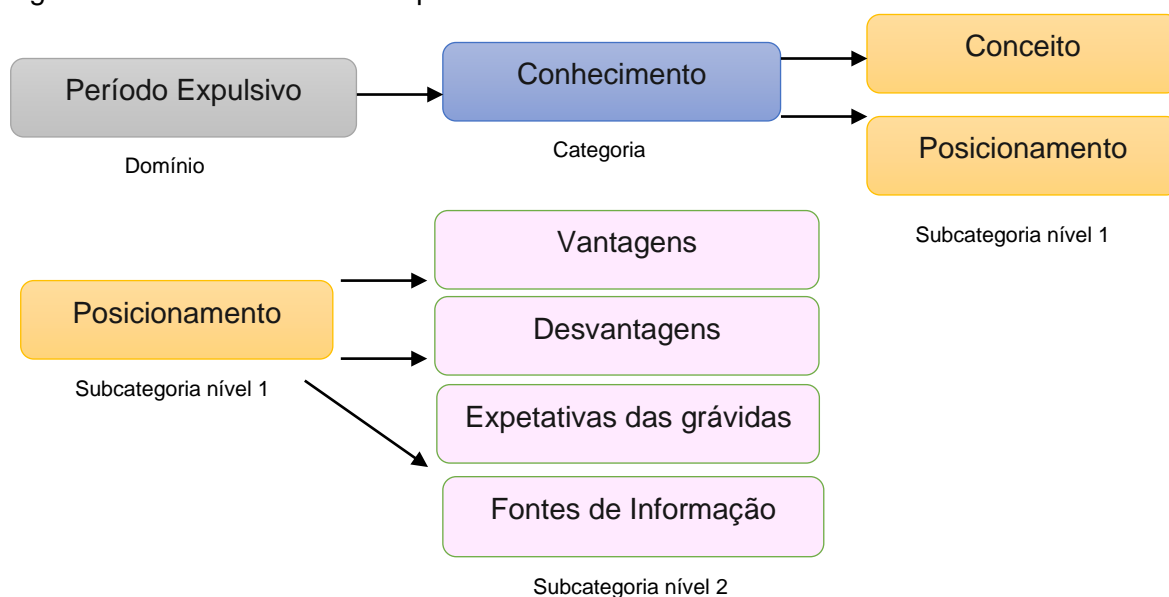
preparação da mesma para o parto e para os cuidados ao RN acontece com a frequência em cursos, seleção de materiais para leitura, conselhos recebidos e observação de outros pais.

Os profissionais de saúde são facilitadores e participantes do processo gravídico-puerperal, assumindo uma fonte de informação para as mulheres durante este ciclo. As orientações facultadas durante o período pré-natal ajudam a mulher durante a gravidez, para o TP e para os cuidados pós-parto, para si e para o RN (Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira, & Damasceno, 2010).

A presença destas orientações torna-se mais evidente durante o TP e parto, uma vez que deixam a mulher confiante ao longo deste período. Essas indicações incentivam a parturiente a ter autoridade sobre o seu TP, assumindo assim uma participação ativa (Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira, & Damasceno, 2010).

Lopes et. al. (2009) referem que a segurança da mulher, durante o TP e parto, depende do seu nível de conhecimento e preparação para o parto que efetuou ao longo do período pré-natal, bem como das orientações que foram dadas pelos profissionais de saúde que a acompanharam ao longo do mesmo período.

Figura 4 – Domínio: Período Expulsivo



➤ **Domínio: Tomada de Decisão na Maternidade**

No domínio Tomada de Decisão na Maternidade sobressai a categoria: Sentimentos. Esta categoria surge, pois, as participantes revelam qual a importância que atribuem a poder ter liberdade de escolha no momento do parto sobre o posicionamento a adotar no seu período expulsivo.



**Categoria:** Sentimentos

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das participantes sobressaíram as seguintes ideias:

A01: *“muito importante” “fato de alguém dizer que existem várias posições... aquilo que o teu corpo pede... como te sentes mais à vontade”; “é muito importante haver essa liberdade de escolha”*

A02: *“Acho importante que eles tenham em conta o nosso conforto e a posição que a gente goste mais”*

A03: *“importante”; “posição... escolha da mulher, por se sentir mais confortável, para fazer força mais eficazmente”; os profissionais não deviam interferir nessa escolha”*

A04: *“eu acho muito importante... muitas vezes vai planeado... sinal de que há respeito pela decisão da mulher”*

A05: *“Mas acho que é importante quando é valorizada aquilo que nós pretendemos para aquele momento!”*

A06: *“acho que isso é super importante”; “quanto mais informação nós temos, mais fácil será nós explicarmos às pessoas o que nós queremos”; “muito importante ter essa participação do que vamos fazer”*

A07: *“É importante termos a nossa decisão”; “mãe acaba por ter ali maior confiança”; “nível emocional... efeito muito positivo”*

A08: *“fundamental... a mãe ter uma palavra a dizer sobre a posição a adotar”; “é importante que as pessoas possam manifestar as suas intenções”; “o termos o máximo de informação sobre o que pode e não pode acontecer é fundamental”*

A09: *“mas acho que a mulher deve escolher, se puder”; “cada vez mais importante que haja essa liberdade”; “mulher... possa ter um papel mais ativo nas coisas que gostava que lhe fossem feitas ou não e poder ter um papel mais de escolha também”; “acho que tem de ser tido sempre em conta a vontade da mulher e respeitar, principalmente, a sua vontade, dentro do possível, para não estar a prejudicar ninguém”*

A10: *“acho que a liberdade de escolha é muito importante”; “fato de eu achar que é muito importante, porque traz outra tranquilidade à pessoa, traz outra segurança, eu sinto-me envolvida”; “acho que nós temos de ser integradas naquele momento, e sim, acima de tudo, a liberdade dos movimentos deveria existir, nomeadamente a escolha do posicionamento na altura do parto”*

As participantes salientam o fato de ser muito importante haver liberdade de escolha quanto aos posicionamentos a adotar no período expulsivo do TP, considerando que a vontade da mulher deve ser tida em conta, valorizada e respeitada para que esta se sinta envolvida e segura. Aqui sobressai que o nível de conhecimento é muito importante para que se tomem decisões informadas.

Já Peterson, em 1996, nos refere que a participação ativa no TP, inclusive nas tomadas de decisões são fatores que contribuem para uma percepção positiva da própria mulher em TP. Também refere que, quando a mulher tem a percepção que os seus sentimentos sobre o TP são aceites e respeitados pelos profissionais da saúde, melhor será a noção que tem de si própria no TP.

No entanto, há participantes (A02, A04, A08, A10) que consideram que a confiança nos profissionais de saúde que estão na assistência ao parto também é um fator importante para que tudo se desenvolva da melhor forma possível, principalmente no caso de existirem complicações.

*A02: “Eu acho importante... confiança nos profissionais de saúde, se eles disserem que aquela posição é a melhor”; “confiança que temos de ter nos profissionais que nos estão a acompanhar no parto.”; “algum contratempo, aquilo pode não ser seguido à risca”*

*A04: “pode haver complicações e que essas decisões que já levamos previamente planeadas possam não serem respeitadas por uma necessidade maior “*

*A08: “há sempre que adequar expetativas”; “salvaguardar... deixar nas mãos de quem domina melhor o tema e termos a nossa mente aberta”*

*A09: “Às vezes também não é uma coisa que se escolha”; “confiar nos profissionais de saúde que vão estar a fazer o melhor”*

*A10: “a parturiente também tem de ter abertura para encaixar que às vezes as coisas não são tao fáceis ou têm um bocadinho de desvio disto e tem de ser de outra forma”*

Por acreditarem que os profissionais de saúde estão na posse de maior conhecimento e experiência, denota-se aqui uma aceitação por estas participantes da atitude paternalista dos profissionais de saúde ao deixá-los decidirem por si.

Segundo Lothian (2006) o desequilíbrio de poderes entre os utentes e os profissionais de saúde é muito evidente em obstetrícia, uma vez que o modelo biomédico encoraja as mulheres e os profissionais a considerar o nascimento como um evento repleto de riscos, aceitando-se uma prática mais intervencionista para reduzir esse risco e incerteza, embora a evidência já tenha demonstrado que essa conduta não fornece os melhores cuidados, aumentando inclusive os riscos, o que não é eticamente aceitável. A este respeito, a OMS

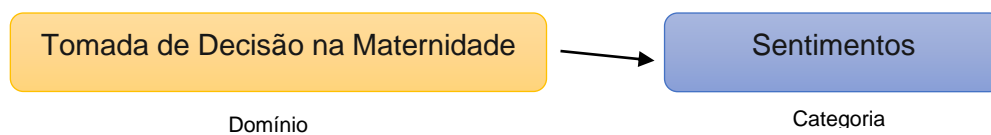
fomenta a centralização da grávida/casal grávido na equipa clínica que lhe prestará uma assistência personalizada através da aplicação do paradigma da autonomia em detrimento do paradigma paternalista (OE, 2015).

O papel do EESMO durante o TP e parto passa por salvaguardar os direitos das mulheres, garantir cuidados respeitosos. Este deve garantir que as mulheres recebem as informações adequadas antes de procedimentos, demonstrando disponibilidade para acompanhar a mulher/casal, garantindo os esclarecimentos solicitados e necessários para a sua satisfação e experiência positiva de parto.

O acompanhamento dado à mulher nos momentos que antecedem o parto é fundamental para a sua confiança na capacidade que tem em ser mãe e cuidar do filho. (Lopes et. al., 2009).

A OE (2014) defende que é crucial oferecer à mulher um apoio contínuo durante o seu TP, maximizando o uso das suas próprias potencialidades. Para isto torna-se fundamental informar as mulheres sobre o parto e TP, empoderando-as, de forma que possam tomar decisões sobre práticas clínicas que serão realizadas no seu próprio corpo.

Figura 5 – Domínio: Tomada de Decisão na Maternidade



#### ➤ **Domínio: Plano de Parto**

No domínio Plano de Parto sobressaem as categorias: Planeado e Idealizado.

**Categoria:** Planeado

Com os dados obtidos verifica-se que a abordagem/elaboração de um PP é uma realidade no contexto onde este estudo foi realizado.

A01: *“já realizei... o nosso plano de parto”*

A03: *“Sim, irei fazer o meu plano de parto”*

A06: *“Sim, quero realizar”*

A07: *“Conheço o plano de parto”; “Já o imprimi, preenchi e irei enviar por email”*

A10: *“Eu não entreguei ainda... eu vou imprimir, para levar impresso no dia”; “A minha médica, ela própria veio com o tema e recomendou-me ser feito”*

De salientar o discurso da participante A01, que ao referir o “nosso plano de parto”, está a incluir o pai do bebé nesta decisão.

Todas as participantes têm noções do que é o PP, sendo que nem todas referem a realização do mesmo, não sabem se vão realizar ou até mesmo não têm intenção de o fazer.

A02: *“Ainda não tomámos essa decisão... também ainda temos algumas semanas para o entregar”*

A04: *“Não realizei, e penso que não vou realizar”*

A05: *“Eu não fiz!”*

A08: *“No curso... focam imenso nisso... fazem... pressão para que tenhamos um plano de parto”; “não sou grande adepta do conceito”; “estruturarmos um plano daquilo que queremos e não queremos que aconteça, acho que é “too much” ... é muito difícil para quem vai ser mãe pela primeira vez fazer um plano de parto”*

A09: *“Sei que existe, confesso que nunca vi nenhum papel de plano de parto”; “Não sei bem se vou realizar... não idealizei nada ainda, especificamente, para o momento”*

Relativamente ao conhecimento expresso pelos participantes sobre o PP, a totalidade das participantes conhece, sendo que todas se encontravam no terceiro trimestre e a frequentar um PPPP, o que nos leva a inferir que este aspeto será abordado de forma sistemática no referido programa.

Bailey, Crane e Nugent (2008), referem que a construção de um PP é fundamental na maioria dos PPPP, facilitando a comunicação das preferências do casal aos profissionais de saúde. O plano desenvolve-se para a mulher/casal tomar consciência e compreender os seus valores pessoais, necessidades e preocupações relacionados com o processo de nascimento. Para a construção do PP podem ser obtidas informações quer em PPPP, quer na literatura impressa ou online, existindo cada vez mais *sites* que abordam o nascimento e dão sugestões para a realização deste documento.

Segundo Kaufman (2007), mesmo os casais que não elaborem o PP e que preferem seguir os conselhos da equipa de saúde, beneficiam da discussão das suas expectativas e desejos para o parto, pois dá-lhes oportunidade de aprenderem mais sobre o processo de nascimento e discutirem as suas preocupações e desejos com os profissionais de saúde e aumentar a sua confiança.

**Categoria:** Idealizado

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das participantes sobressaem as seguintes ideias:

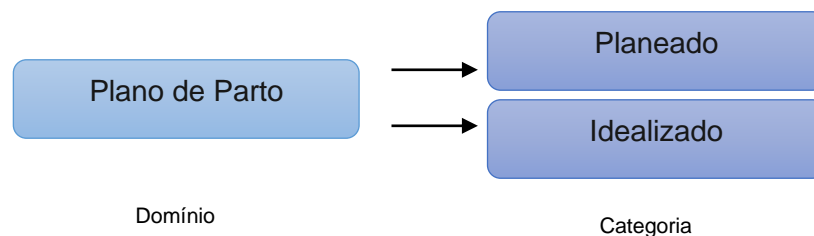
A04: “o plano posso levá-lo mentalmente e na hora falar com os profissionais sobre os meus desejos para o parto”

A05: “dependendo de como é que isso está a correr, a gente vai falando com eles”; “o plano que fica na nossa cabeça”;

Pelo discurso das participantes ao longo da entrevista, algumas referem que, apesar de não efetivarem por escrito o seu PP, apresentam desejos que pretendem ver executados durante o seu TP e parto e que apenas os transmitem aquando da chegada à maternidade ou aquando da sua estadia na SP. Apesar de estes desejos não estarem impressos, devem ser cumpridos pela equipa de saúde, sempre que a situação clínica assim o permita.

O EESMO, ao estar presente em todo o processo de gravidez e parto, tem como competência a fomentação da realização do PP, tanto nas consultas de vigilância pré-natal ou sessões de PPPP, com vista ao bem-estar materno-fetal e tendo em conta a liberdade de escolha informada das mulheres/famílias quanto ao seu projeto de parentalidade e parto.

Figura 6 – Domínio: Plano de Parto



#### ➤ Domínio: Assistência à Grávida

No domínio Assistência às Grávidas sobressai a categoria: **Expetativas**

Esta categoria surge enquadrada naquilo que as participantes sugerem como melhorias na assistência às grávidas durante a vigilância pré-natal ou até mesmo durante o próprio TP.

Da categoria Expetativas sobressai a subcategoria de nível 1: **Profissionais de Saúde**.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das participantes sobressaíram as seguintes ideias:

A01: “até agora ninguém me falou e já estou de 36 semanas e tal e nunca ninguém me falou, nada mesmo”

A04: *“ainda há muita falta dessa informação principalmente a nível das maternidades em que esse tema é muito posto ainda do lado”*

A06: *“No centro de saúde não falam sobre isso, os posicionamentos”*

A07: *“falta de informação... obstetra... enfermeiros”*

A09: *“pelo menos nos locais onde tenho passado não informam muito. Efetivamente deixam mais à mercê, a bola do lado da mulher, de questionar ou de se informar por outras vias”*

As participantes referem que os profissionais de saúde não falam acerca dos posicionamentos a adotar no período expulsivo do TP durante o período pré-natal, seja em contexto hospitalar ou em unidades de cuidados de saúde primários.

Da subcategoria nível 1 Profissionais de Saúde sobressaem as subcategorias de nível 2:

### **Formação e Informação**

Subcategoria nível 2: **Formação**

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das participantes sobressaíram as seguintes ideias:

A01: *“importante terem mais conhecimento, mais formações para transmitirem tudo o que é informação à mulher”*

A03: *“formação dos profissionais e da instituição em si”; “educação é essencial”*

A04: *“maior formação dos profissionais... haver consenso entre os profissionais relativamente ao uso de determinados posicionamentos”*

A09: *“Se os profissionais de saúde têm sempre os conhecimentos atualizados? Não, acho que não”*

A10: *“haver um alinhamento global que vem de cima (instituição)”; “investimento a nível de formação, a nível de pessoal... e de visão”*

As participantes, quando inquiridas sobre as melhorias de cuidados relativamente à assistência à grávida referem que a formação dos profissionais de saúde apresenta-se como um foco essencial para que estas conheçam os diferentes posicionamentos a adotar no período expulsivo do TP.

Os profissionais devem ser educados e incentivados a reconhecer que a comunicação e a tomada de decisão compartilhada com as mulheres/casais são essenciais para facilitar e melhorar a experiência de nascimento (Afshar, Mei & Gregory, 2016).

Segundo Wier (2008), para que o modelo de assistência em que o enfermeiro EESMO trabalha em parceria com a mulher/casal seja efetivo, os EESMO devem ser desafiados, ao longo da sua formação contínua, a refletir sobre as suas crenças e atitudes acerca do consentimento informado e também sobre o PP, e concomitantemente são convidados a refletir sobre as suas habilidades e conhecimentos especializados. Também a formação base dos EESMO deve assegurar que os princípios do consentimento informado, da comunicação e do dever da imparcialidade, devem ser desenvolvidos, praticados e discutidos de forma a compreenderem a relevância dessa competência na relação estabelecida com a mulher/casal.

#### Subcategoria nível 2: **Informação**

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das participantes sobressaíram as seguintes ideias:

A01: *“acho muito importante que os profissionais de saúde falem mais sobre esta temática com as grávidas”; “as aulas de preparação para o parto também são para isso”*

A04: *“existir cursos de preparação para o parto livres para todas as grávidas, participados, em horário pós-laboral, para que os companheiros possam estar disponíveis para acompanhar e assistir”; “falarem também a melhor sobre os posicionamentos sobre aquilo que podemos ou não podemos fazer”*

A05: *“quando elas estão lá na sala de partos sugerirem, se calhar vamos tentar esta posição assim, porque se calhar é mais confortável e também acalmá-las” “grávidas deviam frequentar mais os cursos de preparação”; “aquelas que não participaram podem lhes dizer olha se calhar podíamos experimentar esta posição ou fazes assim esta força tenta não puxar aí, mas ali”*

A06: *“abertura para questionar”; “é muito importante haver, por exemplo na saúde 24, mais pessoas especializadas em grávidas”; “quanto mais informação nos possam dar, é uma das coisas mais importantes para irmos minimamente preparadas.”*

A07: *“maior transmissão de informação, maior abertura para o tema”*

A08: *“não só focar nisso nas consultas de acompanhamento como também nalgum modulo de um curso de preparação”*

A09: *“profissionais de saúde... informassem mais, perceber melhor, fazer perguntas à mulher, o que quer, o que não quer, se já pensou, se não pensou e depois informar consoante as dúvidas que também fossem expostas”; “falta um bocadinho de abertura dos profissionais de saúde”*

O acompanhamento ao longo da gravidez, seja em consultas externas ou em sessões de preparação para o parto, assim como durante todo o TP, com transmissão de informação

pertinente ou abertura por parte dos profissionais de saúde para discutir e tirar dúvidas também é um fator importante para as grávidas, de forma a aumentarem a sua literacia acerca dos posicionamentos que podem adotar no período expulsivo do TP.

Nené, Marques e Batista (2016) referem que é durante o terceiro trimestre da gravidez que o EESMO deve informar e esclarecer a mulher sobre sinais prodrômicos de TP, sinais de TP, processo de parto e cuidados ao RN. Pelo discurso das participantes a transmissão pelos profissionais de saúde das informações pertinentes durante este período são muito escassas.

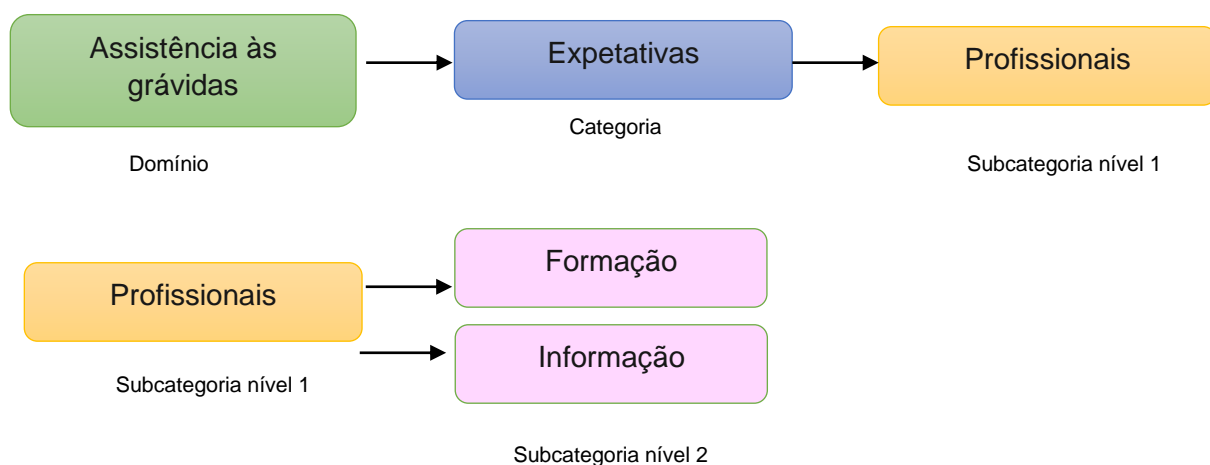
O EESMO tem um papel fundamental na educação da mulher e pessoa significativa desde o período pré-concepcional, apoiando e promovendo a literacia sobre a gravidez e TP nas grávidas, sobretudo as que têm menores conhecimentos (Prata, Santos & Santos, 2015).

O EESMO, deve conhecer e ter em conta a individualidade da grávida, as suas experiências anteriores, crenças, necessidades e preferências, de modo a adequar os seus ensinamentos e prestar cuidados de enfermagem que promovam o empoderamento da grávida na gestão do seu TP (Nené, Marques & Batista, 2015).

O estudo de Afshar, Mei e Gregory (2016) relata-nos que os profissionais devem ser educados e incentivados a reconhecer que a comunicação com as mulheres/casais e a tomada de decisão compartilhada são essenciais para facilitar e melhorar a experiência de nascimento.

É competência do EESMO a promoção de uma transição saudável para a maternidade. Para isso deve empoderar a mulher para que esta desenvolva competências e adquira informações que lhe permitam ter uma participação ativa durante o TP. Considera-se que a relação terapêutica entre a mulher e os profissionais de saúde contribui para uma experiência mais positiva do TP e parto. É crucial que haja uma mudança nos cuidados de saúde, de modo que se reduza a assimetria do poder de decisão entre os profissionais de saúde e a mulher.

Figura 7 – Domínio: Assistência às grávidas





## CONCLUSÃO

No presente relatório estão expostas as diferentes atividades realizadas em contexto de estágio, com o desenvolvimento de competências do EESMO bem como a reflexão sobre a prática clínica, e também o desenvolvimento de competências na área da investigação.

Relativamente à reflexão e análise crítica das experiências desenvolvidas ao longo dos diversos contextos de estágio de acordo com as competências específicas do EESMO, é de salientar que pelo contexto pandémico houve necessidade de alterar um dos contextos de estágio na área dos Cuidados de Saúde Primários, pelo que foram realizadas as 10 semanas em contexto de UCC, ao invés de 5 semanas em USF e 5 semanas em UCC. Na maternidade, a pandemia alterou sobretudo a interação com as famílias, pois as visitas e o acompanhamento dos pais foram bastante limitados. Apesar disso, os objetivos foram cumpridos, tendo sido necessário diversos ajustes para ultrapassar os desafios inerentes ao contexto.

No desenvolvimento de competências na área de investigação, as dificuldades prenderam-se com a organização dos resultados obtidos, no sentido da organização em categorias que respondessem aos objetivos da investigação. A discussão dos resultados, dependente da organização anterior dos resultados, tornou-se também um desafio.

Em relação à componente investigativa, e como já referido anteriormente, o objetivo foi: conhecer a literacia das mulheres grávidas no terceiro trimestre sobre posicionamentos a adotar no período expulsivo do TP. Os resultados demonstram que as participantes do estudo procuram informação relativa à temática e detêm conhecimentos que possibilitam a tomada de decisão aquando do seu TP. No entanto este conhecimento deve ser melhorado e estas temáticas devem ser mais abordadas durante o período pré-natal.

A literacia que as mulheres detêm sobre o parto humanizado, bem como dos posicionamentos que podem adotar no período expulsivo do TP, demonstra serem uma mais-valia para os cuidados de enfermagem, pois permite planear e realizar intervenções que foquem a literacia em saúde das mulheres grávidas de modo a poderem tomar decisões informadas para o seu parto.

Após a realização deste estudo surge como sugestão a abordagem desta temática na formação inicial dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, em especial os EESMO, de forma a permitir uma homogeneidade de conhecimentos e profissionais mais capacitados.

Pela escassez de estudos neste âmbito, surge a necessidade do seu desenvolvimento, mais especificamente em Portugal, de modo a conseguirmos perceber qual a realidade portuguesa. Sugere-se, assim, a realização de estudos que avaliem o conhecimento das mulheres e de que forma é que o EESMO pode intervir para garantir uma tomada de decisão da mulher informada.

Também se pretende que este relatório seja um contributo para a reflexão por parte de outros colegas EESMO, sobre as atividades que desenvolvem e sobre a importância da literacia em saúde materna para o bem-estar e satisfação das mulheres durante o período da gravidez, parto e pós-parto.

O desenvolvimento das competências em contextos clínicos permitiu-me entender que são muitas as mulheres que não detêm conhecimentos sobre o tema e por isso sentem dificuldade em tomar decisões.

Relativamente às limitações, posso referir o fato de não poder realizar as entrevistas presencialmente, visto que durante o período das mesmas ainda nos encontrávamos com várias restrições provocadas pela pandemia, sendo realizadas via online para segurança da investigadora e das participantes.

Por último, a realização deste relatório, principalmente a sua componente investigativa, apesar das exigências, tornou-se uma experiência gratificante na construção da minha identidade tanto a nível profissional como a nível pessoal, enquanto futura EESMO, principalmente pela capacidade que apresentei em ultrapassar as dificuldades que foram surgindo ao longo da sua elaboração.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbyad, C & Robertson, T. R. (2011). African American Women's Preparation for Childbirth from the Perspective of African American Health-Care Providers. *The Journal of Perinatal Education*, 20, 45-53. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.20.1.45>
- Afshar, Y., Mei, J., Gregory, K. (2016). Birth Plans: Birth Preferences or Labor Manifesto. *Gynecology & Obstetrics Case Report*, 2(1),12. <http://gynecology-obstetrics.imedpub.com/>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Health Literacy to Promote Quality of Care: Committee Opinion Obstetrics & Gynecology (676). <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2016/10/health-literacy-to-promote-quality-of-care.pdf>
- APEO & FAME (2009). *Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso*. Camarate: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Aveiro, C. & Velosa, T. (2017). *A Dor em Obstetrícia*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/HospitalNelioMendonca\\_Dor\\_Obstetricia\\_Madeira.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf)
- Bailey, J. M., Crane, P., & Nugent, C. E. (2008). Childbirth education and birth plans. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35(3), 497. doi:10.1016/j.ogc.2008.04.005
- Bardin, Laurence (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70, Lda. ISBN: 978-972-44-1506-2.
- Carraro, T., Knobel, R., Radunz, V., Meincke, S., Fiewski, M., Frello, A., Martins, M., Lopes, C., & Berton, A. (2007). Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Contexto de Enfermagem*, pp. 97-104.
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2a). Edições Almedina, S. A.
- Decreto de Lei n.º 26/2017 da Assembleia da República (2017). Diário da República n.º 104/2017, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/26-2017-107094721>

- Decreto de Lei nº 52/2022 do Conselho de Ministros (2022). Diário da República, 1ª série, Nº 150. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Direção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde. (2014). *Registo do Aleitamento Materno, Relatório Janeiro a dezembro de 2013*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2021). *Níveis de Literacia em Saúde*. Ministério da Saúde. Lisboa: DGS.
- Figueiredo, J. V., Freitas, L. V., Lima, T. M., Oliveira, A. S., & Damasceno, A. K. (2010). Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. *Enfermagem em Foco*, pp. 124-128.
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de Investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gaudêncio, A. P., Rocha, V., & Bastos, T. (2012). Maternidade com Qualidade: Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–4. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_PosicaoodeParto\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PosicaoodeParto_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)
- Health Literacy Centre Europe. (2015). *Low Health Literacy in Europe*. Obtido de Health Literacy Centre Europe: <http://healthliteracycentre.eu/low-health-literacy-ineurope/>
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the birth plan. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 47-52. doi:10.1624/105812407X217985
- Khorasani, E. C., Peyman, N., & Esmaily, H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the Healthcare Centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 6 (1), 1157-1162. [http://jmrh.mums.ac.ir/article\\_9613\\_783f6021f5770042ba50f6b82cf4cf2d.pdf](http://jmrh.mums.ac.ir/article_9613_783f6021f5770042ba50f6b82cf4cf2d.pdf)
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour - Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full>
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C. & Piccinini, C. (2009). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: reflexão crítica*, pp. 247-254.

- Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 35(2), 295-303
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Camarate: Lusodidacta- Soc. Port. de material didático, Lda.
- Maputle, M. S., & Donavon, H. (2013). Woman-centred care in childbirth: A concept analysis. *Curationis*.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2016). Parecer n.º04/2016 - Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04\\_2016\\_MCEESMO\\_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf)
- Nieuwenhuijze, M., Jonge, A., Korstjens, I., Vries, R. & Lagro-Jansse, (2014). On speaking terms: a Delphi study on shared decision-making in maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 14-223
- Nené, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel. Lisboa.Portugal
- Organização Mundial de Saúde. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: OMS
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: Vol. WHO-RHR-18* (Issue 8). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
- Organização Mundial de Saúde (2019). *Informed decisions and maternal health literacy could reduce caesarean section numbers*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Lifestages/maternal-and-newborn-health/news/news/2019/01/informed-decisions-andmaternal-health-literacy-could-reduce-caesarean-section-numbers>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Parecer CJ 22/ 2008 Sobre Aulas de Ginástica Pré e Pós-Parto*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. *Parecer n.º 7/2012. Plano de Parto*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal. Uma Visão Partilhada*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Projecto da MCEESMO - OE, Maternidade com qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/parteiras*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a Série, no26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento no391/2019: Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário Da República, 2a série(no85).
- Pedro, L., & Oliveira, S. (2016). Função da Dor no Trabalho de Parto. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 408-423. LIDEL.
- Peterson, G. (1996). Childbirth: The ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *Pre and perinatal psychology Journal*, 101-109.
- Prata, A., Santos, C. & Santos, M. (2015). O conhecimento das grávidas sobre o processo de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 16, 9-12.
- Ribeiro, R. E., Moura, T.A., Silva, S.F., Perroni, C.A. & Filócomo, F.R.F (2010). O conhecimento da puérpera sobre o parto humanizado em uma instituição do vale da paraíba. *XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação*, Universidade do Vale do Paraíba. [https://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2010/anais/arquivos/RE\\_0013\\_0269\\_01.pdf](https://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0013_0269_01.pdf)
- Sabatino, H., Dunn, P. & Caldeyro-Barcia, R. (2000). *Parto Humanizado: Formas Alternativas*. São Paulo: Editora Unicamp
- Santos, I. S., & Okasaki, E. L. F. J. (2012). Assistência de enfermagem ao parto humanizado. *Research, Society and Development*, 11(5), e19611528006. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28006>
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em Saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, especial 2, 33-38.

- Smith, S. & Carroll, L. (2017). Data-driven maternal health literacy promotion and a postscript on its implications. *Information Services & Use*, 37(2), 235-252.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa Em Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Wier, J. (2008). Informed consent and the birth plan. *The practising midwife*. 11(7)

## ANEXOS



**ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem**

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer Nº 793/ 06-2021**

**Título do Projecto: Literacia em Saúde Materna: Posicionamentos no período expulsivo do trabalho de parto**

### **Identificação das Proponentes**

Nome(s): Cátia Salomé Simões Marques

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Teresa Maria Campos Silva, Ana Bela de Jesus Roldão  
Caetano

**Relator**: Ana Margarida Abrantes

### **Parecer**

A literacia em saúde materna é considerada uma estratégia para promover uma gravidez saudável, ao fortalecer o desenvolvimento dos conhecimentos da mulher no que diz respeito à gravidez e à maternidade. No que diz respeito à enfermagem a literacia em saúde continua a ser uma oportunidade e um desafio de investigação para a promoção de melhores práticas, permitindo a transferibilidade do conhecimento para a prática clínica.

O objetivo deste projeto consiste em conhecer a literacia das grávidas no terceiro trimestre sobre os posicionamentos a adotar no período expulsivo do trabalho de parto.

O estudo é definido como qualitativo, exploratório-descritivo nível 1 e decorrerá entre março e dezembro de 2021.

A amostra será constituída por grávidas no 3º trimestre de gravidez de acordo com os critérios de inclusão e exclusão apresentados. Os dados serão obtidos através de entrevista semiestruturada desenhada de modo a conhecer a literacia das grávidas no terceiro trimestre sobre os posicionamentos a adotar no período expulsivo do trabalho de parto. A confidencialidade, voluntariedade e autonomia das participantes está garantida pelos autores.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética, não obstante será necessário ter em consideração e adequar o estudo à situação pandémica atual.

O relator: 

Data: 12/07/2021 O Presidente da Comissão de Ética:



## APÊNDICES

## APÊNDICE I – Projeto de Estágio



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

## **IX MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

### **PROJETO DE ESTÁGIO**

Este projeto de estágio é realizado no âmbito da unidade curricular Estágio com relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Esta unidade curricular integra a reta final do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, correspondendo ao ensino clínico a desenvolver em unidades de cuidados de saúde primário e diferenciados e encontra-se dividido em três blocos de ensino clínico, o bloco de unidade de cuidados na comunidade e consultas externas (12 semanas), bloco unidade de internamento de grávidas/medicina materno-fetal e unidades de internamento de puérperas (7 semanas) e bloco correspondente a sala de partos (16 semanas).

Segundo o guia orientador do Estágio, em cada bloco é proposto aos estudantes a elaboração de um projeto de estágio. O presente documento está estruturado com base nas competências específicas e comuns do EE ESMO (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) definidas pela Ordem dos Enfermeiros, com o estabelecimento de objetivos específicos, assim como as intervenções a realizar para a concretização dos mesmos, realizado na globalidade de todo o ensino clínico e respetiva avaliação. Este projeto inclui ainda um cronograma de atividades, onde são discriminadas as intervenções a realizar, de acordo com a programação existente dos ensinos clínicos.

#### **1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EE ESMO**

**BLOCO A – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE E CONSULTAS EXTERNAS** (Centro de Saúde Norton de Matos e Serviço de Consultas Externas da Maternidade Daniel de Matos)

**População alvo:** Mulher ao longo do ciclo vital e sua família

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Intervenções
<p>Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade no âmbito do Planeamento Familiar e durante o período Pré-Concepcional/ Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir e realizar consultas de Enfermagem de planeamento familiar à mulher e/ou casal e/ou de aconselhamento reprodutivo;</li> <li>• Promover a sexualidade e a saúde sexual da mulher e/ou casal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação do conhecimento da mulher sobre métodos contraceptivos;</li> <li>▪ Avaliação do uso de contraceptivos;</li> <li>▪ Incentivo para o uso de contraceção;</li> <li>▪ Avaliação de conhecimentos sobre o ciclo menstrual;</li> <li>▪ Avaliação de conhecimentos sobre sexualidade da mulher e/ou casal;</li> <li>▪ Promoção da realização do Rastreio do Colo do Útero e Rastreio do Cancro da Mama;</li> <li>▪ Assistência na realização do Rastreio do Colo do Útero (Colpocitologia);</li> <li>▪ Ensinos sobre a autovigilância da mama;</li> <li>▪ Avaliação da autovigilância da mama;</li> <li>▪ Assistência no aconselhamento sobre o método contraceptivo;</li> <li>▪ Assistência na colocação do método contraceptivo Dispositivo Intrauterino (DIU).</li> <li>▪ Promoção da regulação da fecundidade e fertilidade.</li> </ul>
<p>Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade no período Pré-Natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar o programa nacional de vigilância da gravidez de baixo risco ao longo do ensino clínico;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Altura do Fundo Uterino;</li> <li>Frequência Cardíaca Fetal;</li> <li>Conhecimentos sobre gravidez;</li> <li>Adesão à vacinação;</li> </ul> </li> <li>▪ Ensinos sobre:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover nas sessões individuais, a realização de consultas de enfermagem na vigilância da gravidez nos vários trimestres.</li> <li>• Preparar a mulher/casal para a maternidade e a paternidade responsáveis;</li> <li>• Acompanhar as mulheres grávidas e/ou casais em Sessões de Preparação para o Parto e Parentalidade;</li> <li>• Assistir a mulher/casal em situações de abortamento.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- gravidez (sinais e sintomas, complicações e sinais de alerta);</li><li>- contrações uterinas;</li><li>- atividade física;</li><li>- sexualidade durante a gravidez</li><li>- alimentação saudável e ingestão de líquidos;</li><li>- desenvolvimento fetal;</li><li>- trabalho de parto;</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Instrução sobre a importância do Boletim de Saúde da Grávida (BSG);</li><li>▪ Assistência da mulher/casal na elaboração do plano de parto;</li><li>▪ Entrega de material de apoio à grávida e/ou casal (panfletos);</li><li>▪ Envolvimento do companheiro ou pessoa significativa na consulta e no processo de gravidez.</li><li>▪ Monitorização e avaliação dos sinais vitais e parâmetros antropométricos da grávida;</li> <li>▪ Incentivar as grávidas/casal a participar nas Sessões de Preparação para o Parto, durante a consulta pré-natal.</li><li>▪ Participação e colaboração nas Sessões de Preparação para o Parto;</li><li>▪ Assistência das mulheres na realização de exercícios de adaptação à gravidez, de fortalecimento muscular, respiratórios e de relaxamento e quando possível incluir o pai/pessoa significativa.</li></ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realização de consultas a grávidas/casais em situações de abortamento.</li> <li>▪ Prestação de apoio emocional;</li> <li>▪ Referenciação para psicólogo.</li> </ul>
<p>Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade durante o período pós-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar consulta de Enfermagem de acompanhamento pós-parto;</li> <li>• Realizar consulta de Enfermagem na Revisão do Puerpério;</li> <li>• Acompanhar as puérperas em sessões de recuperação pós-parto;</li> <li>• Realizar consultas de Enfermagem a Recém-nascidos com idade inferior a 28 dias;</li> <li>• Assistir a mulher e/ou casal na amamentação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação de conhecimentos sobre a amamentação;</li> <li>▪ Incentivo ao o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida;</li> <li>▪ Assistência da mulher no processo de amamentar (não esquecendo a vontade dos pais);</li> <li>▪ Vigilância das mamadas: características dos mamilos e das aréolas e da pega do RN.</li> <li>▪ Avaliação da proteção e segurança do recém-nascido no transporte;</li> <li>▪ Ensinos sobre meios de proteção e segurança do recém-nascido no transporte;</li> <li>▪ Avaliação da episiorragia ou sutura;</li> <li>▪ Execução do tratamento à ferida cirúrgica.</li> </ul>
<p>Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade a vivenciar processos de saúde-doença ginecológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir mulheres em processos de saúde/doença ginecológica;</li> <li>• Valorizar a saúde mental da mulher/família que vivenciam processos de saúde/doença.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação da mulher e sua adaptação ao processo de saúde/doença:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esclarecimento da mulher relativamente a dúvidas relativamente a afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama;</li> <li>○ Ensinos sobre promoção de saúde ginecológica;</li> <li>○ Ensinos sobre alterações decorrentes da doença ginecológica;</li> </ul> </li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promoção da adoção de estilos de vida saudáveis;</li> <li>○ Informação sobre recursos na comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida;</li> <li>▪ Monitorização de afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação;</li> <li>▪ Incentivo à realização do Rastreio do Colo do Útero e Rastreio da Mama;</li> <li>▪ Ensinos sobre a autovigilância da mama;</li> <li>▪ Avaliação da autovigilância da mama;</li> <li>▪ Assistência na realização do Rastreio do Colo do Útero (Colpocitologia);</li> <li>▪ Monitorização e avaliação dos sinais vitais e parâmetros antropométricos.</li> </ul>
<p>Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a saúde da mulher no período do climatério;</li> <li>• Prevenir processos de doença durante o período do climatério;</li> <li>• Realizar consultas de Enfermagem à mulher no período do climatério;</li> <li>• Promover a sexualidade e a saúde sexual da mulher durante o período do climatério.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação da adaptação da mulher ao climatério:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ensinos sobre alterações físicas, psicológicas e sexuais que podem surgir nesta fase do ciclo vital;</li> <li>○ Ensinos sobre adoção de estilos de vida saudáveis;</li> </ul> </li> <li>▪ Avaliação de conhecimentos sobre sexualidade da mulher e/ou casal;</li> <li>▪ Incentivo ao uso de contraceção;</li> <li>▪ Avaliação do potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica e promoção da adesão aos rastreios disponíveis;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação do conhecimento sobre autovigilância e autoexame da mama.</li> <li>▪ Monitorização e avaliação dos sinais vitais e parâmetros antropométricos</li> </ul>
--	--	---

**BLOCO B – UNIDADE DE INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS/MEDICINA MATERNO-FETAL E UNIDADES DE INTERNAMENTO DE PUÉRPERAS (Serviço de Puerpério/Cirurgia e Serviço de Medicina Materno-Fetal da Maternidade Daniel de Matos)**

**População alvo:** Mulheres Grávidas, Puérperas e Recém-Nascidos

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Intervenções</b>
Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade no período Pré-Natal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover cuidados baseados na evidência ao longo do período pré-natal;</li> <li>• Avaliar bem-estar materno-fetal;</li> <li>• Assistir mulher/acompanhante no pós-parto imediato;</li> <li>• Assistir e promover a saúde da mulher/feto com patologia associada à gravidez;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realização de manobras de Leopold;</li> <li>▪ Avaliação da FCF;</li> <li>▪ Realização e avaliação de RCT's;</li> <li>▪ Ensinos sobre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalho de parto e o planeamento do mesmo;</li> <li>- Aleitamento materno;</li> <li>- Estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor aquando TP;</li> </ul> </li> <li>▪ Realização de toque vaginal e observação dos órgãos genitais externos;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a saúde da mulher e família em situações de abortamento ou feticídio;</li> <li>• Assistir a grávida/casal em situações específicas, como:<ul style="list-style-type: none"><li>- Rotura prematura de membranas;</li><li>- Restrição de crescimento intrauterino ou ameaça de parto pré-termo;</li><li>- Complicações induzidas pela gravidez (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes gestacional);</li><li>- Indução do trabalho de parto</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Monitorização e avaliação dos sinais vitais;</li><li>▪ Estar atenta a sinais de alerta e colaboração na resolução de complicações (caso existam);</li><li>▪ Esclarecimento de dúvidas que a mulher/casal possa colocar e explicação de todos os procedimentos a realizar;</li> <li>▪ Explicação de todos os procedimentos a realizar (procedimentos cirúrgicos ou medicamentosos) bem como sinais e sintomas;</li><li>▪ Acompanhamento da mulher/casal em todo o processo;</li><li>▪ Gestão das emoções.</li><li>▪ Promoção da exteriorização e/ou verbalização das emoções;</li><li>▪ Garantia de apoio e disponibilidade para escutar ativamente a mulher ou a família (incluir sempre o pai/acompanhante significativo);</li><li>▪ Intervenções à mulher em situações de complicações pós-aborto;</li><li>▪ Apoio à mulher/família em situações de luto;</li></ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preparação a mulher e a família para a alta ou para a transferência de serviço;</li> <li>▪ Monitorização de desvios à gravidez fisiológica;</li> <li>▪ Realização de intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez</li> <li>▪ Cooperação com outros profissionais no tratamento da grávida com complicações da gravidez.</li> </ul>
<p>Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade durante o período pós-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir a mulher/casal na adaptação pós-parto e no desenvolvimento de competências enquanto pais;</li> <li>• Assistir a mulher e/ou casal na amamentação;</li> <li>• Promover a saúde da mulher e recém-nascido;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação dos conhecimentos sobre cuidados ao RN;</li> <li>▪ Ensinos sobre             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados ao RN;</li> <li>- Atividade física após o parto, planeamento familiar, sexualidade, higiene perineal, lóquios e cuidados com as mamas;</li> </ul> </li> <li>▪ Avaliação de conhecimentos sobre a amamentação;</li> <li>▪ Incentivo do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida;</li> <li>▪ Assistência da mulher no processo de amamentar (não esquecendo a vontade dos pais);</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Vigilância das mamadas: características dos mamilos e das aréolas e da pega do RN;</li><li>▪ Avaliação da proteção e segurança do recém-nascido no transporte;</li><li>▪ Ensinos sobre meios de proteção e segurança do recém-nascido no transporte;</li><li>▪ Avaliação da episiorrafia ou sutura;</li><li>▪ Execução do tratamento à ferida cirúrgica.</li><li>▪ Identificação de complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área</li><li>▪ Suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativo</li><li>▪ Implementação de intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante.</li></ul>
--	--	--

**BLOCO C – SALA/BLOCO DE PARTOS** (Sala de Partos da Maternidade Daniel de Matos)

**População Alvo:** Mulher Grávida, Puérpera, Acompanhante e Recém-Nascido

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Intervenções
<p>Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir a mulher/acompanhante durante o trabalho de parto;</li> <li>• Providenciar uma experiência de parto positivo para a mulher/casal;</li> <li>• Assistir a mulher/casal e recém-nascido no pós-parto imediato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Questionário sobre antecedentes maternos e paternos e sobre a participação em programas de preparação para o parto e parentalidade;</li> <li>▪ Esclarecimento de dúvidas que possam existir e expectativas/medos do parto;</li> <li>▪ Esclarecimento sobre estratégias farmacológicas e não-farmacológicas para controlo da dor;</li> <li>▪ Vigilância do bem-estar materno e fetal (sinais vitais, RCT, sinais de alerta referidos pela mulher, toque vaginal);</li> <li>▪ Interpretação dos RCT monitorizando o risco materno - fetal</li> <li>▪ Diagnóstico de situações de risco e referenciação de situações que estão para além da área de atuação, colaborando na resolução das mesmas;</li> <li>▪ Gestão ambiente físico adequado à vontade da mulher/acompanhante;</li> <li>▪ Realização de partos eutócicos;</li> <li>▪ Realização de episiotomia e episiorrafia;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Colaboração em partos eutócicos e distócicos;</li><li>▪ Prestação de cuidados imediatos ao RN, facilitadores da adaptação à vida extrauterina;</li><li>▪ Avaliação da vontade de realizar contacto pele-a-pele; promoção da vinculação com o contato pele a pele e amamentação pós-parto;</li><li>▪ Envolvimento do acompanhante no pós-parto imediato;</li><li>▪ Avaliação do bem-estar da puérpera no pós-parto imediato (sinais vitais, involução uterina, perdas sanguíneas);</li><li>▪ Promover a adaptação à vida extrauterina do RN (vigiar sinais de alerta);</li><li>▪ Ensinar mulher/acompanhante sobre sinais de alerta (perda sanguínea abundante);</li><li>▪ Avaliação do interesse em amamentar o RN;</li><li>▪ Assistência no processo de amamentação (considerando sempre qual a vontade dos pais);</li><li>▪ Vigilância da mamada: características dos mamilos e das aréolas e da pega do RN;</li><li>▪ Avaliação da episiorrafia ou sutura.</li></ul>
--	--	---

## 2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Intervenções
Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar tomada de decisão de acordo com o código deontológico;</li> <li>• Promover os cuidados protegendo os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realização de práticas de cuidados sem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade da mulher/família;</li> <li>▪ Tomada de decisão suportada por princípios, valores e normas deontológicas;</li> <li>▪ Informação da mulher/família relativamente aos cuidados de enfermagem, garantindo a sua privacidade.</li> <li>▪ Responsabilização dos atos realizados.</li> </ul>
Domínio da melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover um ambiente seguro e propício para garantir a qualidade dos cuidados às mulheres e suas famílias.</li> <li>• Colaborar em projetos em desenvolvimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificação de oportunidades de melhoria;</li> <li>▪ Participação em projetos implementados no</li> </ul>



	nos locais de ensino clínico.	serviço onde decorre o ensino clínico;
Domínio da gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a organização do serviço e da equipa multiprofissional;</li> <li>• Colaborar na gestão dos cuidados especializados na área de ESMO, seja nos recursos humanos como materiais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conhecimento do espaço físico, armazenamento materiais, contactos prioritários;</li> <li>▪ Participação nos cuidados às mulheres/RN e suas famílias;</li> <li>▪ Adaptação ao serviço de modo a que haja uma melhor organização em trabalho de equipa;</li> </ul>
Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver o conhecimento baseado na evidência;</li> <li>• Promover cuidados especializados, de acordo com a evidência científica, seguros e competentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar pesquisas em bases de dados científicas sobre temas pertinentes às situações de ensino clínico;</li> <li>▪ Colaborar em projetos formativos existentes.</li> </ul>

### 3. AVALIAÇÃO (RECURSOS E ESTRATÉGIAS A UTILIZAR)

Para o cumprimento dos objetivos definidos pretendo recorrer a algumas estratégias, tal como:

- ✓ Estar atenta e aproveitar as diversas oportunidades de aprendizagem que surjam no serviço onde me encontro a realizar o ensino clínico;

Cátia Salomé Simões Marques, nº21940003

- ✓ Realização de simulações com a tutora sobre possíveis complicações que possam surgir, para conhecer procedimentos que podem não ocorrer durante o período de ensino clínico;
- ✓ Manter o conhecimento atualizado, com a realização de pesquisa bibliográfica, realizando as minhas práticas baseadas na evidencia científica;
- ✓ Conhecer os protocolos do serviço onde me encontro;
- ✓ Reuniões informais com a docente orientadora e com a orientadora do local de estágio, para debater algumas situações ocorrentes ao longo do estágio e refletir acerca das mesmas;

**Fevereiro 2021**

## APÊNDICE II - Sessões de Educação para a Saúde no âmbito do programa Terna Aventura



Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra



# Suporte Básico de Vida em bebés e crianças

## Treino de manobras de apoio imediatato

Cátia Marques

Mariana Neves

IX Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Orientação da Enf<sup>a</sup> Cristina Duarte

18-05-2021

17:30h

## CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA



**Lactente:** um bebê até ao ano de idade.

**Criança:** entre um ano e a puberdade.



1 - AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA  
(REANIMADOR, VÍTIMA E TERCEIROS)

2 - AVALIAÇÃO INICIAL / ESTIMULAÇÃO





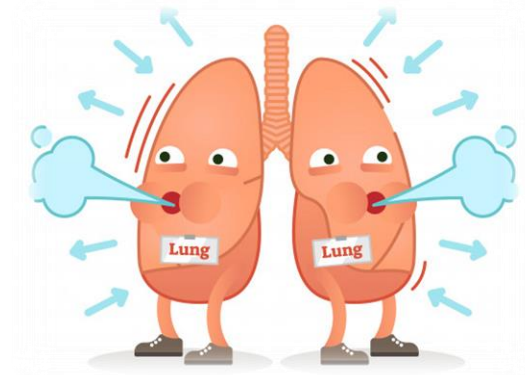
### 3 - PEDIDO DE AJUDA

«alguém me ajuda / criança inconsciente».

### 4 - SEQUÊNCIA ABC

A - Via Aérea- Permeabilizar a via aérea

**Idade < 1 ano**, colocar em posição neutra, tentando compensar a saliência da nuca.  
**Crianças >1 ano**, realizar a extensão da cabeça e a elevação do queixo.





**VER** - se existem movimentos torácicos;  
**OUVIR** - se existem ruídos de saída de ar pela boca ou nariz da vítima;  
**SENTIR** - na sua face se há saída de ar pela boca ou nariz da vítima.



Se a vítima respirar, deve ser colocada em **Posição Lateral de Segurança**.

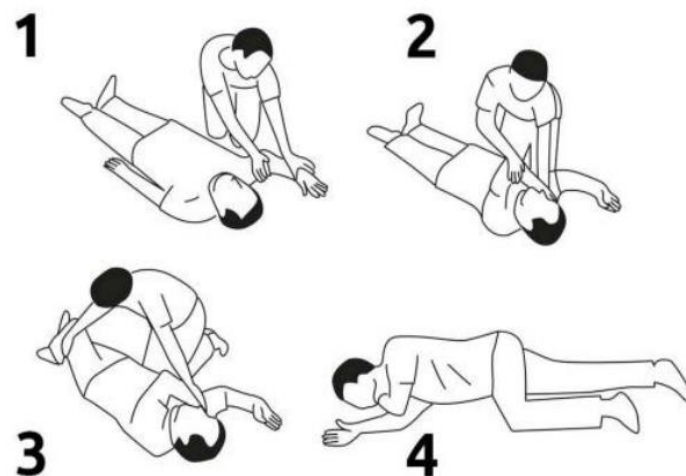


Figura 9 – passos da posição lateral de segurança





# Depois de garantir que a criança não respira A Prioridade é:

**A** Ligar 112

**B** 5 Insuflações

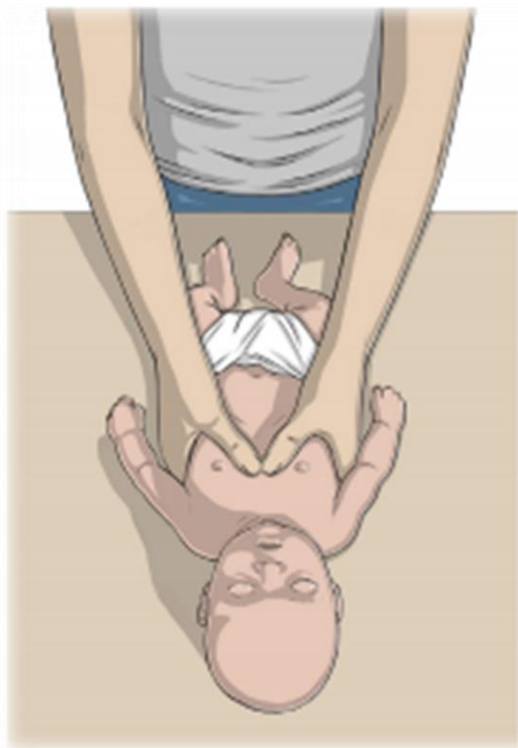
**B - Ventilação**

**C** Gritar por Ajuda

## C- Circulação

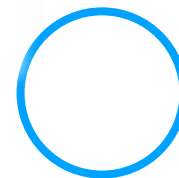
Se após as 5 insuflações iniciais a criança não respira

**Iniciar compressões torácicas**



0 ciclo de SBV num  
bebé/criança:

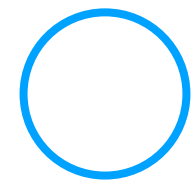
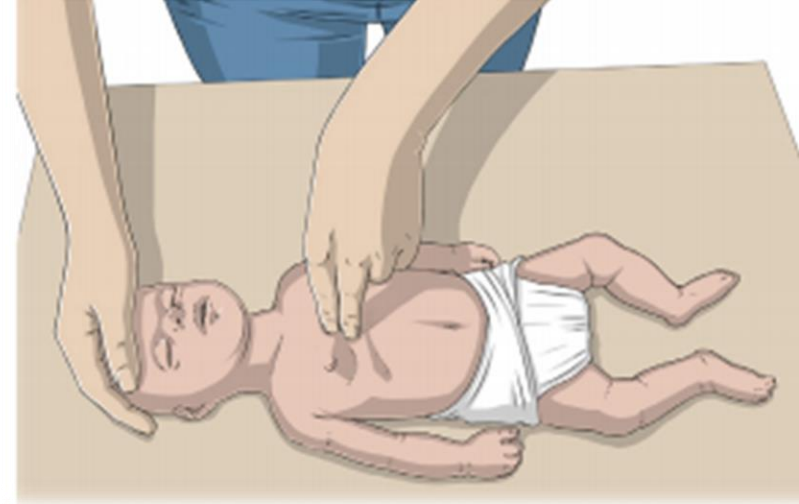
15 Compressões  
2 Insuflações



# COMPRESSÕES

## Para as aplicar corretamente:

- Posicione o bebê deitado com as costas sobre uma superfície firme e plana;
- Remova as roupas que lhe cobrem o tórax;
- Coloque dois dedos de uma mão sobre o esterno, abaixo da linha dos mamilos;
- Comprima o tórax do bebê em linha reta, fazendo-o descer cerca de 4 centímetros;
- Repita o processo a um ritmo de, pelo menos, 100 compressões por minuto;
- Depois de cada compressão, deixe o tórax retornar à sua posição normal;
- Não interrompa as compressões por mais de dez segundos para fazer as ventilações.



# INSUFLAÇÕES

- Para abrir as vias aéreas, coloque a palma de uma mão na testa do bebê e os dedos da outra mão na parte óssea do queixo. Não incline demasiado a cabeça do bebê
- Enquanto mantém aberta as vias aéreas do bebê, faça uma inspiração normal;
- Cubra a boca e o nariz do bebê com a sua boca;
- Faça duas insuflações. Sopre durante cerca de um segundo cada;
- Verifique se o tórax do bebê se eleva a cada ventilação





## 5 - LIGAR 112

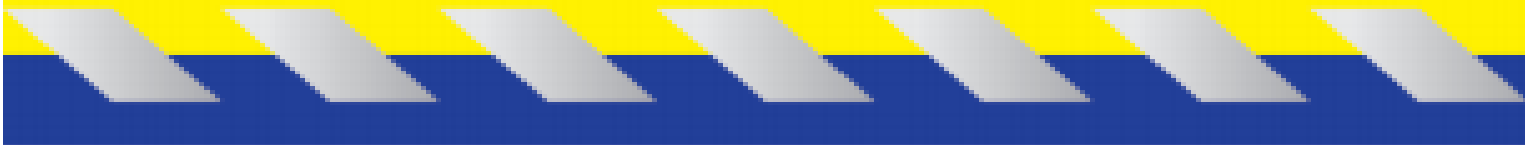
Quando ligar 112 deverá estar preparado para responder às questões:

**ONDE**  
**O QUÊ**  
**QUEM**  
**COMO**

## 6 - REAVALIAÇÃO

Ao fim de um minuto (5 ciclos 15:2)

As manobras de SBV só devem ser interrompidas se:

- Chegar ajuda diferenciada.
  - A criança recuperar sinais de vida (respiração, tosse, choro, movimentos ou abertura dos olhos).
  - Ficar exausto e incapaz de continuar o SBV.
- 



# ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO





# A criança engasgou-se ... e agora?

Em caso de engasgamento deve colocar o bebé de barriga para baixo e deixá-lo tossir, sendo raramente necessário dar pancadas nas costas. Se não conseguir resolver rapidamente a situação ligue 112.

(DGS, 2019)





# SINAIS DE ALERTA

## Criança

- Angústia na face;
- Olhos arregalados;
- Cor arroxeada nos lábios;
- Ficar sem emitir nenhum som;
- Colocar as mãos na garganta.



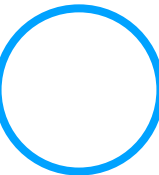


# OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA EM BEBÉS E CRIANÇAS

- Se a criança **tosse eficazmente** → não são necessárias outras manobras. Encorajar a tosse e vigiar continuamente.

**Vigiar:** se há agravamento, tosse deixa de ser eficaz ou corpo estranho sai.

- Se a tosse é, ou se está a tornar **ineficaz**, deve gritar por ajuda de imediato e avaliar o estado de consciência.



# LACTENTE/ CRIANÇA, CONSCIENTE

Lactente:

Até 5 pancadas interescapulares e até 5 compressões torácicas

Mais secas e a um ritmo mais lento  
**Objetivo:** deslocar o corpo estranho



Criança:

Até 5 Pancadas interescapulares e até 5 compressões abdominais  
(manobra de Heimlich)



Após as 5 compressões torácicas ou abdominais verifique se houve saída do corpo estranho ou inspecione a cavidade oral, removendo algum objeto **apenas se for visível.**

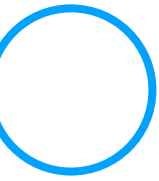


<https://www.youtube.com/watch?v=Pa7iLoUM1PE>

## LACTENTE/ CRIANÇA, INCONSCIENTE

A sequência da atuação no OVA no lactente/criança inconsciente, envolve:

- Pesquisar a via aérea.
- 5 insuflações iniciais.
- SBV durante 1 minuto.
- Ligar 112.



# POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO



<https://www.youtube.com/watch?v=R2zQxYIqias>

## 6 - ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA - CONSCIENTE

### ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

**Avaliar a Gravidade**

TOSSE EFICAZ

**Encorajar a tosse**

Até resolver ou tosse ineficaz

### ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

**Avaliar a Gravidade**

**TOSSE EFICAZ**

**Encorajar a tossir**

Até resolver ou tosse ineficaz

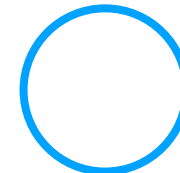
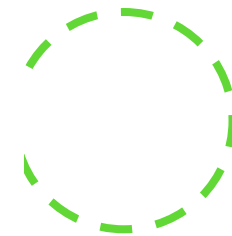
**TOSSE INEFICAZ**

Vítima consciente

**5 pancadas nas costas**

**5 compressões abdominais**

Até resolver ou inconsciente



## 7 - ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA - INCONSCIENTE

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

**Avaliar a Gravidade**

**TOSSE EFICAZ**

**Encorajar a tossir**

Até resolver ou tosse ineficaz

**TOSSE INEFICAZ**

Vítima inconsciente

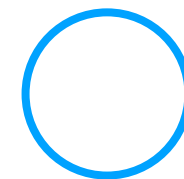
**Gritar por ajuda**

Pesquisar via aérea

**5 insuflações**

SBV 15:2 (1 minuto)

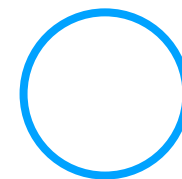
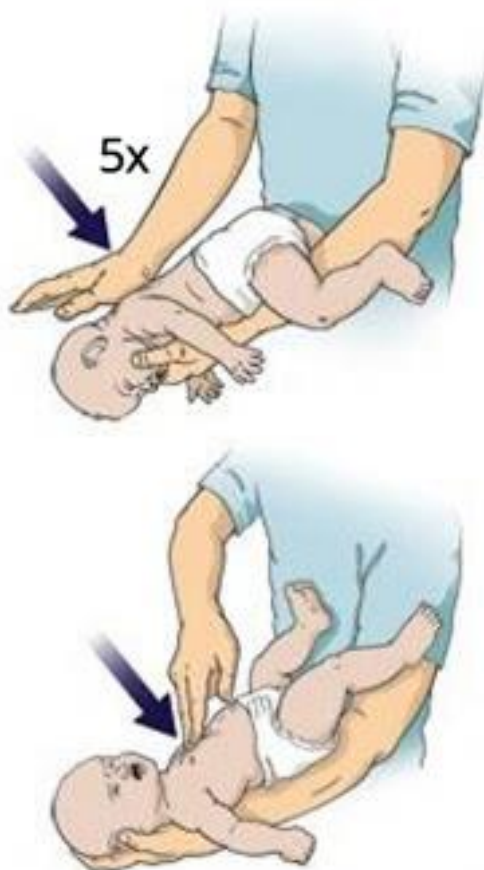
**Ligar 112**





# Manobra de Heimlich em bebês

- 1 Coloque o bebê de bruços apoiado no antebraço e com a cabeça virada para baixo;
- 2 Então, dê cinco tapas no meio das costas e entre os ombros, não muito fortes;
- 3 Se o engasgo persistir o bebê deve ser virado de barriga para cima, sob o outro antebraço, pressionando cinco vezes com os dois dedos indicadores no meio do peito do bebê, entre os dois mamilos.
- 4 Caso chore, vomite ou tussa é sinal que conseguiu desengasgar. Se continuar engasgado, repetir o procedimento até que o bebê desengasgue.

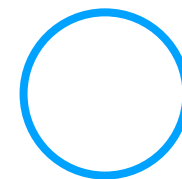
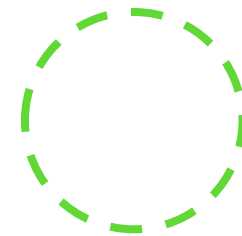


# Manobra de Heimlich em crianças a partir de 2 anos

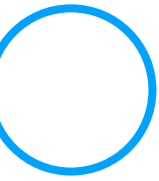
- 1 Posicione-se atrás da criança, sendo que ela fica de pé e nós ajoelhados.
- 2 Então, abrace a criança e apoie uma mão fechada na altura do estômago e a outra mão aberta, apoiada sobre essa mão fechada.
- 3 Então, pressione com força moderada a barriga da criança para dentro e para cima ao mesmo tempo.



Fonte ilustração: Coren SP



O que posso fazer para evitar que o meu filho se engasgue?



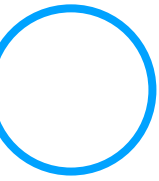
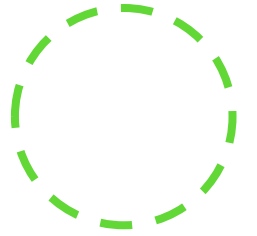


## ALGUNS CONSELHOS...



### Antes de amamentar :

- Colocar na posição correta para a mamada;
- Cuidados especiais com bebês que sofrem de refluxo;
- Se o bebê usar biberon, nunca o deixar sozinho;
- Se o bebê estiver congestionado, é importante fazer limpeza nasal antes.

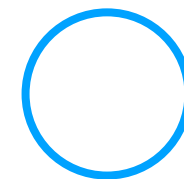
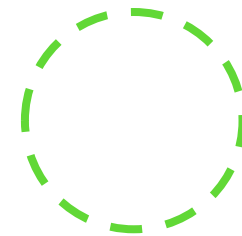


## Depois de amamentar :

- Colocar o bebê a eructar

## Quando já come papas:

- Realizar refeições tranquilas
- Atenção a alimentos de maiores dimensões de consistência dura
- Cortar os alimentos em pedaços pequenos
- Explicar à criança a importância da mastigação
- Evitar peças de brinquedos fiquem espalhadas





# COMO PREVENIR...


Não dê alimentos redondos e duros, como amendoins, a crianças até aos 4 anos.

Corte/triture os alimentos, de forma adequada à idade.

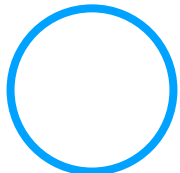
Não deixe ao alcance dos mais novos botões, tampas, rolhas de garrafas, moedas, pequenos pregos ou outros objetos de pequenas dimensões.

Evite que brinquedos de crianças maiores, com peças de pequenas dimensões, estejam perto de crianças com menos de 3 anos.

Não dê brinquedos e roupas com correntes ou cordões, dado o risco de estrangulamento.



Retire sacos de plástico do alcance das crianças e não permita que encham balões. No caso de rebentarem retire os pedaços do seu alcance.





## ENGASGO EM BEBÊS, O QUE FAZER?

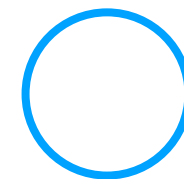


# CONTACTOS DE EMERGÊNCIA PARA BEBÉS E CRIANÇAS

CIAV (Centro de Intoxicações Antivenenos)- 800 250 250

SNS 24 - Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde-808 24 24 24

INEM - 112







**Gratas  
pela vossa  
atenção!**



# VAMOS PRATICAR?





# O ENVOLVIMENTO DO PAI NO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE CUIDADORA



CÁTIA MARQUES E MARIANA NEVES

ESTUDANTES DO IX MESTRADO EM ESMO

13/04/2021  
17h30

# A partir de que momento o homem se torna pai?

---



O que é ser pai?

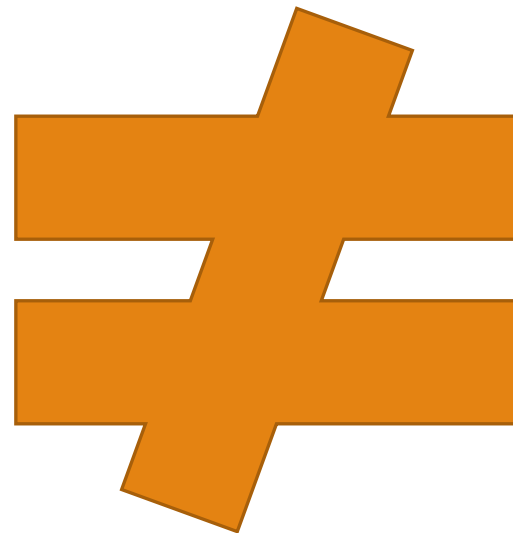


# A MUDANÇA DE PAPÉIS

---

## *Antigamente...*

- Assumia o a responsabilidade financeira
- Era o símbolo da autoridade
- Cuidados aos filhos assumidos na totalidade pela mãe



## *Hoje em dia...*

- Participação ativa na vida do filho
- Prestam os cuidados necessários ao desenvolvimento do filho
- Partilham tarefas com a companheira

---

Nascimento de um  
filho

É preciso empoderar  
os pais, aumentar a  
sua confiança para o  
desempenho do seu  
novo papel

Pai passa de  
expectador a  
interveniente ativo



Acompanhar as etapas da gravidez, presenciar as consultas, escolher o quarto, as roupas, sentir a barriga a crescer, os primeiros desafios nos cuidados ao bebê...

são momentos importantes na construção do papel de 'ser pai' e companheiro



## QUANDO SE TORNA PAI?

Há homens que se sentem pais mal sabem da notícia;

Há outros que o fazem quando veem o seu filho;

Ainda há quem sinta a ligação à criança dias depois do nascimento;

**Não há certos nem errados!**

# SOU PAI, E AGORA?

---

Medo

Dúvidas

Incerteza

Ciúmes

Desconforto

***E AMOR, MUITO AMOR...***





# O QUE É QUE O PAI PODE FAZER?

---

- ✓ Manter a calma;
- ✓ Dar atenção à companheira ( o pós parto é uma fase exigente na vida da mulher);
- ✓ Dar apoio à companheira na amamentação;
- ✓ Dar atenção ao bebé;
- ✓ Assumir tarefas cuidadoras ( atividades domésticas e cuidados ao recém-nascido)
- ✓ Passar tempo de qualidade com o seu bebé, dando-lhe carinho, atenção e interagindo com ele de modo a contribuir para um desenvolvimento saudável ( método de canguru, dar mimos, beijos e embalar);
- ✓ Responder igualmente às necessidade do bebé e não deixar como tarefa exclusiva da companheira;

# VEJAMOS...

---



<https://youtu.be/5AN4o0Dnnak>

# A PATERNIDADE CUIDADORA

Quanto maior for o envolvimento paterno na gravidez maiores poderão ser os benefícios em termos de saúde tanto para os homens, como para as mulheres e crianças no pós parto.

# BENEFÍCIOS PARA O PAI

---

- Cuida mais da sua própria saúde;
- Diminui os riscos de exercer violência;
- Diminui os riscos de adesão a hábitos alcoólicos e uso de drogas;
- Favorece a equidade de género dentro do casal;
- Permite o desenvolvimento do vínculo com o seu filho.



# BENEFÍCIOS PARA A MÃE

## ■ Durante o parto:

- A mulher sente-se mais segura e apoiada  
(o pai transmite-lhe tranquilidade, força, coragem e segurança)
- A mulher sente-se mais realizada, feliz

melhorando o bem-estar físico e psicológico

■ **Pós-parto** mais positivo → diminuição da sobrecarga de tarefas;

■ Relação conjugal mais satisfatória.



*A mãe pode e deve incluir o pai em todas as atividades e dar liberdade para o pai as realizar !*

# BENEFÍCIOS PARA O BEBÊ



O envolvimento do pai com seus filhos, na infância, terá impactos a longo prazo, tanto a **nível comportamental**, na **saúde mental**, na **idade escolar**, como na **autoestima** na adolescência.

(McMunn, Martin, Kelly & Sacker, 2015)

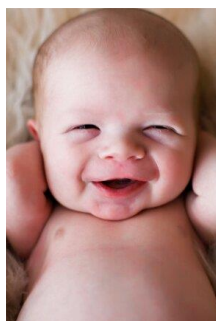
No recém-nascido, o contacto físico precoce do pai parece ter um **impacto positivo na tranquilidade da criança** (redução dos períodos de choro, facilidade com que adormece...).



Confiança



Segurança



Aumenta a autoestima



Diminui risco de adesão a comportamentos de risco



A comunicação no casal é fundamental.

Falar, saber ouvir, experimentar cedências, **apoiar mais do que criticar**, compreender as indecisões, impor limites aos 'de fora', tomar decisões em conjunto e, essencialmente, dar prioridade ao sentimento de bem-estar e tranquilidade.





# CONDICIONANTES

---

- Carga horária laboral excessiva;
- Dificuldade no estabelecimento da relação pai-bebé;
- Apoio por parte da legislação portuguesa;
- Apoio por parte da entidade empregadora;
- Instabilidade na relação conjugal;
- Pai insuficientemente incluído em todo o processo de gravidez, parto e pós-parto

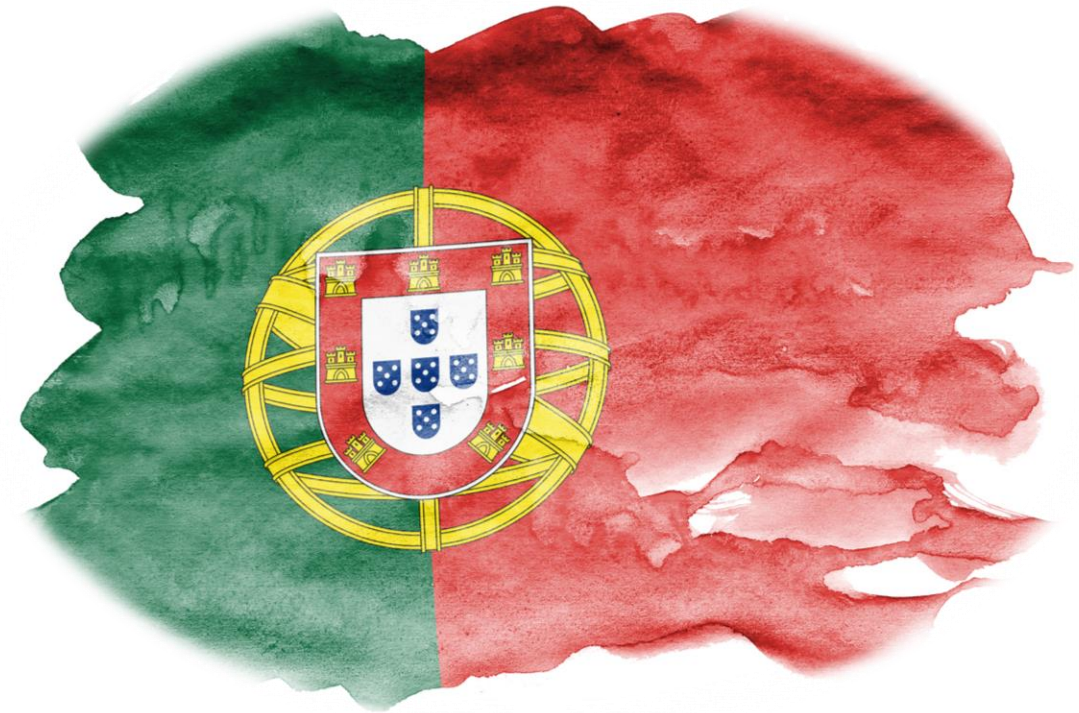


# A LEGISLAÇÃO EM PORTUGAL...

A **Lei nº 90/2019** procede ao reforço de proteção na parentalidade.

A licença de paternidade em Portugal inclui:

- ❖ o direito a **três dispensas** do trabalho para acompanhamento a **consultas pré-natais**;
- ❖ o direito a **20 dias após o nascimento** do seu filho ( 5 deles imediatamente após o nascimento);
- ❖ o direito a mais 5 dias úteis desde que gozados em simultâneo com o gozo da licença parental inicial por parte da mãe;



# DÚVIDAS?

---





**É MUITO IMPORTANTE O TRABALHO EM EQUIPA!**

Pai-Mãe-Bebé

# OBRIGADA!

---



<https://youtu.be/1yoe0d8enG8>

APÊNDICE III - Sessão de Educação para a Saúde – “Menopausa”



# Menopausa e Climatério

Cátia Marques e Mariana Neves

Enf<sup>a</sup> Tutora: Cristina Duarte

IX Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica



# O que é?

- Final das menstruações espontâneas (12 meses consecutivos sem qualquer período menstrual);
- Final da fertilidade;
- Processo biológico natural e perfeitamente normal na vida de uma mulher.
- Idade média de 51,4 anos, podendo ocorrer entre os 40 e os 58 anos;



# Sintomas

- As **perturbações vasomotoras** correspondem aos “afrontamentos” e suores e são as **queixas mais comuns**;
- As **perturbações psicológicas** traduzem-se na dificuldade em adormecer e em manter a continuidade do sono, bem como na ocorrência de insónias matinais;
- As **perturbações génito-urinárias** traduzem-se na atrofia da mucosa vaginal com secura que provoca irritação e dores associadas às relações sexuais; maior tendência para infeções urinárias.

(Antunes, Marcelino & Aguiar, 2003)

# Diagnóstico

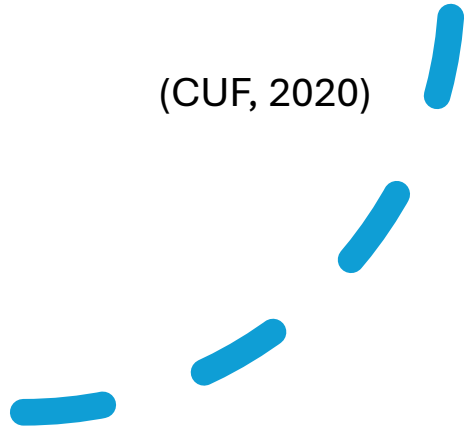
- Clínico e retrospectivo: uma mulher entre os 45 e os 52 anos de idade, com amenorreia de pelo menos um ano, sem que se identifiquem outras causas para a amenorreia, ou com irregularidades menstruais e perturbações vasomotoras.

(Antunes, Marcelino & Aguiar, 2003)

# Como controlar os sintomas

- Para muitas mulheres, **não é necessário qualquer tratamento**;
- O controlo dos **sintomas da menopausa** passa pelo uso de contraceptivos de baixa dosagem;
- Introdução de alterações no estilo de vida e na dieta, a prática de exercício físico, a redução dos níveis de stress.

(CUF, 2020)





Dúvidas?

**OBRIGADA!**



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, S., Marcelino, O. & Aguiar, T. (2003). Fisiopatologia da Menopausa. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, pp 353-357.
- Pinkerton, J. (2023) *Menopausa*. Manual MSD



APÊNDICE IV - Sessão de Educação para a Saúde – “Afetos e Sexualidade” e “Violência no Namoro”



Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra



# VIOLÊNCIA NO NAMORO

---

Cátia Marques

Mariana Neves

IX Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Enf<sup>a</sup> Tutora: Cristina Duarte



TER UM/A NAMORADO/A PODE  
SER UM ACONTECIMENTO  
VERDADEIRAMENTE EXCITANTE,  
MAS TAMBÉM UM POUCO  
ASSUSTADOR.

Poderão surgir **DÚVIDAS** e **PREOCUPAÇÕES**

Será que ele/ela gosta mesmo de mim? Será que devo confiar nele/a?

E se ele/a quiser ter relações sexuais? Devo ceder? Até quando devo esperar?

E se eu deixar de gostar dele/a? Como lhe digo isto?

Como resolver as discussões?

E se eu quiser terminar a relação?



RELAÇÃO SAUDÁVEL VS  

---

RELAÇÃO NÃO SAUDÁVEL

# NUMA RELAÇÃO SAUDÁVEL

## • O que se vê?

Sorrisos

Afeto e carinho

Diversão entre o casal

Apoio mútuo

Respeito entre os dois

Casal a fazer coisas juntas e também em separado

Casal a conviver com os seus amigos

## • O que se sente?

Alegria.

Confiança.

Respeito.

Independência.

Carinho.

Apoio.

Compreensão.

Satisfação e realização



# NUMA RELAÇÃO NÃO-SAUDÁVEL



## • O que se vê?

Discussões;

Reações ciumentas e despropositadas;

Violência;

Controlo do outro;

Afastamento dos amigos;

Dependência;

O casal a tratar-se sem respeito, nem afeto

## • O que se sente?

Receio;

Culpa;

Tristeza;

Controlo;

Desespero;

Solidão;

Raiva;

Mágoa;

Insatisfação.



## TESTEMUNHO

Aos 16 anos, a Maria já era vítima de violência. O agressor era o namorado: “sempre houve ciúme. No início soava a amor e até sabia bem, mas depois... tornou-se um filme de terror”.

“Tinha de explicar por que é que estava a falar com esta ou outra pessoa, por que é que tinha ido aqui ou ali, por que se vestia de determinada forma. Tinha que justificar tudo”, lembra, quando já consegue contar a história sem chorar.

“Faltava às aulas, não conseguia estar atenta, estava sempre a olhar para o telemóvel com medo que ele me ligasse. Se ele me mandava mensagem eu tinha que respondia logo...”

Maria foi muitas vezes forçada a ter relações sexuais. “Não era uma violação, mas na verdade eu não o queria fazer. Era uma mistura de sentimentos, de amor e repulsa ao mesmo tempo e, no fim, acabava por ceder”, recorda, lembrando que foi com ele que perdeu a virgindade.

Maria foi-se afastando dos amigos e família, deixou de ter vida social, sentia-se “numa prisão”. Um dia percebeu que não queria continuar, mas ele já conhecia todas as suas rotinas e “tornou-se claustrofóbico”.

Quando finalmente teve coragem para terminar a relação, passou a ser perseguida diariamente pelo ex-namorado, que “fazia escândalos na rua e à porta da escola”.

Os pais da Maria foram contactados pela escola, que a informou da preocupante situação escolar da sua filha e dos conflitos que estavam a ocorrer. A Maria está, neste momento, a ser acompanhada pela psicóloga da escola.

# VIOLÊNCIA NO NAMORO

---



É um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação.

Quando...

- somos empurrados, agarrados ou presos,
- nos atiram objetos,
- nos dão bofetadas/pontapés/ murros,
- nos ameaçam de nos bater,
- nos bloqueiam a porta ou a saída,
- não nos deixam sair de determinado sítio.



ISTO É VIOLÊNCIA  
FÍSICA

Quando...

- somos obrigados a praticar atos sexuais contra a nossa vontade
- somos acariciados/tocados sem que queiramos



**ISTO É VIOLÊNCIA  
SEXUAL**



Quando nos...

- chamam nomes ou gritam,
- humilham ou fazem comentários negativos sobre nós,
- intimidam e ameaçam.



**ISTO É VIOLÊNCIA  
VERBAL**

Quando nos...

- partem ou estragam objetos,
- controlam a nossa forma de vestir,
- controlam os nossos tempos livres e o que fazemos durante o dia,
- ligam constantemente ou enviam mensagens,
- ameaçam terminar a relação como estratégia de manipulação,
- dizem que mais ninguém ficaria connosco,
- fazem sentir culpados/as por alguma coisa que fizemos que não foi errada,
- fazem sentir que não merecemos ser amados/as,
- dizem que somos nós que provocamos a violência.



**ISTO É VIOLÊNCIA  
PSICOLÓGICA**

Quando nos...

- envergonham ou humilham em público, sobretudo junto de amigos;
- mexem no nosso telemóvel ou vigiam o que fazemos nas redes sociais sem permissão;
- somos proibidos de conviver com os nossos amigos e família



ISTO É VIOLÊNCIA  
SOCIAL

Quando...

- entram nas nossas contas de email, FB, Instagram etc.,
- controlam o que fazemos nas redes sociais,
- perseguem os nossos perfis.



**ISTO É VIOLÊNCIA  
DIGITAL**

TODAS AS FORMAS DE VIOLÊNCIA NO NAMORO TÊM  
UM OBJETIVO COMUM.

MAGOAR, HUMILHAR, CONTROLAR E ASSUSTAR.

A violência nunca é uma forma  
de expressar amor por outra  
pessoa.

# MUITO IMPORTANTE

---

- Ninguém tem o direito de ser violento/a contigo.
- Qualquer que seja o motivo, a violência não é aceitável.
- Tu não és responsável pela violência.



# SENTE QUE ESTÁ NUMA RELAÇÃO VIOLENTA?

---

Quer terminar tudo, mas não sabe como?



# AQUI FICAM ALGUMAS DICAS...



- Conta a um adulto em quem confies o que se está a passar.
- Fala com o Psicólogo da escola... ele pode ajudar!

## Se estás preparado(a) para terminares a relação:

- Escolhe um local público, onde estejam outras pessoas para o fazer.
- Podes levar contigo alguma pessoa em quem confies que se mantenha por perto.
- Não confrontes o teu namorado/a;
- É importante estares preparado/a, caso hajam reações negativas, impulsivas e agressivas. Se acontecerem, afasta-te do local onde te encontras e não adotes comportamentos violentos.
- Existe a possibilidade do teu namorado/a te contatar para pedir desculpas ou tentar uma reconciliação. Se isso acontecer, não respondas, nem recues na decisão que tomaste.



**EM  
PORTUGAL**

**1 EM 4  
JOVENS**

**É VÍTIMA  
DE VIOLÊNCIA  
NO NAMORO**



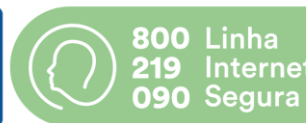
# CONTACTOS DE APOIO

## APAV

Não precisas de te identificar!

O apoio é gratuito e **CONFIDENCIAL**

Em caso de EMERGÊNCIA as vítimas deverão contactar o **112 - número nacional de socorro**



# OBRIGADO



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APAV Para Jovens (20..). Violência no namoro. Recuperado de: <https://www.apavparajovens.pt/pt/go/o-que-fazer1>
- Escola Saudavelmente (2020). Violência no namoro. Recuperado de: <https://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/amor/violencia-no-namoro>
- APAV (2021). Folha informativa Violência no namoro. Recuperado de: [https://apav.pt/apav\\_v3/images/folhas\\_informativas/fi\\_violencia\\_no\\_namoro.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/folhas_informativas/fi_violencia_no_namoro.pdf)



# Afetos & Sexualidade

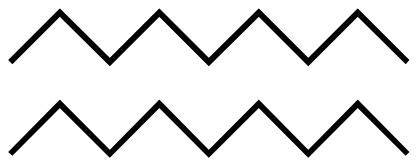
Cátia Marques

Mariana Neves

IX Mestrado ESMO

Orientação: Enf. Cristina Duarte

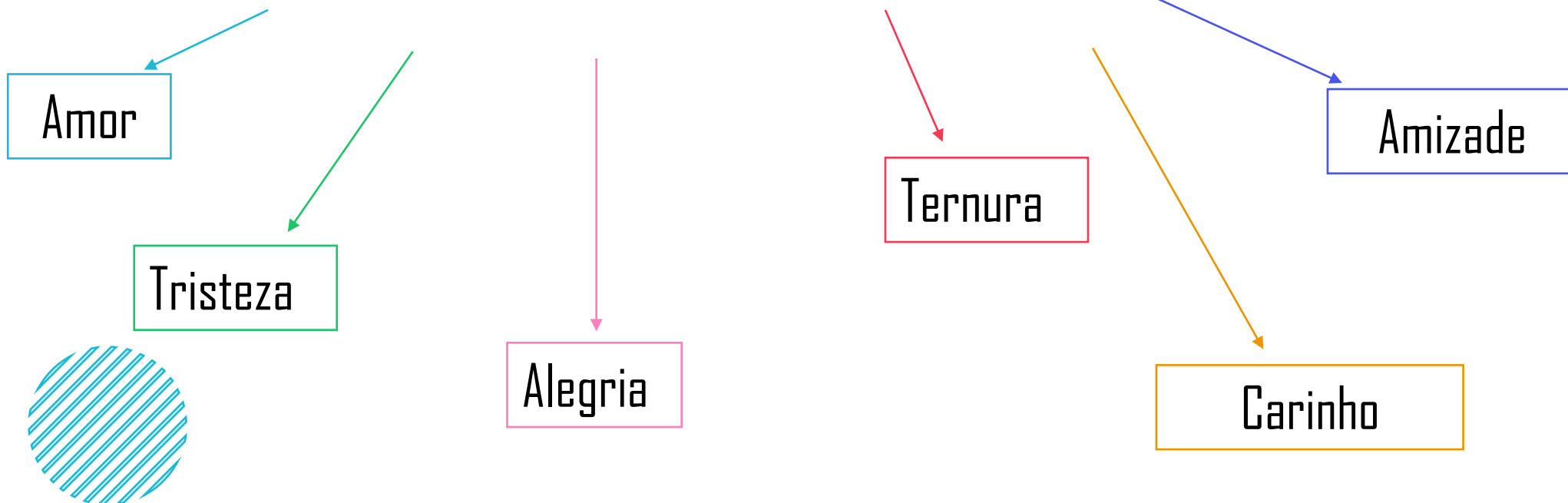




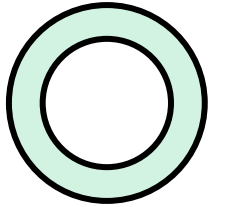
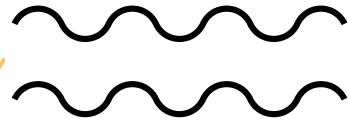
# O que é o afeto?

Afeto é uma sensação imediata e subjetiva que sentimos em relação a uma pessoa, um objeto ou situação.

Pode estar ligado a uma emoção ou um sentimento.

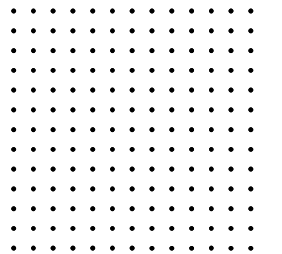


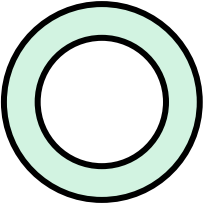
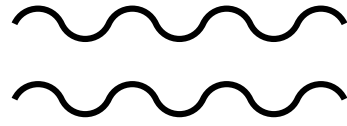
# Os afetos na adolescência



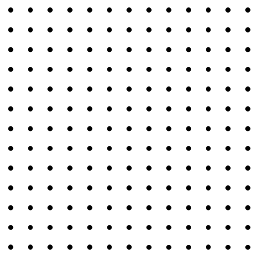
É normal desenvolver sentimentos por outras pessoas, tal como sentimentos românticos ... se ainda não sentiram o momento chegará, não se sabe quando ...

afet❤️

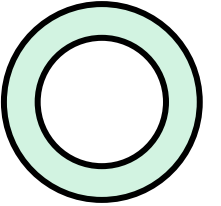
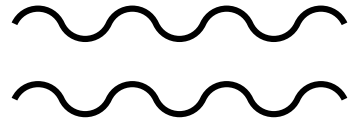




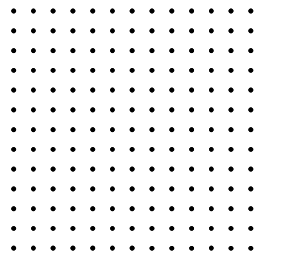
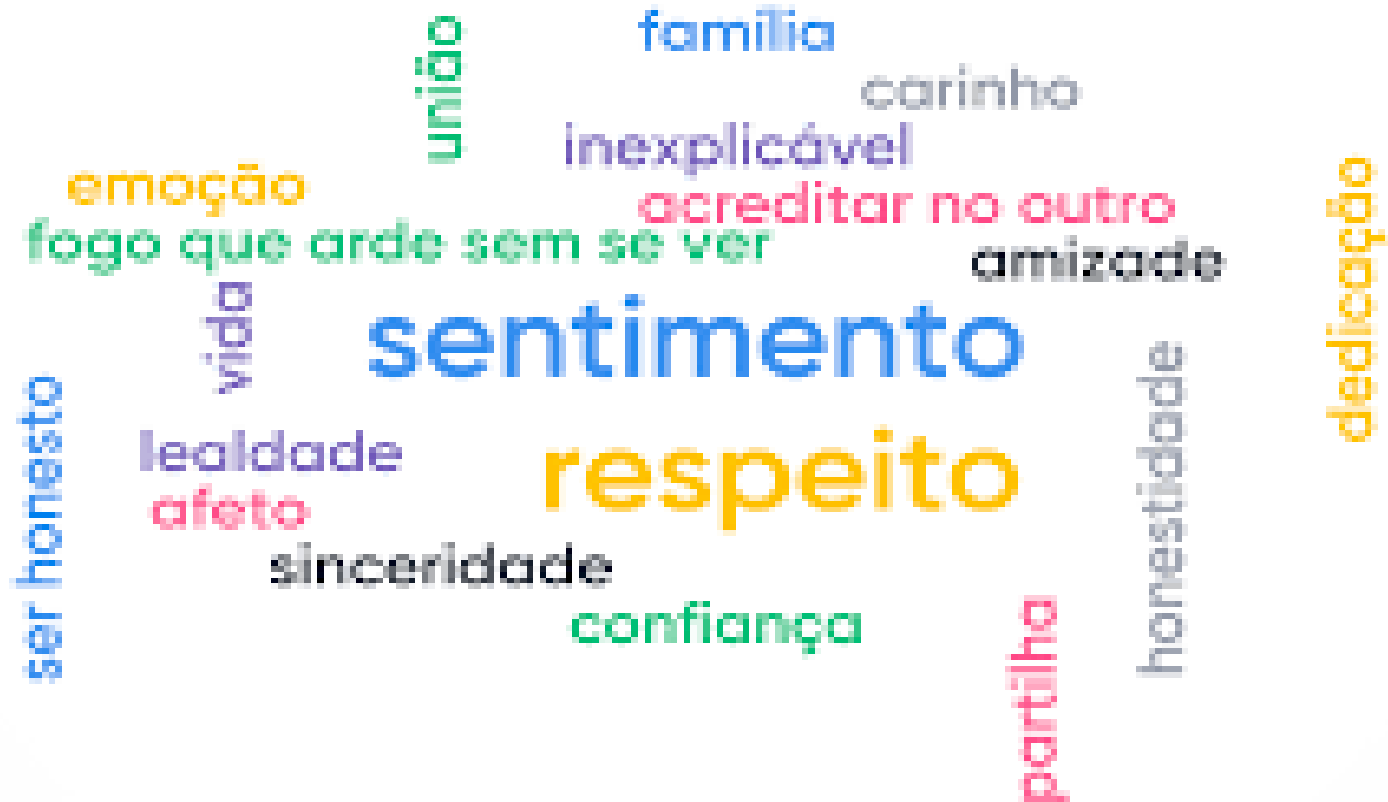
# Vários tipos de afetos:

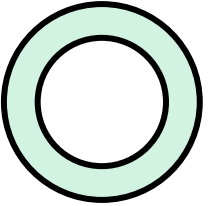
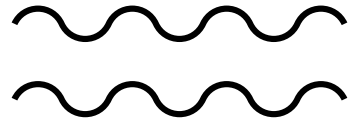






# O amor é ...





# O amor não é ...

deslealdade    mentira  
insensibilidade

**violência**

obrigação

sem paz

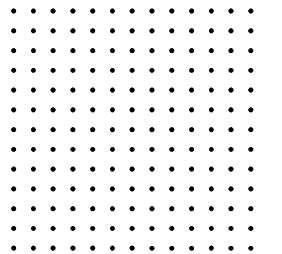
traição

desunião

ignorância

infiel

desrespeito



# Sexualidade na Adolescência

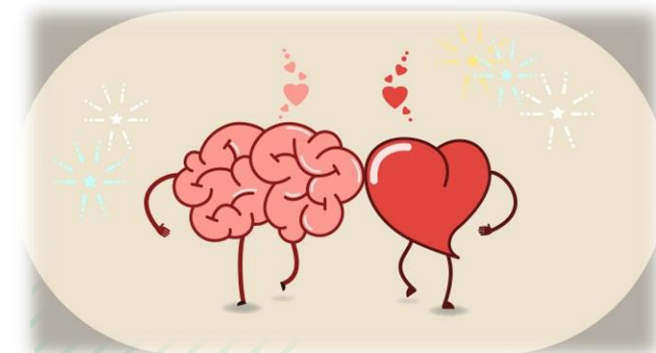




" é uma energia que nos motiva a procurar o amor, contato, ternura e intimidade"  
(OMS)

Sexualidade ainda é tabu em algumas culturas...

Inicia-se desde que somos bebês...  
A sexualidade muda com a idade ... assim, vivemos a sexualidade de formas muito diferentes.



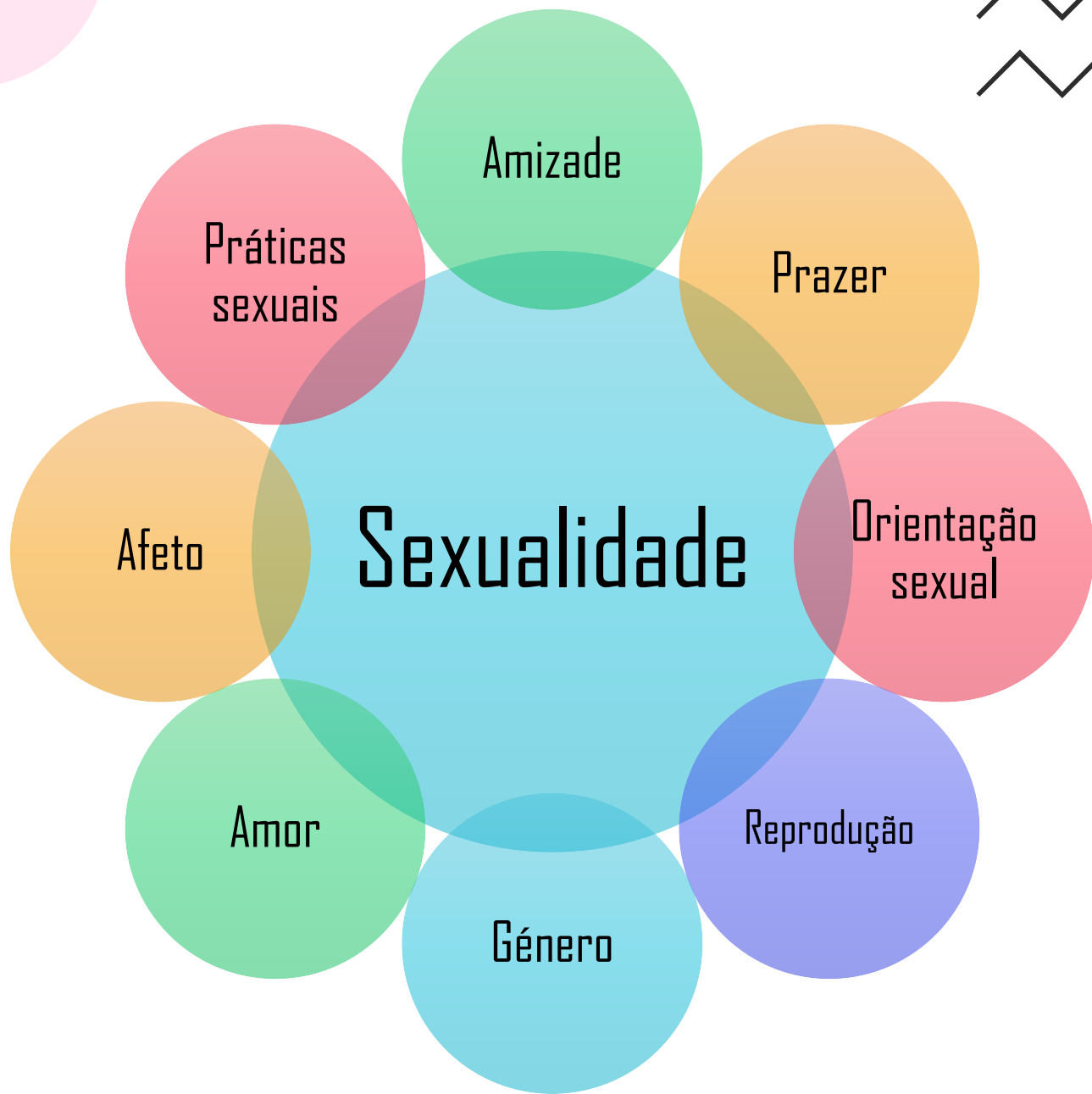
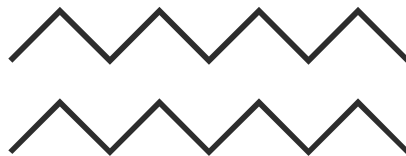


As alterações hormonais despertam a sensibilidade sexual.

A sexualidade na adolescência manifesta-se:

- Sonhos sexuais
- Fantasias sexuais
- Masturbação
- Relações Sexuais

Não existe uma altura certa para se estar preparado para iniciar a vida sexual ativa, mas ela só deve ser iniciada quando se estiver mental e fisicamente (biologicamente) preparados



Sexualidade não é só sexo

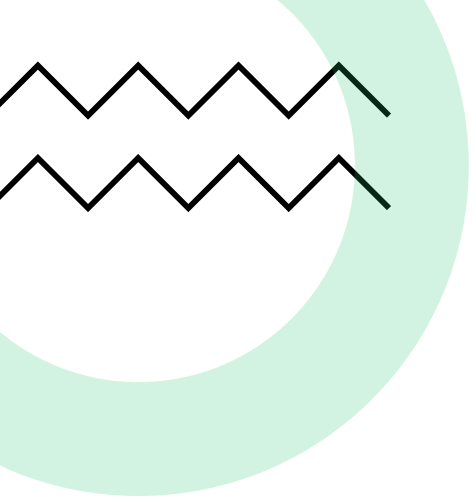



Mitos

&

Verdades








O homem não deve tomar sempre a iniciativa da relação sexual 

É errado ter fantasias sexuais 

A pílula protege contra as IST's 

 O homem não tem ou não deve expressar certos sentimentos

A masturbação é um comportamento absolutamente normal (homens e mulheres) e pode estar presente em qualquer idade. 

 Numa relação sexual devo utilizar 2 preservativos

É possível engravidar na primeira relação sexual 

Posso usar o mesmo preservativo 2 vezes   




# Riscos ligados à prática sexual

- Gravidez não planeada
- Aumento dos casos de aborto
- Infecções sexualmente transmissíveis , que podem levar a :

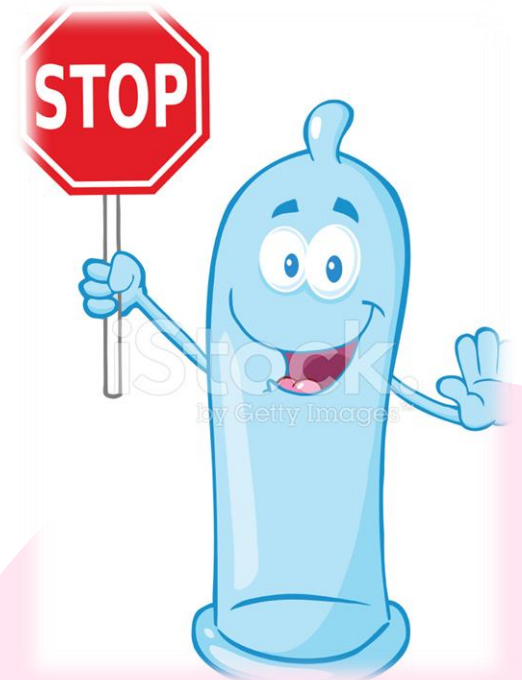
Infeções

Abortos

Esterilidade

Perda de órgãos

Cancro



# Métodos Contraceptivos



Pílula



Adesivo



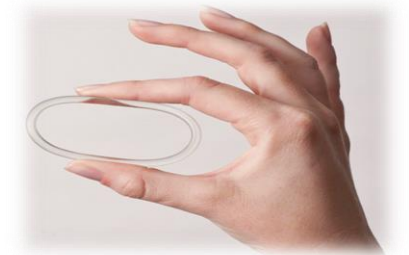
Preservativo : Masculino e Feminino



Implante



DIU

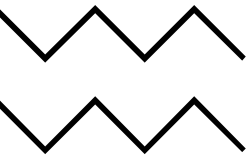


Anel vaginal

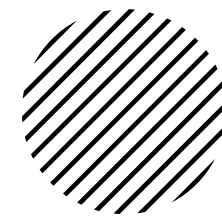


Diafragma





# Contraceção de Emergência

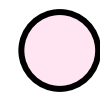


## O que é?

- A contraceção de emergência (CE) é um método para prevenir a gravidez, que pode ser utilizado até 120 horas (***5 dias***) após relações sexuais consideradas desprotegidas:

## Quando utilizar?

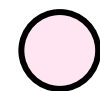
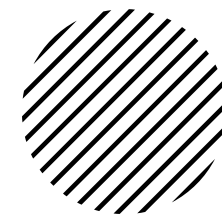
- Quando não foi utilizado qualquer método contraceptivo:
- Quando ocorre falha do método utilizado ou uso incorreto do mesmo (ex: o preservativo rompeu, saiu ou ficou retido na vagina, houve falha na toma da pílula, o DIU deslocou-se, houve erro no cálculo do método do calendário...);
- Em situações de violação.

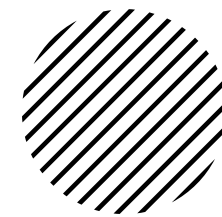
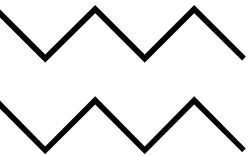




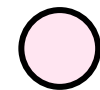
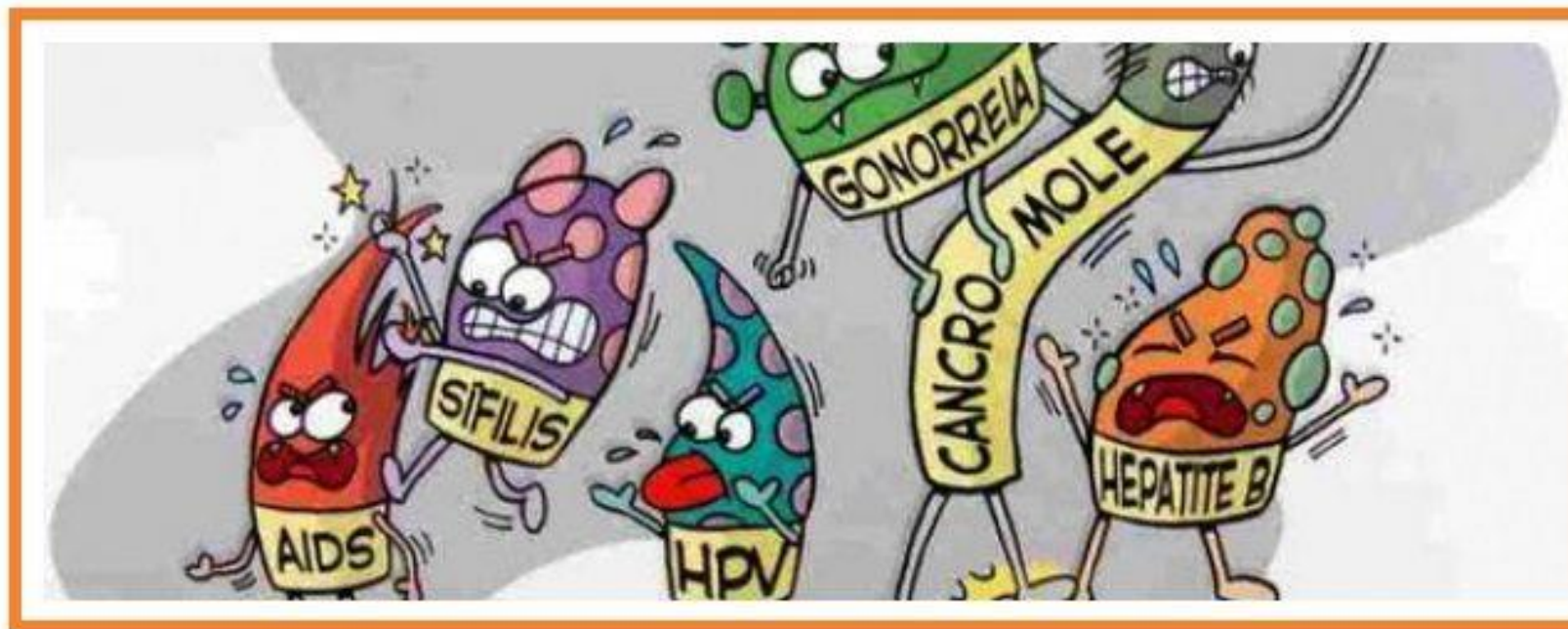
## O que é importante saber:

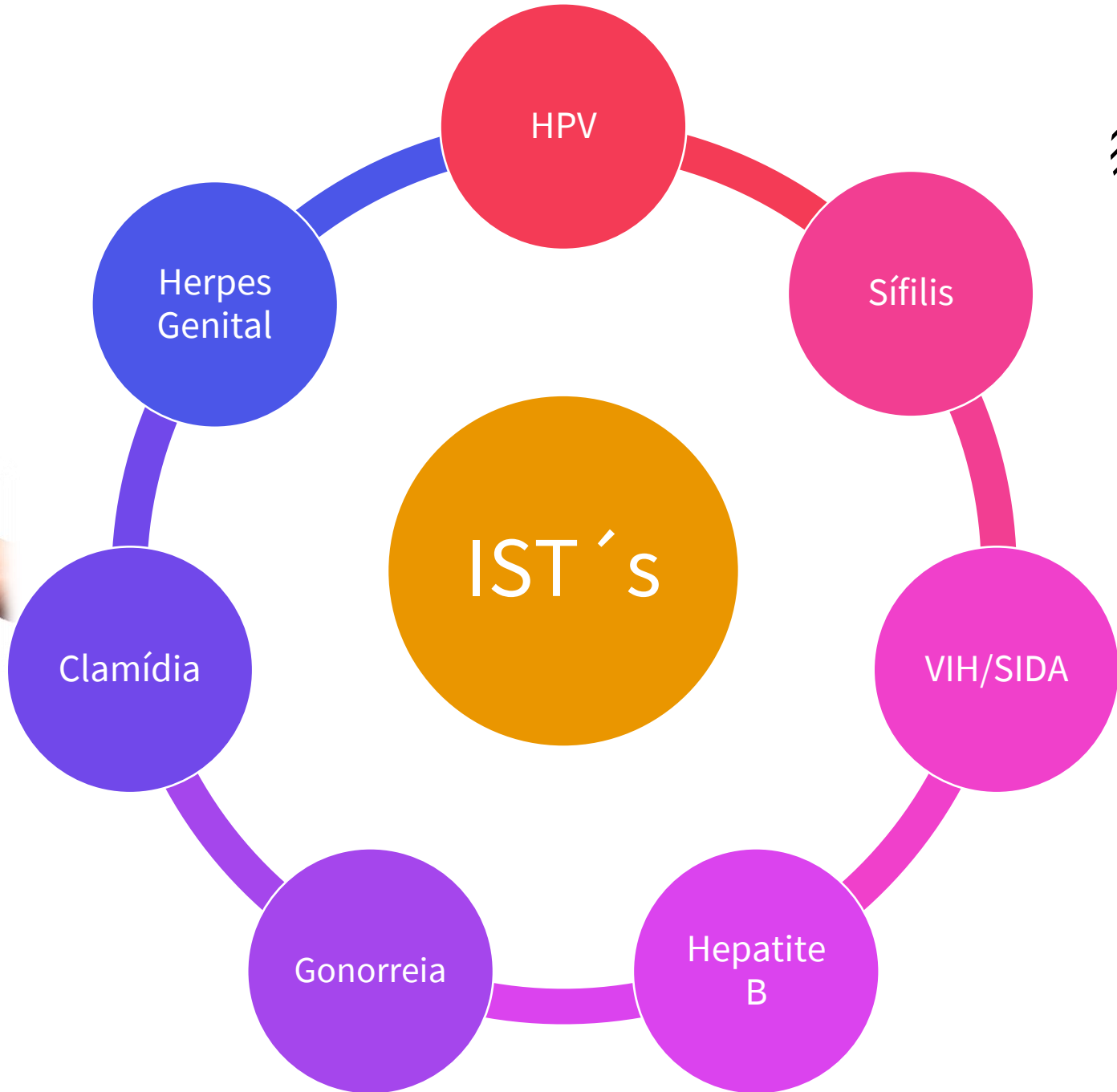
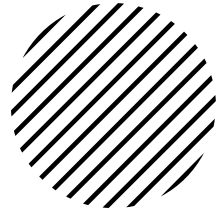
- É menos eficaz que os métodos contraceptivos, pelo que **não deve ser um método de uso regular**;
- Não é um método abortivo;
- Após a toma da CE deve realizar **uma consulta de planeamento familiar** para escolha de um método contraceptivo seguro;
- A menstruação/hemorragia, após a toma da CE, pode antecipar-se ou atrasar-se;
- A pílula pode ser obtida **gratuitamente** nos centros de saúde e hospitais;
- A pílula é de **venda livre** nas farmácias (não precisa de receita médica);
- A **eficácia** da pílula depende da precocidade da toma, o que significa que é tanto mais eficaz, quanto mais rapidamente for tomada;
- Pode ter efeitos secundários transitórios.

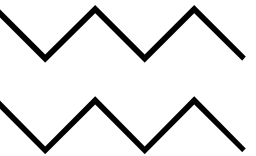




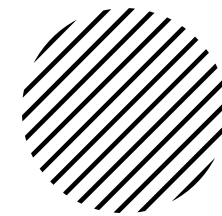
# Conheces as IST's?







# Sabias que?...



Existem diferentes orientações sexuais

Se pode engravidar sem penetração

É possível engravidar durante o período menstrual

A masturbação é uma prática sexual saudável

Não existe melhor altura para iniciar a vida sexual

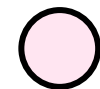
Sexualidade é diferente de sexo

O preservativo é o único método contraceutivo que evita uma IST

Alguns corrimentos são sinónimos de infeção

Existe um "período janela" para a realização do teste do HIV

O prazer sexual não é só com penetração



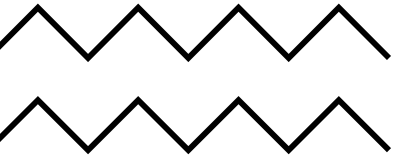


## Dicas...

- ✓ Não ir/fazer algo por pressão dos outros
- ✓ Respeita os teus limites e faz com que os outros os respeitem
- ✓ Não penses em iniciar a vida sexual por pressão e/ou quando estás numa relação abusiva
- ✓ Aconselha-te sempre com uma pessoa mais velha e/ou profissional de saúde
- ✓ Usa um método contraceutivo adequado







**OBRIIGADO**



## Referências bibliográficas

DGS (2011). *Guia de boas práticas. Adoles (Ser) Sexualidade e Afetos*. Recuperado de: [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/guia\\_adoles\\_ser.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/guia_adoles_ser.pdf)

Escola Saudavelmente (2021). *Sexualidade & Afetos*. Recuperado de: <https://escolasaudavelmente.pt/alunos/adolescentes/amor/sexualidade-afetos>

Maia, A. (2014). *Sexualidade e Educação sexual*. Recuperado de: [https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155340/3/unesp-nead\\_reeil\\_ee\\_d06\\_s03\\_texto02.pdf](https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155340/3/unesp-nead_reeil_ee_d06_s03_texto02.pdf)



## APÊNDICE V – Instrumentos de recolha de dados

## INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

### GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### Literacia em Saúde Materna: Posicionamentos no período expulsivo do trabalho de parto

**Participantes:** Mulheres grávidas no terceiro trimestre de gravidez

Apresentar-se.

Dar a ler a carta informativa.

Solicitar a leitura e assinatura do termo de consentimento informado – após esclarecimento de dúvidas.

Pedir colaboração para responder às questões.

Pedir autorização para gravação áudio.

**Objetivo:** Conhecer a literacia das grávidas no terceiro trimestre sobre os posicionamentos a adotar no período expulsivo do trabalho de parto.

#### PARTE 1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

##### Caraterização sociodemográfico pessoal

1. Código de identificação:
2. Idade:
3. Estado civil:
  - a. Solteira
  - b. Casada/União de fato
  - c. Divorciada
  - d. Viúva
4. Agregado familiar/Com quem vive: Com o namorado
5. Habilitações literárias
  - a. Ensino Básico 1º ciclo
  - b. Ensino Básico 2º ciclo
  - c. Ensino Básico 3º ciclo
  - d. Ensino secundário
  - e. Licenciatura
  - f. Mestrado
  - g. Doutoramento
6. Profissão atual:

7. Data provável do parto:

**Caraterização sociodemográfica do companheiro/cônjuge/pai da criança**

1. Idade:
2. Estado civil:
  - a. Solteiro
  - b. Casado/União de fato
  - c. Divorciado
  - d. Viúvo
3. Agregado familiar/Com quem vive:
4. Habilitações literárias
  - a. Ensino Básico 1º ciclo
  - b. Ensino Básico 2º ciclo
  - c. Ensino Básico 3º ciclo
  - d. Ensino secundário
  - e. Licenciatura
  - f. Mestrado
  - g. Doutoramento
5. Profissão atual:

**PARTE 2 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

1. A gravidez foi planeada/desejada? \_\_\_\_\_
2. Idade Gestacional \_\_\_\_\_
3. Local (ais) de vigilância da gravidez \_\_\_\_\_
4. Frequentou ou frequenta curso de preparação para o parto? Onde? Quem o realizou? Em que consistiu?

### PARTE 3 - ENTREVISTA

<b>TEMA:</b> Representações Sociais Relativamente ao Parto	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Qual a sua percepção acerca do parto humanizado?</li><li>2. Qual o significado que atribui ao período expulsivo do trabalho de parto?</li></ol>
<b>TEMA:</b> Conhecimento da grávida acerca do posicionamento materno no período expulsivo do TP	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Que conhecimentos possui relativamente aos posicionamentos que podem ser adotados durante o período expulsivo do trabalho de parto normal?</li><li>2. Onde obteve as informações sobre esses posicionamentos?</li><li>3. Relativamente aos posicionamentos que conhece, e que podem ser adotados durante o período expulsivo do trabalho de parto, quais acha que serão os benefícios e malefícios para si e para o seu bebé?</li></ol>
<b>TEMA:</b> Liberdade de escolha: o significado que as grávidas atribuem às possibilidades de escolher livremente um posicionamento no período expulsivo do trabalho de parto	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Qual a importância que atribui à possibilidade de ter uma participação ativa na decisão sobre a posição na qual quer ficar durante o período expulsivo do seu trabalho de parto?</li><li>2. Conhece o plano de parto?</li></ol> <p>Se sim:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Pensa realizar/já realizou um plano de parto?</li><li>b. Está contemplado no seu plano de parto o posicionamento que quer adotar no período expulsivo do trabalho de parto? Se sim, qual será e porquê?</li></ol> <p>Se não:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>c. Se pudesse escolher a posição na qual quer ficar durante o período expulsivo do trabalho de parto, qual seria? E porquê?</li></ol>

<b>Sugestões</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre este tema?</li><li>2. Quer deixar alguma sugestão para que os serviços de saúde possam melhorar o atendimento às grávidas relativamente aos conhecimentos sobre os posicionamentos a adotar no período expulsivo do TP?</li></ol>