



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

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

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

Helena Paula Correia Gonçalves

Coimbra, julho de 2023



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

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

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

**Rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de
saúde materna e obstétrica na comunidade – obstáculos, forças e satisfação
profissional**

Helena Paula Correia Gonçalves

Orientadora: Professora Doutora Maria Neto da Cruz Leitão

Coorientadora: Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos

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, julho de 2023

“Sabemos o que temos que fazer para salvar as vidas de mulheres e meninas em toda a parte. Precisamos acabar com as mortes desnecessárias de mulheres, recém-nascidos e crianças. Precisamos fazer mais e melhor, porque toda ação é importante e toda vida é importante.”

Graça Machel

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório de estágio só foi possível graças ao apoio e incentivo dos que me rodeiam e aos quais estou grata.

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família. Agradeço e, ao mesmo tempo, peço desculpa à minha filha, que veio a meio do mestrado, e sempre teve uma mãe presente, mas a fazer malabarismo para segurar todas as pontas. Ao Nuno, meu companheiro de vida, por me apoiar e incentivar nesta loucura e por embarcar comigo na aventura da parentalidade. Aos meus pais e sogros por todo o incentivo e por serem os melhores avós do mundo para a Maria Leonor, mas um especial agradecimento aos meus pais por serem os segundos cuidadores da minha filha. À minha irmã, pelo apoio e por em alguns momentos ter acredito mais que eu que este caminho era possível.

Às professoras orientadoras, Dr^a Maria Neto da Cruz Leitão e Dr^a Ana Maria Poço dos Santos, por todas as orientações para a concretização deste relatório.

Aos meus amigos que sempre me apoiaram e respeitaram as minhas “ausências”.

Aos meus colegas de trabalho. A toda a equipa da antiga cirurgia 2 do Centro Hospitalar de Leiria, na pessoa da enfermeira chefe Luísa Ferreira pelo apoio que me deram quando voltei a estudar, por me terem deixado voar para outra área e por me terem “recolhido” tão bem quando por gestão de recursos humanos lá voltei por 6 meses. E às colegas das equipas do serviço de obstetrícia e do serviço da urgência geral e obstétrica do Centro Hospitalar de Leiria por me terem acolhido e integrado.

Um agradecimento especial às minhas tutoras por todas as aprendizagens.

Agradeço ainda a todos os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica que colaboraram na realização da investigação. Agradeço, também, às direções da ARS Centro e dos ACES Baixo Mondego e ACES Pinhal Litoral por terem autorizado a investigação.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamento de centros de saúde

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

BP - Bloco de partos

CE - Consulta externa

CMESMO - Curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstétrica

CS - Centro de saúde

EE - Enfermeiros especialistas

EEESMO - Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

ESMO - Enfermagem de saúde materna e obstétrica

FCF - Frequência cardíaca fetal

HPV - Vírus do papiloma humano

ICM - International Confederation of Midwives

IMG - Interrupção médica da gravidez

IVG - Interrupção voluntária da gravidez

MCEESMO - Mesa do colégio da especialidade de saúde materna e obstétrica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PPP - Preparação para o parto e parentalidade

RCT - Registo cardiotocográfico

RN – Recém-nascidos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SUGO - Serviço de urgência ginecológica e obstétrica

UCC - Unidade de cuidados na comunidade

UCSP - Unidade de cuidados de saúde personalizados

UMMF - Unidade de medicina materno fetal

RESUMO

Este relatório integra a unidade curricular de estágio com relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica, inserida no curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstétrica. É constituído por duas componentes: a componente clínica e componente de investigação em enfermagem. Na primeira aborda-se a caracterização dos contextos clínicos e reflete-se acerca do contributo das atividades desenvolvidas durante o estágio para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO). Na segunda é apresentado um estudo, com o objetivo de desenvolver competências investigativas.

O estudo desenvolvido surgiu das partilhas e reflexões realizadas durante os seminários ao longo dos estágios, onde verifiquei que as experiências das estudantes eram muito diversificadas nos diferentes contextos de estágio na comunidade. Ainda que sejam atribuídas muitas competências aos EEESMO na comunidade, constatei que estes enfrentam vários obstáculos para a sua concretização.

Sabe-se que o investimento em profissionais dedicados à área de saúde materna e obstétrica melhora os resultados em saúde no mundo. Muitas das medidas para atingir os objetivos de desenvolvimento sustentável ocorrem ao nível da comunidade e os EEESMO tem aqui um papel importante na sua concretização. Apesar da existência de regulamentação específica para a prática clínica do EEESMO, há carência de estudos que mostrem a rentabilização das competências dos EEESMO em Portugal em contexto comunitário.

Objetivos: identificar quais as áreas de competência rentabilizadas pelos EEESMO nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Baixo Mondego e Pinhal Litoral; analisar os obstáculos à rentabilização das competências do EEESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e as forças que potenciam a sua utilização; e analisar o que motiva e/ou desmotiva o desenvolvimento profissional dos EEESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e qual a sua satisfação profissional.

Metodologia: estudo exploratório qualitativo. Participaram seis EEESMO com vínculo profissional aos ACES referidos. A colheita de dados ocorreu através da realização de uma entrevista semiestruturada, de 13/02/2023 a 05/04/2023. Os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin (2009). Este estudo teve parecer positivo da comissão de ética da UICISA:E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer nº P889_07_2022).

Resultados: as competências rentabilizadas pelas EEESMO divergem consoante a unidade funcional em que estão inseridos. A falta de recursos físicos, materiais e humanos, o tipo de gestão de cuidados nas unidades de cuidados na comunidade e a organização dos cuidados de saúde, são obstáculos ao desenvolvimento das competências específicas do EEESMO. A valorização do seu trabalho, o trabalho de equipa, a autonomia e a resiliência são as forças ao desenvolvimento das suas competências. A satisfação profissional relaciona-se com os fatores que as motivam, que se relacionam com as forças ao desempenho das suas funções.

Conclusão: a análise crítica do estágio permitiu apresentar as atividades desenvolvidas e identificar as dificuldades e estratégias para o desenvolvimento de competências do EEESMO. Relativamente à componente de investigação verificamos que a maioria das competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros só são possíveis serem realizadas em contexto de comunidade, contudo ainda se verificam muitos obstáculos à sua rentabilização. Entendemos ser importante o investimento em EEESMO na comunidade de modo a garantir que todas as meninas e mulheres em idade fértil e no climatério tem acesso a cuidados especializados de proximidade. É fundamental mais investigação para construir evidencia científica que sustente a definição de políticas e a contratação de mais EEESMO para as unidades de saúde na comunidade, cumprindo-se as metas nacionais e internacionais definidas pela DGS, OMS e pela ONU.

Palavras-chave: enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica; competências; saúde da mulher; comunidade.

ABSTRACT

This report is part of the internship curricular unit with a report on maternal and obstetric health nursing, inserted in the master's course in maternal and obstetric health nursing. It consists of two components: the clinical component and the research component in nursing. In the first one is characterized the clinical contexts and reflects on the contribution of the activities developed during the internship to the development of common skills of specialist nurses and specific skills of the nursing midwives. In the second, a study is presented, with the aim of developing investigative skills.

The theme of the primary study developed arose from the sharing and reflections carried out during the seminars throughout the earnings, where I verified that the students' experiences were much shared in the different contexts of internship in the community. Although many skills are assigned to the community midwives, I found that they are facing several obstacles to their implementation.

It is known that investing in professionals dedicated to maternal and obstetric health improves health outcomes worldwide. Many of the measures to achieve the sustainable development goals take place at the community level and the midwives play an important role in achieving them. Despite the existence of specific regulations for the clinical practice of the midwives, there is a lack of studies that show the profitability of the midwives' competences in Portugal in a community context.

Aims: to identify which areas of competence are monetized by the midwives in the Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) Baixo Mondego and Pinhal Litoral; to analyze the obstacles to the profitability of the midwives' competences in the ACES of Baixo Mondego and Pinhal Litoral and the forces that potentiate their use; and analyse what motivates and/or discourages the professional development of the midwives in the ACESs of Baixo Mondego and Pinhal Litoral and what is their professional satisfaction.

Methodology: qualitative exploratory study. Six midwives with professional link to the mentioned ACES participated. Data were collected through a semi-structured interview, from 02/13/2023 to 04/05/2023. Data were analysed according to Bardin's (2009) content analysis. This study received a positive opinion from the ethics committee of the

UICISA:E of the Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer n° P889_07_2022).

Results: the competences used by midwives differ according to the functional unit in which they are inserted. The scarcity of physical, material, and human resources, the type of care management in community care units and the organization of health care are obstacles to the development of the specific skills of the midwives. Valuing work, teamwork, autonomy, and resilience are the forces behind the development of your skills. The professional satisfaction is related to the factors that motivate him, which are related to the strengths for the performance of his functions.

Conclusion: the critical analysis of the internship allowed presenting the activities carried out and identifying the difficulties and strategies for the development of midwives' skills. Regarding the research component, we found that most of the specific skills defined by the Ordem dos Enfermeiros are only possible to be carried out in a community context, however there are still many obstacles to their profitability. We understand that it is important to invest in community midwives to ensure that all girls and women of childbearing age and in the climacteric have access to specialized care. More research is essential to build scientific evidence that supports the definition of policies and the hiring of more midwives for health units in the community, fulfilling the national and international goals defined by the DGS, WHO and the UN.

Keywords: Midwives; Midwives nurses; skills; women's health; community

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das participantes.....	65
Tabela 2 - Caracterização acadêmica das participantes.....	66
Tabela 3 - Caracterização profissional das participantes.....	67
Tabela 4 - Competências rentabilizadas pelas enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde	68
Tabela 5 - Obstáculos à rentabilização das competências das enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde	79
Tabela 6 - Forças que potenciam a concretização das competências das enfermeiras especialista em saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde	82
Tabela 7 - Fatores que motivam as enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde	85
Tabela 8 - Fatores que desmotivavam as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica no exercício das suas funções nos agrupamentos de centros de saúde	87

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
PARTE 1 - COMPONENTE CLÍNICA - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	21
1 - CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	21
1.1 - CONTEXTOS CLÍNICOS.....	21
1.2.1 – Competências comuns do enfermeiro especialista.....	25
1.2.2 – Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.....	28
PARTE 2 – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: RENTABILIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE – OBSTÁCULOS, FORÇAS E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	51
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	51
2.1 – ORIENTAÇÕES INTERNACIONAIS PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA ..	52
2.2 – ORIENTAÇÕES NACIONAIS PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	55
2.3 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE EM PORTUGAL.....	56
3 – METODOLOGIA	59
3.1 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	59
3.2 - TIPO DE ESTUDO.....	60
3.3 - PARTICIPANTES.....	60

3.4 - RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	61
3.5 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	62
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
4.1 – CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA, ACADÉMICA E PROFISSIONAL DAS PARTICIPANTES	65
4.2 – COMPETÊNCIAS RENTABILIZADAS PELAS ENFERMEIRAS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE	67
4.3 – OBSTÁCULOS À RENTABILIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE.....	78
4.4 – FORÇAS QUE POTENCIAM A CONCRETIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE.....	81
4.5 – SATISFAÇÃO DAS ENFERMEIRAS ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE	85
4.5.1 – Fatores que motivam as enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde.....	85
4.5.2 – Fatores desmotivadores no exercício das funções das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde	87
4.6 – RENTABILIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DAS ENFERMEIRAS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE	90
CONCLUSÃO.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de estágio

Apêndice II - Projeto: estruturação e divulgação da nossa prática para um plano de nascimento de um parto fisiológico

Apêndice III – Proposta de Procedimento: Criação de consulta telefónica pós alta de apoio/seguimento da puérpera/família

Apêndice IV – Cartaz: rastreio cancro do colo do útero

Apêndice V – Desdobrável: rastreio cancro do colo do útero

Apêndice VI – Guia de saúde materna

Apêndice VII – Carta à Administração Regional de Saúde do Centro a solicitar acesso aos enfermeiros especialista em enfermagem de Saúde materna e obstétrica dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Mondego e Pinhal Litoral

Apêndice VIII – Pedido de autorização para realização de investigação no Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego

Apêndice IX – Pedido de autorização para realização de investigação do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral

Apêndice X – Guião de entrevista semiestruturado

Apêndice XI – Consentimento informado

ANEXOS

Anexo I – Autorização para a investigação

Anexo II – Parecer P889_07_2022 da Comissão de Ética Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Anexo III – Pedido de esclarecimento da Administração Regional de Saúde do Centro

INTRODUÇÃO

Este relatório final de estágio foi realizado no âmbito da unidade curricular de estágio com relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica, inserida no curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), sob orientação e co-orientação da Professora Doutora Maria Neto da Cruz Leitão e da Professora Doutora Ana Maria dos Santos Poço, respetivamente. É composto por uma componente clínica e uma componente de investigação. Na primeira refletiu-se e analisou-se criticamente o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO). Na segunda realizou-se uma investigação sobre a rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica na comunidade, nomeadamente os obstáculos, as forças e a sua satisfação profissional.

Para a obtenção do título de especialista é exigido o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (EE) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento nº 140/2019 da OE, sendo os domínios das competências comuns as seguintes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO delineadas pela OE no Regulamento nº 391/2019, nomeadamente: cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. Para além das competências referidas, é ainda exigido o desenvolvimento das experiências mínimas que constam no Aviso nº 3916/2021 da OE redigido com base na legislação europeia para as parteiras.

Para a obtenção do grau de mestre segundo o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março é necessária a aquisição de conhecimentos aprofundados e aplicados em contexto de investigação; aplicação dos conhecimentos na resolução de problemas e a capacidade de comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara.

O tema do estudo primário que desenvolvemos surgiu, numa fase inicial, das partilhas e reflexões durante os seminários ao longo dos estágios. Nestes seminários constatei que as nossas experiências de estudantes eram muito diversificadas nos diferentes contextos de estágio. Por outro lado, constatei que o papel do EEESMO na comunidade é muito importante, mas que também enfrenta várias dificuldades no desempenho das suas funções, para dar resposta às competências comuns e específicas dos EE, definidas pela OE. Outro ponto que motivou esta investigação foi a constatação de não ser possível realizar o estágio na comunidade em qualquer centro de saúde, uma vez que não há pelo menos um EEESMO em todos os centros de saúde.

Todas estas reflexões me levaram a questionar onde estarão os EEESMO e quais as atividades que de facto desenvolvem quando exercem a sua atividade na comunidade, tendo por base as sete competências específicas definidas no Regulamento nº 391/2019 da OE – o EEESMO:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. (p.13561).

Os objetivos que me propus a atingir com a realização deste relatório foram a reflexão crítica das atividades desenvolvidas no âmbito dos contextos de estágio que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do EEESMO e o desenvolvimento de competências de investigação, para o qual desenvolvi um estudo do tipo qualitativo exploratório.

O presente relatório divide-se em duas partes: componente clínica e componente de investigação em enfermagem. Na componente clínica apresenta-se a caracterização dos contextos clínicos e o contributo das atividades desenvolvidas durante o estágio para o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESMO. Na componente de investigação em enfermagem é apresentado o estudo realizado, fazendo-se referência ao enquadramento teórico, à metodologia, apresentam-se os resultados e a respetiva discussão. Terminamos com a conclusão onde fazemos referência a ambas as partes, mas onde se destacam os resultados do estudo.

PARTE 1 - COMPONENTE CLÍNICA - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

1 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O estágio foi fundamental para o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESMO.

Com vista a orientar e facilitar as aprendizagens foi realizado um projeto de estágio (Apêndice I). A realização de um projeto permite refletir sobre algo que se pretende que aconteça, aponta oportunidades para o futuro. Esta ideia de projeto aponta para uma proposta, proposta essa que pode ser mutável à medida que os acontecimentos vão acontecendo face à realidade que vai sendo vivenciada (Santos, Royer, & Demizu, 2017).

1.1 - CONTEXTOS CLÍNICOS

Este estágio está dividido em 3 blocos: bloco A: unidades de cuidados na comunidade e consulta externa (12 semanas – 10 semanas em cuidados de saúde primários na comunidade e 2 semanas em consulta externa na maternidade); bloco B: unidades de internamente de grávidas / medicina materno fetal e unidades de internamento de puérperas (7 semanas – 4 semanas em unidades de medicina materno-fetal / internamento de grávidas e 3 semanas em internamento de puérperas / recém-nascidos); e bloco C: sala / bloco de partos (16 semanas), com um total de 1020h de contacto.

O bloco A decorreu de 15/02/2021 a 14/05/2021. De 15/02/2021 a 30/04/2021 desenvolvi o estágio em unidades de cuidados na comunidade de um ACES do centro de Portugal sob orientação tutorial de duas EEESMO. De 03/05/2021 a 14/05/2021 desenvolvi o estágio em consulta externa (CE) de obstetrícia e ginecologia de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal, sob orientação tutorial de uma EEESMO. Das 10 semanas em

cuidados de saúde primários na comunidade, 5 semanas foram realizados em Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 5 semanas foram realizadas em Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Esta UCSP abrangia uma zona urbana e rural, tendo inscritos 14306 utentes, dos quais 3463 não tem médico de família atribuído; a equipa multiprofissional da UCSP é composta por 11 médicos, 9 enfermeiros e 7 secretários clínicos, dos 9 enfermeiros 2 eram EEESMO. Nesta UCSP cumpre-se a função de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares (Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto). Nesta UCSP era assegurado a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença em todas as fases do ciclo vital, sendo que a minha atenção estava direcionada para as consultas de saúde sexual e reprodutiva, assistência à mulher nos períodos pré-concepcional, pré-natal, pós-natal, climatério e mulher a vivenciar processos saúde/doença ginecológica.

A UCC onde se realizou o estágio abrange população de área urbana e rural, abrangendo 68969 utentes. Era composta por 7 enfermeiros (2EEESMO), 2 médicos, 1 técnico superior de saúde em psicologia clínica e de saúde e 1 técnico superior de serviço social. Tinha como missão prestar cuidados de saúde e de apoio psicológico e social ao Cidadão/Família/Grupo/Comunidade. Nesta unidade realizavam-se sessões de preparação para o parto e parentalidade (PPP), bem como consultas de assistência no período pré-natal e pós-natal. Outros programas como as sessões de recuperação pós-natal estavam suspensas devido à pandemia Covid-19, por este motivo o método preferencial de contacto era o digital sendo o formato em que ocorriam as sessões PPP.

A equipa de enfermagem da CE de obstetrícia e ginecologia onde decorreu o estágio era composta por 3 EEESMO e 1 enfermeira. O acesso das utentes a estas consultas ocorria por encaminhamento do médico de família da área de abrangência afeta ao hospital em que a CE estava inserida, do serviço de urgência ginecológica e obstétrica (SUGO) ou de pedidos internos de avaliação por parte de outras especialidades clínicas. Apenas as consultas de gravidez de termo e de saúde reprodutiva como a interrupção voluntária da gravidez (IVG), podiam ser marcadas pela própria utente, via telefónica ou presencial.

A CE de obstetrícia dispunha das seguintes consultas: referência 1º trimestre; adolescentes; alto risco; diabetes/ patologia endócrina; hipertensão; gravidez de termo. Já da CE de ginecologia fazem parte as seguintes consultas: ginecologia geral; menopausa;

esterilidade; ginecologia endocrinológica; patologia cervical; saúde reprodutiva; planeamento familiar, ginecologia urológica e pós-operatório.

A CE de ginecologia/obstetrícia era composta por 6 consultórios médicos para consulta, todos equipados com marquesa ginecológica, dois destes possuem colposcópio, 1 tem apoio ecográfico, 2 consultórios de enfermagem, 2 salas de enfermagem equipadas com tocógrafos para realizar registo cardiotocográfico (RCT) e duas salas ecográficas.

O bloco B decorreu no período de 04/10/2021 a 19/11/2021. De 04/10/2021 a 29/10/2021 desenvolveu-se na Unidade de Medicina Materno Fetal (UMMF) de uma maternidade da região centro de Portugal sob orientação tutorial de 2 EEESMO. No período de 02/11/2021 a 19/11/2021 estagiei num internamento de puérperas e recém-nascidos (RN) de uma maternidade da região centro de Portugal sob orientação tutorial de 2 EEESMO.

A UMMF era composta por 14 camas de internamento, distribuídas por 5 quartos de internamento. Tentava-se que no mesmo quarto ficassem internadas grávidas com motivo semelhante de internamento. Assim, nos primeiros dois quartos cada um com 3 camas, ficavam internadas as grávidas em indução do trabalho de parto, em início de trabalho de parto ou com rotura da bolsa amniótica. Os segundos dois quartos eram dedicados a grávidas com patologia concomitante com a gravidez ou ameaças de parto pré-termo. Já o último quarto era composto por duas camas e era utilizado em casos de interrupções médicas da gravidez, abortos ou mortes fetais. Existia ainda uma sala de observações, para avaliação das grávidas. A UMMF disponibilizava cuidados 24horas por dia, estes cuidados eram assegurados por 2 EEESMO em turnos rotativos: manhã, tarde e noite.

A unidade de internamento de puérperas onde decorreu o estágio era composto por uma equipa de EEESMO e enfermeiros, este disponibilizava cuidados de enfermagem 24horas por dia assegurados em turnos rotativos com 3 enfermeiros na manhã, 3 enfermeiros na tarde e 2 enfermeiros na noite. Este internamento era composto por 18 camas de internamento. Tendo os quartos, capacidade para 2 puérperas em internamento conjunto com os respetivos RN. Todos os quartos possuíam banheira para a higiene do recém-nascido. Um dos quartos estava equipado com equipamento para monitorização cardíaca, ondem ficavam internadas as puérperas com uma maior necessidade de vigilância. Existia ainda uma sala comum no início do internamento com material para avaliação ponderal e clínica do RN, com mais uma banheira e material de apoio à amamentação/aleitamento.

O bloco C foi realizado num bloco de partos (BP) de uma maternidade da região centro de Portugal entre 17/05/2021 e 01/10/2021, com interrupção entre 01/08/2021 e 31/08/2021 para férias letivas, sob orientação tutorial de três EEESMO.

A equipa de enfermagem era composta por EEESMO e enfermeiros, eram assegurados cuidados 24h em turnos rotativos, todos os turnos eram assegurados por dois EEESMO, o terceiro elemento era um EEESMO ou um enfermeiro. Assim, a assistência às grávidas eram da responsabilidade dos dois EEESMO e o terceiro elemento era responsável pela assistência ao recém-nascido logo após o nascimento e pelo puerpério imediato. Neste BP existiam seis salas de partos, um recobro para o pós-parto imediato e um quarto de isolamento com duas camas para a necessidade de internamento de puérperas infetadas com SARS-CoV2. Cada quarto possuía uma maca de parto articulada que permitia à parturiente adotar diferentes posições ao longo do trabalho de parto. Todas as salas de parto estavam equipadas com uma bomba infusora, uma seringa infusora e um cardiotocógrafo. Todos os cardiotocógrafos estavam ligados a uma central cujo registo era enviado para um ecrã junto ao balcão de enfermagem que permitia a avaliação em tempo real da monitorização do bem-estar materno fetal. Ainda existiam dois cardiotocógrafos passíveis de registo remoto, facilitando a monitorização materno-fetal em movimento. De modo a facilitar o trabalho de partos, este BP possuía bolas de pilates. Já paralelamente ao bloco de partos existia um corredor de acesso aos acompanhantes das grávidas. Existiam três reanimadores / aquecedores de recém-nascidos que eram mobilizados entre os quartos, próximo do momento do nascimento.

1.2 - DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio dos diferentes blocos tinham como objetivo desenvolver e aprofundar as competências definidas pela OE – as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Regulamento 140/2019 da OE; Regulamento 391/2019 da OE).

1.2.1 – Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns são partilhadas por todos os EE, estas evidenciam as suas capacidades de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Estas dividem-se em quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão de cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento 140/2019 da OE).

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De modo a desenvolver as competências inerentes a este domínio, todas as intervenções que realizei durante o estágio aconteceram em ambiente privado, livre de interferências externas e onde a mulher / grávida / casal se sentisse à vontade para se dar a conhecer e verbalizar os seus objetivos nas diferentes situações em que se encontrava. Em todos os contactos fui clara e transmiti, apenas, informações baseadas em evidência científica, que permitissem à mulher / grávida / casal decidir qual a melhor escolha para eles no seu contexto.

Respeitei sempre a privacidade das pessoas de quem cuidava, bem como os seus dados pessoais. Foi também sempre possível explicar todas as intervenções necessárias e apenas executá-las se houvesse consentimento para as mesmas.

Estando numa posição de elemento em formação no primeiro contato com a mulher / grávida / casal / família apresentava-me e solicitava o seu consentimento para a minha presença na sala, bem como para ser a responsável por aquele contato, com a devida supervisão clínica da tutora.

Solicitei sempre o consentimento para a realização de todas as intervenções, tendo previamente explicado a necessidade da sua realização. Por exemplo, na UCSP convoquei mulheres para o rastreio do cancro do colo do útero, expliquei sempre a importância do rastreio, bem como o que iria acontecer após análise da amostra e em que situações seria contactada. Incentivei sempre a amamentação, mas questionando previamente qual a intenção da mulher, e se quisesse de facto amamentar, questionava se precisava de ajuda e só após a sua confirmação ajudava o bebé a pegar a mama, nestes casos e tendo em

conta o conhecimento prévio da família realizava ensinamentos acerca da amamentação baseados em evidência científica.

B – Domínio da melhoria contínua da qualidade

Para desenvolver este domínio foi fundamental conhecer as realidades das diferentes instituições. Tive a oportunidade de consultar os protocolos adotados pelas instituições e agir de acordo com estas para atingir as metas das instituições. Ainda, para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados sempre que surgia alguma dúvida validava com a tutora, garantindo a segurança dos cuidados.

Ainda tive a oportunidade de no BP me envolver num projeto que visava a divulgação das práticas clínicas realizadas, de modo a adequar expectativas dos casais e permitir que profissionais de saúde externos à instituição, na comunidade, por exemplo, tivessem conhecimento do que se realizava para poderem também informar os casais do contexto da instituição (Apêndice II). Já na unidade de puerpério na maternidade, sugeri a criação de uma consulta telefónica no pós-alta de apoio/seguinte da puérpera/família e redigi essa proposta de procedimento (Apêndice III).

Na UCSP tive ainda oportunidade de desenvolver material de leitura sobre o cancro do colo do útero (Apêndice IV e Apêndice V) e atualizei o guia de saúde materna já existente na instituição (Apêndice VI).

C- Domínio da gestão dos cuidados

Para desenvolver este domínio procurei sempre que a mulher / casal de quem estava a cuidar verbalizasse as suas necessidades, de modo a adaptar todas as minhas ações a essas necessidades e não apenas por rotina. Comunicar de forma clara também foi fundamental para que a mulher / casal compreendessem a informação e se sentissem à vontade para colocar eventuais dúvidas, para que eu as pudesse esclarecer. Neste domínio, também foi essencial o conhecimento para a tomada de decisão e perceber quando era necessário referenciar para outro profissional, por exemplo, durante a monitorização materno-fetal na presença de um traçado cardiotocográfico que não fosse normal pelos critérios definidos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (Santo, 2016) informei o médico obstetra responsável em caso de traçados cardiotocográficos suspeitos, assim como solicitei a sua presença perante um traçado cardiotocográfico patológico.

Ainda neste domínio, o respeito pelos direitos da mulher/família foi sempre assegurado, mas dentro das limitações impostas pela pandemia Covid-19, por exemplo o direito da mulher a acompanhante em todas as fases da gravidez/puerpério, neste ponto e como o meu estágio se realizou em plena época de restrições provocadas pela pandemia Covid-19, apenas foi possível este acompanhamento nos momentos definidos pelas regras das instituições. Sempre que possível, eu permiti e incentivei a presença de acompanhante à escolha da mulher, caso ela pretendesse estar acompanhada. Segundo a Orientação n.º 018/2020 da Direção Geral da Saúde (DGS) estava previsto a presença de acompanhante à grávida na vigilância pré-natal em consultas e ecografias, no entanto a norma interna do hospital ao qual pertencia a CE não permitia a presença de acompanhante pelo que neste contexto as grávidas não estavam acompanhadas. No BP conforme a mesma orientação era permitida a presença de acompanhante na presença de esquema vacinal completo ou teste de rastreio para SARS-CoV2 negativo, para agilizar a presença do acompanhante sempre a que a grávida era admitida era realizado o teste ao acompanhante, este entrava após resultado negativo. Na UMMF e no internamento de puérperas era permitida a visita do acompanhante, mas em hora agendada e, por exemplo num mesmo quarto onde estavam internadas duas puérperas os acompanhantes não podia permanecer em simultâneo. Assim, incentivei a presença do acompanhante em todos os momentos em que as instituições o permitiam.

Participei e observei processos de gestão na comunidade. Participei na gestão de stocks da UCSP e garanti a segurança dos fármacos através da verificação das datas de validade dos mesmos, no armazenamento dos equipamentos e na sua reposição para suprimento das necessidades da unidade.

Já na UCC acompanhei o processo de gestão de grupos para a criação de grupos para as sessões de PPP, neste a enfermeira tutora privilegiava o início do curso por volta das 24 semanas de gestação para que a grávida / casal pudesse refletir sobre as aprendizagens e fazer escolhas ponderadas e atempadamente, no entanto, com permeabilidade para na impossibilidade da grávida / casal iniciar nesta altura, iniciar numa fase mais avançada da gravidez, mas na qual fosse possível a sua disponibilidade física e mental. As sessões de PPP funcionava em formato on-line, não havia adesão do acompanhante da grávida, o que pode estar relacionado com o horário das sessões em horário laboral, às segunda-feira das 9h às 13h.

D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para desenvolver este domínio foi essencial o autoconhecimento para perceber a forma como podia organizar as minhas horas de estágio de modo a não interferir com a vida profissional e pessoal, optando por marcar períodos de férias que me permitissem realizar mais horas nesses períodos, conseguindo conciliar tudo a que me tinha proposto. A gestão de emoções e sentimentos foi algo importante e transversal a todos os estágios, pois tirando a área da ginecologia, que eventualmente aceitamos finais infelizes, queremos sempre que a área de saúde materna e obstétrica sejam acontecimentos felizes e ao longo do estágio tive de lidar com grávidas com complicações na gravidez, perdas gestacionais, mortes fetais e neonatais, ou situações sociais comprometidas. A gestão de emoções é fundamental para conseguirmos ajudar estas famílias a lidar com as suas mudanças, transições e inseguranças.

Quanto à assertividade, sou uma pessoa tendencialmente assertiva e que tende a manter uma postura calma quando algum cliente me interpela de forma agressiva/desadequada o que facilitou a comunicação em situação de conflito. Esta postura permitiu-me uma comunicação eficaz com a mulher, a grávida, a puérpera, o casal, permitindo conhecê-los e adequar as intervenções.

Em todos os contactos clínicos realizei intervenções sempre baseados em evidência científica e procurei aprofundar e atualizar conhecimentos. Tal permitia evitar intervenções de forma rotineira, avaliando cada situação caso a caso, com a respetiva individualidade de cada pessoa/família.

1.2.2 – Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

As competências específicas são as que dão resposta aos processos de vida e problemas de saúde na intervenção definida para cada área de especialidade (Regulamento n.º 391/2019 da OE).

As competências específicas do EEESMO são: cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; cuida a mulher

inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Regulamento nº 391/2019 da OE).

1 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional

Foi possível desenvolver esta competência na UCSP e na CE.

Na UCSP participei em 14 consultas de planeamento familiar. Nestas consultas abordei a importância de planeamento familiar e de contraceção. Para abordar as questões da contraceção foi necessário estabelecer uma relação de confiança com a mulher para ela me verbalizar os objetivos reprodutivos juntamente com o companheiro para então poder explicar e demonstrar os diferentes métodos contraceptivos.

Existem mais vantagens que desvantagens no uso de contraceção, uma vez que, previnem uma gravidez indesejada, reduzem o número de abortos e diminuem o número de mortes e incapacidades associadas a complicações durante a gravidez e parto. A contraceção de longa duração apresenta taxas elevadas de eficácia (Lira-Plascencia *et al.*, 2013). A contraceção de longa duração era desejada por uma grande parte das mulheres. Mas era importante que fosse uma decisão ponderada, tendo em conta os objetivos reprodutivos do casal, optando por outro tipo de contraceção caso pretendessem uma gravidez a curto prazo. Para exemplificar que de facto foi valorizada a relação entre casal, no aconselhamento que foi dado à mulher instruí a dialogar com o companheiro todos os ensinamentos da consulta para então depois tomar uma decisão de contraceção.

Relativamente à prática de colocação da contraceção de longa duração, tive a oportunidade de observar a colocação de dois dispositivos intrauterinos e participar ativamente na colocação de um e substituição de outro. Quanto aos implantes contraceptivos, observei a colocação de um e participei ativamente na colocação de outro. Ainda estava previsto retirar um implante, mas por este ter migrado foi necessário orientar a mulher para ajuda especializada no hospital de referência. Posteriormente na CE, tive a oportunidade de observar a colocação de um implante contraceptivo.

Com esta experiência tornou-se evidente a importância do EEESMO na comunidade quando assume a sua autonomia nas questões de planeamento familiar e contraceção. A

colocação de contraceção de longa duração, também, é uma intervenção dos EEESMO e defendida como tal em pareceres emitidos pela mesa do colégio da especialidade de saúde materna e obstétrica (MCEESMO) (Parecer nº 50/2014 da OE-MCEESMO) . Se o EEESMO assume esta intervenção garante as necessidades de contraceção das mulheres / casais em menos tempo. Tal também se torna fundamental quando nem todos os médicos de família colocavam este tipo de contraceção, assim poupava-se tempo para a mulher, uma vez que a solução seria encaminhá-la para uma consulta de planeamento familiar em contexto hospitalar. Na zona de abrangência desta UCSP, alguns médicos de família não colocavam contraceção de longa duração então encaminhavam para a EEESMO que tinha formação e treino. Como em todos os procedimentos é importante formação e prática e, idealmente, apoio das direções institucionais para que seja possível, a referir que o enfermeiro não é autónomo na prescrição de fármacos, pelo que primeiro o médico terá de prescrever.

Quanto às consultas de esterilidade, esta consulta existia na CE, solicitei à médica ginecologista/obstetra para participar numa consulta, mas não houve abertura da sua parte. No entanto, na UCSP uma das mulheres convocadas para consulta de planeamento familiar e realização de rastreio do cancro do colo do útero, estava a tentar engravidar há três anos sem sucesso, esta fazia a sua vigilância ginecológica em médico ginecologista no setor privado, mas foi possível abordar a fisiologia da fertilidade, a necessidade de manter estilos de vida saudável e esclarecer as suas dúvidas, nomeadamente a possibilidade de tratamento para infertilidade no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A infertilidade foi definida como a incapacidade de alcançar uma gravidez após um ano de relacionamento sexual regular e sem proteção (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2023). Os cuidados de saúde na comunidade são muitas vezes a primeira linha no encaminhamento para cuidados hospitalares de 1ª linha para o estudo e realização de tratamento médicos e cirúrgicos (Associação para o Planeamento da Família, 2012). Por definição esta mulher estava em situação de infertilidade, pretendia ser encaminhada para o SNS e este encaminhamento podia ter acontecido mais cedo, se ela tivesse este conhecimento. Esta situação reforçou a necessidade de EEESMO na comunidade, bem como a importância de empoderar as mulheres a frequentar as consultas de planeamento familiar.

2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal

Foi possível desenvolver esta competência na UCSP, na UCC, na CE e na UMMF.

A CE e a UMMF foram os locais mais privilegiados para desenvolver esta competência. Começando pela consulta, em meio hospitalar, na CE, após a primeira consulta de avaliação para realização da ecografia do 1º trimestre e rastreio bioquímico, a grávida apenas mantinha seguimento hospitalar se apresentasse algum risco – quer por patologia prévia ou concomitante com a gravidez, por alterações fetais ou por questões relacionadas com a mulher, como a idade ou necessidades sociais. A grávida de baixo risco fazia a sua vigilância da gravidez no centro de saúde e próximo da idade gestacional de 37 semanas era novamente encaminhada à CE para a vigilância da gravidez inserida na consulta de gravidez de termo.

Em consultas hospitalares, para além da vigilância da grávida realizei intervenções ao longo de toda a gravidez. Das intervenções autónomas do EEESMO nestas consultas fazia parte a educação para a saúde, realizei ensinamentos sobre as questões fisiológicas da gravidez, os comportamentos que a grávida deve adotar para que a patologia concomitante com a gravidez não afete, ou afete o menos possível, o desenvolvimento fetal. A grande limitação a nível hospitalar foi o tempo de consulta, era necessário agilizar a nossa consulta, devido à exigência da equipa médica para que rapidamente passasse para a consulta médica. Para contornar esta situação, às vezes enviávamos a grávida à consulta médica com indicação para regressar à consulta de enfermagem para falarmos com ela sem limites rígidos de tempo. Mas dependendo do número de consultas, isto pode nem sempre ser possível. Seria importante mais recursos humanos EEESMO para resolver este problema, uma vez que algumas vezes a EEESMO era a responsável pelas utentes de duas consultas médicas.

Nas consultas em que podíamos dedicar mais tempo à área de educação para a saúde a grávida beneficiava e sentia-se à vontade para expor as suas dúvidas. Por exemplo, numa consulta ao realizar ensinamentos sobre amamentação uma grávida disse-me: “olhe enfermeira no meu primeiro filho, como ele não engordava, disseram-me para lhe oferecer suplemento e depois só consegui amamentar até aos 6 meses. Mas eu acho que posso fazer diferente e fiz umas formações sobre amamentação. Acha mesmo que se eu usar bomba vou conseguir amamentar exclusivamente?”. Expliquei-lhe a fisiologia da amamentação e como a bomba a podia ajudar na produção de leite no caso de um bebé

que não mama eficazmente e precisa de ser suplementado, se for possível suplementá-lo com o próprio leite materno é garantida a produção de leite materno que supre as necessidades daquele bebé até ao dia em que este começa a mamar de forma eficaz.

De facto, a principal razão de abandono de aleitamento materno nas primeiras seis semanas pós-parto é a produção insuficiente de leite materno (Morton *et al.*, 2009). Dos motivos apontados por mães de RN de termo saudáveis para extrair leite fazem parte a dificuldade em estabelecer a amamentação e preocupações sobre a quantidade de leite produzida ser suficiente (Fewtrell *et al.*, 2019).

O facto desta grávida ter começado a abordagem com a experiência passada menos positiva após um aconselhamento, que eu associei ter sido fornecido em contexto de cuidados de saúde, permitiu-me refletir que nem sempre o profissional de saúde dá o suporte que a família precisa e que, corretamente, esta grávida procurou a informação em que acreditava. Para isso, considero fundamental a presença de EEESMO e de enfermeiros na comunidade que promovam este apoio à família e garantam mulheres e casais empoderados.

Já em contexto comunitário realizei consultas de vigilância da gravidez de baixo risco. Na UCC realizei uma consulta de saúde materna, com a duração de 2 horas. A pessoa mais interventiva na consulta foi a grávida e sem que lhe fossem feitas perguntas, isto porque ela sabia que iria ser escutada e sentia confiança para expor as suas inquietações. Algo também interessante foi que ao explicar-lhe todos os processos fisiológicos da gravidez e parto, ela própria ao entender verbalizava as suas dúvidas e preocupações. Tive, ainda, oportunidade de participar em duas consultas com esta grávida e, claramente, constatei que o EEESMO assiste uma gravidez de baixo risco tendo a obrigação de a orientar para o médico obstetra sempre que se deteta uma alteração ao processo fisiológico que não está ao nosso alcance resolver. E isso foi feito logo na primeira consulta quando detetámos uma alteração num valor analítico.

Ainda na UCC tive a oportunidade de participar no acompanhamento a uma grávida, cujo feto se encontrava em apresentação pélvica. Para tentar a reversão fetal ensinámos-lhe exercícios que iriam favorecer espaço uterino numa tentativa de o feto virar e adotar uma posição cefálica. Foi mantido um acompanhamento regular, respondendo à sua vontade de querer fazer tudo o que estava ao seu alcance para que o feto adotasse a apresentação cefálica de forma natural. Também participei numa consulta para apoio à elaboração do

plano de parto de uma grávida. E aí pude constatar que, realmente, uma mulher empoderada o que pretende não é um plano de parto rígido, mas antes que a equipa de saúde analise com ela a necessidade de intervenções para que ela no momento, decida se faz sentido aceitá-las ou não. De referir que no início da consulta aquela mulher considerava algumas intervenções como “proibidas” e quando explicado o porquê de elas em determinadas situações serem necessárias disse: “ah, eu posso precisar dessa intervenção. Esta é mais uma para discutir com a equipa que me acompanha no parto.”

Na UCSP tive poucas oportunidades para desenvolver esta competência, no entanto, foi o local onde melhor percebi a importância do EEESMO enquadrado em contexto comunitário, de modo a permitir a continuidade da assistência à mulher grávida. A presença do EEESMO permite uma vigilância mais próxima, enquanto a mulher vai criando uma relação de confiança com a equipa, fundamental na vigilância infantil do bebé que irá nascer. A importância de continuidade de cuidados pela mesma equipa é fundamental para a criação de uma relação de confiança, mas também para a decisão de intervenções adaptadas à grávida/casal, através do conhecimento do cliente ao longo do tempo. Para contornar esta falta de oportunidade, foi-me permitido atualizar o guia de saúde materna, que era entregue a todas as grávidas desta unidade (Apêndice 6).

A nível hospitalar, na UMMF tive oportunidade de prestar cuidados a grávidas em indução do trabalho de parto ou em início de trabalho de parto e a grávidas com patologia concomitante com a gravidez com necessidade de internamento, e ainda a grávidas com ameaça de parto pré-termo.

No internamento, foi sem dúvida fundamental conhecer a história da grávida/casal, criando uma relação de confiança que lhes permitisse verbalizar os seus desejos e os seus receios nesta gravidez. Nas grávidas internadas por motivos de patologia associada, após o estabelecimento de uma relação de confiança facilmente expunham os seus receios. Por outro lado, por estarem tão focadas no problema que motivou o internamento, não havia um estabelecimento concreto dos seus desejos para aquela gravidez, por exemplo, grávidas internadas com ameaça de parto pré-termo o maior desejo era que a gravidez durasse o máximo tempo possível. Na vigilância destas grávidas foi fundamental capacitá-las para a manutenção da gravidez com o máximo de conforto possível.

Nas grávidas em início de trabalho de parto ou indução do trabalho de parto, foi possível, para além da avaliação do bem-estar fetal, abordar estratégias facilitadoras do trabalho de

parto e adoção de medidas não farmacológicas do controlo da dor. No entanto, nem todas estavam motivadas para a adoção destas estratégias e isso também era respeitado.

No BP tive também a oportunidade de desenvolver esta competência pois a organização e dimensão espacial, muitas vezes, permitem o internamento da grávida em início de trabalho de parto ou indução de trabalho de parto já no BP. O que facilitava o envolvimento com a equipa que a irá acompanhar no parto, mas também aumentava as oportunidades de conhecer a grávida / casal e os seus desejos.

Nos diferentes contextos de estágio, foi possível realizar técnicas de avaliação do bem-estar materno-fetal como a realização de manobras de Leopold, auscultação cardíaca fetal e monitorização cardiotocográfica, bem como a avaliação do registo cardiotocográfico.

No que se refere aos cuidados em situação de abortamento, participei em três consultas de saúde reprodutiva na CE. Duas das consultas ocorreram após a reflexão da mulher, estando já tomada a decisão de interrupção medicamentosa da gravidez e uma já para a revisão após interrupção e colocação de método contraceptivo escolhido, o implante contraceptivo.

Na CE a consulta onde o EEESMO tinha mais autonomia era na segunda consulta, para a ingestão medicamentosa e realização de ensinamentos acerca do que esperar no processo de abortamento, motivos para se dirigir à urgência ou recorrer novamente à consulta de saúde reprodutiva e a necessidade de consulta de revisão e importância de contraceção adequada à mulher, bem como do acolhimento das emoções da mulher que vivencia esta experiência.

Seria, também, da competência do EEESMO colocar a contraceção de longa duração, no entanto, e contrariamente ao que é defendido pela MCEESMO da OE, a equipa médica defendeu que colocar esta contraceção era um ato médico e não foi permitido que a EEESMO mesmo com formação realizasse esta intervenção. Do que eu observei, se a EEESMO tivesse oportunidade de assumir esta parte da consulta otimizar-se-iam os tempos de espera desta consulta, o que se revelaria em poupança de recursos para a instituição, mas também para a mulher que muitas vezes tem de esperar pelo médico que está a datar uma gravidez e ao mesmo tempo uma EEESMO disponível para aquele momento da consulta.

Relativamente ao estágio na UMMF prestei cuidados em situações de aborto precoce e interrupção médica da gravidez (IMG), mas também em puérperas em dois momentos – uma morte gestacional às 39 semanas e uma morte intraparto.

Em todas estas situações de luto foi possível conduzir a grávida/casal a um espaço que lhes permitisse manter a sua privacidade para vivenciarem a sua situação de luto. Dando tempo à grávida/casal para verbalizar os seus sentimentos, caso o desejassem ou antes manterem-se em silêncio. Mas sempre adotando uma postura de disponibilidade para tudo o que precisassem. Para além disto, apesar das restrições em vigor à data, foi permitida a presença do acompanhante durante todo o tempo de internamento da puérpera.

O papel do EEESMO na prestação de cuidados a uma mulher/casal a vivenciar uma situação de luto perinatal consiste em: “proporcionar um ambiente seguro e adaptativo através da escuta empática e ativa; respeitar a sua cultura, raça, religião, valores e crenças; informar o casal sobre todas as questões referentes à situação; identificar pais e famílias em risco de desencadarem respostas não adaptativas à perda; ajudar o casal/família a adaptar-se à nova situação, favorecendo a aceitação da perda” (Miranda & Zangão, 2020, p. 5).

Realizei cuidados à mulher / casal após uma IMG e à puérpera / casal que vivenciou uma morte perinatal. Senti mais facilidade em comunicar com a mulher / casal que vivenciaram uma IMG porque nestas situações o casal já tinha um diagnóstico, tinha ponderado, a decisão estava tomada e estavam ali já conscientes que teriam de seguir em frente. Para mim foi muito difícil lidar com a morte fetal às 39 semanas e a morte intraparto. A tutora permitiu-me decidir se queria prestar cuidados ou não. Para mim fazia sentido prestar cuidados, pois teria de criar estratégias para lidar com situações de morte fetal. Assim, cuidei da puérpera / casal durante o internamento e preparei o seu regresso a casa. Senti receio, não estava preparada para falar de um puerpério sem um bebé. Quanto à comunicação, aprendi a escutar tudo o que eles me queiram dizer, esclarecer todas as suas dúvidas, estar presente, ou a dar espaço se fosse esse o desejo, acolher a sua dor e incentivar as suas decisões.

No meio da dor daqueles casais no momento da alta agradeceram. Na preparação da alta podia ter considerado outros aspetos. É importante ter em atenção a saída dos casais da maternidade, como a alta não coincidir com o horário dos casais com filhos, pode-se equacionar oferecer uma flor para que a mulher leve algo nos braços; o luto não termina

na alta, iniciasse realmente com o regresso a casa, o acompanhamento do casal por telefone em momentos marcantes como uma semana, um mês, seis semanas, quatro a seis meses e um ano após lembra os pais que são lembrados e cuidados (Lowdermilk & Perry, 2006)

Também no BP tive oportunidade de assistir a mulher / casal a vivenciar perdas gestacionais, pois a expulsão do feto acontece no serviço de urgência geral e obstétrica (SUGO) ou no BP e ficam algumas horas em vigilância com a equipa do BP. Num dos turnos em que estive presente cuidei de uma grávida de 20 semanas, gesta 4, para 0, com rotura de bolsa amniótica. Tinha de ir fazer ecografia para avaliação e questionei-a se ela queria que a acompanhasse, recebi a resposta que queria e lhe fazia bem não estar sozinha. Disse-me que ela e o marido estavam a enlouquecer com aquela situação, que era um bebé muito desejado e se mexia imenso. Acompanhei-a à ecografia, foi detetado ausência total de líquido amniótico. Acompanhei-a ao quarto informei-a que estaria a tarde toda no serviço, se ela precisasse de alguma coisa podia tocar à campainha que iria ao quarto dela, para o que fosse necessário.

Ainda nesse turno tive oportunidade de estar presente quando a médica responsável lhe explicou o prognóstico do seu caso, na presença do marido, foi informada que a solução mais viável seria a interrupção o mais precoce possível daquela gestação.

Nestas situações cuidei da família, acolhi as suas emoções e esclareci as suas dúvidas. Se voltasse atrás ficaria com a contacto daquela família e falaria com a equipa de cuidados para que a contactassem posteriormente, permitindo que a mulher/casal se sentisse lembrada e cuidada, para saber como estava o seu ajustamento à situação, para saberem que aquela também era uma data importante para a equipa.

Ao longo do estágio tive oportunidade de prestar cuidados a 220 grávidas/casais.

3 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Foi possível desenvolver esta competência do BP, mas também na UMMF, uma vez que nesta unidade ficavam internadas grávidas em início de trabalho de parto.

Para desenvolver competências relacionadas com a mulher durante o trabalho de parto delinee ações para atingir esse objetivo. A primeira etapa foi sem dúvida conhecer a grávida e os seus desejos para esta fase. Refiro-me apenas à grávida porque, face às medidas, ainda restritivas, da pandemia covid19 numa fase inicial conhecia a grávida e

apenas, posteriormente, conhecia o/a acompanhante, após resultado não detetado para covid19 deste. Assim, apenas conheci o acompanhante numa fase mais próxima do período expulsivo, numa altura que, à partida, já teria de conhecer bem os desejos da grávida. A ausência de acompanhante foi vivenciado como algo negativo pelas grávidas que se prepararam para um trabalho de parto acompanhadas pela sua pessoa de referência, para além de terem visto o seu direito a acompanhante não reconhecido como previsto na Lei nº15/2014 de 21 de março.

Percebi que para conhecer a grávida era fundamental o momento do acolhimento, em privacidade, onde lhe dava a conhecer não só as dinâmicas do serviço, mas também explorava os seus desejos para o momento do parto, possibilitando que a grávida / casal verbalize as suas expetativas para este parto. E para que a grávida se possa exprimir é fundamental um ambiente privado, o que se conseguia no BP porque as salas de parto eram quartos individuais.

De modo a conhecer os desejos da grávida/casal questionava-a se tinha plano de parto. Caso existisse um plano de parto tinha um documento com os seus desejos e expetativas para o momento do nascimento. E reforçava a importância da comunicação com toda a equipa quando sentisse alguma dúvida em qualquer altura do processo de trabalho de parto. Não existindo um documento escrito fazia-me sentido dizer o seguinte: “tem certamente expetativas para o seu parto, informe-nos sempre dos seus desejos para no máximo possível atingir as suas expetativas e ter uma experiência positiva”.

No BP o maior foco centra-se no trabalho de parto da mulher/casal grávida. Assim, convém ter presente que “o trabalho de parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior”. O trabalho de parto divide-se em 4 estádios: apagamento ou extinção e dilatação do colo; período expulsivo; dequitação e puerpério imediato (Néné, et al., 2016, p.308). No BP, tive a oportunidade de cuidar da grávida / puérpera / casal em todos os estádios do trabalho de parto, bem como do feto / recém-nascido.

No primeiro estágio temos a presença de contrações uterinas regulares e dolorosas cujo objetivo é atingir a dilatação completa do colo. A apresentação fetal vai descendo ao longo do canal de parto, sendo que o maior grau de descida acontece mais próximo da dilatação completa (Néné, et al., 2016, p.308). Posto isto, é fundamental auxiliar a grávida

não só no alívio da dor, para promover o seu conforto, mas também a adoção de estratégias que facilitem a progressão da apresentação.

Sabemos que as posições verticais (cócoras, ajoelhada, de pé, sentada e de gatas) facilitam o trabalho de parto. Entre os vários motivos facilitadores, importa nomear que: as contrações uterinas em posição verticais são mais eficientes, uma vez que são menos frequentes, mas mais intensas, devido à melhor circulação uterina. Também no que respeita à progressão fetal, a gravidade auxilia favorecendo o seu encaixe e a sua descida. Já relativamente à dor, ocorre a sua diminuição por aumento do fluxo sanguíneo uterino (Nené, et al., 2016, p, 335).

Assim, sempre que estavam reunidas as condições clínicas, incentivava a grávida a deambular e a utilizar a bola de pilates. É importante acrescentar que em casos de necessidade de monitorização cardiotocográfica contínua, as grávidas eram igualmente incentivadas a uma mobilidade vertical, dentro dos limites do equipamento de cardiotocografia. Ainda que incentivadas e após explicação dos benefícios da adoção de posições verticais, algumas mulheres não aderiam a estas medidas de alívio de dor ou não queriam movimentar-se e tal era respeitado.

A maioria das grávidas optava por medidas de alívio de dor farmacológica – a analgesia epidural. A analgesia epidural que era prescrita pela maioria dos anestesistas pressupunha uma perfusão contínua o que implicava que a grávida ficasse no leito. Nestas, sempre que possível, optávamos por colocar a mulher numa posição sentada no leito, usufruindo da ajuda da gravidade para a progressão fetal.

Uma minoria de anestesistas prescrevia a terapêutica para administração via epidural por bólus, o que permitia à grávida a sua mobilidade fora do leito, desde que acompanhada. No entanto, das poucas vezes que presenciei a administração de analgesia epidural por bólus, apenas uma grávida mostrou vontade de usufruir de posições verticais fora do leito. Tal permitiu-me concluir que a problemática não reside na terapêutica epidural, mas antes nos conhecimentos e motivações das mulheres.

Assim, é fundamental um trabalho na assistência pré-natal de transmissão de conhecimento e motivação para estas estratégias, não só de alívio de dor, mas também da progressão fetal. Creio que este trabalho tem vindo a ser feito, pois no outro extremo tínhamos grávidas que me diziam que achavam que não queriam analgesia epidural, mas

ainda não tinham a certeza e estas mulheres eram as que aderiam ao livre movimento e uso da bola de pilates. No meu diálogo com estas grávidas informava-as que não lhes iria sugerir a técnica de analgesia epidural para alívio da dor e que aguardava que elas a pedissem, se assim o entendessem.

Ao longo do trabalho de parto era necessário ir avaliando desvios ao processo fisiológico para o mais rápido possível retomar à normalidade, fosse por algum mau estar da grávida, fosse por diminuição da variabilidade da frequência cardíaca fetal (FCF) ou por desaceleração da FCF, aqui tentava sempre avaliar o fenómeno e pedir ajuda caso não me fosse possível reverter a situação para o processo fisiológico.

No BP tive a oportunidade de avaliar o bem-estar materno fetal através de RCT e realizar técnicas como: manobras de Leopold, auscultação cardíaca fetal, monitorização cardiotocográfica, toque vaginal e amniotomia. A realização destas técnicas sempre com o consentimento livre e informado da mulher grávida.

Senti uma evolução na realização destas técnicas. No início no toque vaginal pouco conseguia perceber e à medida que o tempo foi avançado já conseguia identificar a dilatação com segurança, perceber a variabilidade e avaliar as dimensões da bacia face ao pólo fetal, podendo prever a progressão fetal ao longo do canal de parto em segurança. Em relação à amniotomia, nas primeiras semanas não conseguia realizar a técnica de rutura artificial da bolsa amniótica e à medida que fui percebendo as estruturas e fui sentindo confiança tornou-se mais fácil. Esta técnica foi realizada quando o registo cardiotocográfico era suspeito, havendo a necessidade de conhecer o ambiente físico do feto, a presença de líquido amniótico com presença de mecónio está associada ao aumento do risco de morte intraparto, morte neonatal e morbidade neonatal (Nené, et al., 2016, p.390). Antes de realizar esta técnica foi sempre explicado à grávida a situação, sendo realizado após o seu consentimento informado, livre e esclarecido.

O segundo estágio do trabalho de parto inicia-se quando a dilatação está completa e termina após a expulsão fetal (Nené, et al., 2016, p.310). Verificava o início deste estágio quando verificava a extinção do colo em toque vaginal. Nesse caso, se a grávida tivesse vontade de fazer esforços expulsivos recordava-a ou ensinava-a, explicando-lhe que podia inspirar, fazer força contínua com o queixo ao peito e podendo olhar para baixo como se quisesse ver o bebé para direccionar bem a força para baixo (Nené, et al., 2016).

Podíamos também negociar a posição em que “puxava” (lateralizada ou semi-sentada), mas a grande maioria não tinha idealizado nenhuma posição em concreto.

Após a expulsão fetal, sempre que estavam reunidas as condições clínicas, nomeadamente recém-nascido a respirar, era realizado a clampagem tardia do cordão umbilical. No corte do cordão umbilical tentava sempre incluir o pai questionando o casal se era o pai que cortava o cordão umbilical, o corte do cordão umbilical era feito pela pessoa que o casal definiu, alguns casais escolheram que o momento fosse da mãe, outros nenhum dos elementos do casal queria realizar o corte e, apenas nestes casos, era eu a cortar.

Um dos receios que tinha associado a este estágio era a episiotomia, não pela dificuldade da técnica, mas pelo medo de ainda poder ser uma técnica rotineira e ainda feita sem autorização da mulher (como ouvi muitas mulheres referirem nos estágios anteriores). A evidência tem mostrado que episiotomias de rotina são ineficazes ou mesmo prejudiciais, pois pode agravar a dor no pós-parto, as perdas sanguíneas, o risco de infeção e levar a lacerações de terceiro e quarto grau (Lowdermilk & Perry, 2006, p. 469). O uso rotineiro de episiotomia não é recomendado; para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo, as técnicas recomendadas são a massagem perineal, a aplicação de compressas mornas no períneo e proteção do períneo com as mãos (OMS, 2018). A maioria das EEESMO do BP estão empenhadas em reduzir o número de episiotomias, uma das tutoras defendia o uso rotineiro de episiotomia de rotina informei-a que não concordava com base nas recomendações da OMS para uma experiência de parto positivo (2018) e esta disse-me que eu com a experiência ia perceber, por este motivo sempre privilegiei a distribuição das horas de estágio pelas outras duas tutoras. Realizei episiotomia em poucos partos, maioritariamente por necessidade de abreviatura do nascimento por suspeita de hipoxia fetal, mas em dois partos fui coagida a fazê-lo com o argumento que iria lacerar. A DGS (2023) recomenda a realização de episiotomia médio-lateral seletiva e apenas em situações de necessidade de abreviatura do nascimento por suspeita de hipóxia fetal, quando existem sinais da iminência de uma laceração perineal, ou quando a laceração perineal já se está a iniciar. Sempre que realizei esta técnica informei previamente a mulher do motivo para a realizar e só após esta consentir a realizei, mesmo quando a técnica foi decidida sob coação solicitei o consentimento da mulher e aguardei por ele.

Tive oportunidade de realizar episiorrafias de 1º e 2º grau nos vários partos realizados. Num dos partos o recém-nascido (RN) ao nascer, por precedência da mão, lacerou o clitóris, na avaliação com a EEESMO que me estava a supervisionar tivemos dúvidas e pedimos a avaliação médica, a obstetra avaliou, algaliou a mulher, suturou e deu indicação para esta se manter algaliada pois tinha dúvidas se haveria lesão uretral. No internamento não se verificaram quaisquer intercorrências aquando da remoção do cateter urinário e a puérpera e o recém-nascido tiveram alta no tempo previsto.

O terceiro estágio do trabalho de parto é a dequitação, que consiste no período entre a expulsão do feto até à expulsão da placenta (Nené, et al., 2016, p. 310). Aguardava sempre por uma expulsão espontânea da placenta e posteriormente avaliava as suas estruturas, assegurando assim que se encontrava completa, sem a ausência de cotilédones e com a presença de membranas completas. Após a sua expulsão questionava também o casal se pretendiam ver a placenta e em caso afirmativo explicava também as suas estruturas e o seu funcionamento.

Ao longo do estágio deparei-me com casais que estavam pela primeira vez no BP e não sabiam o que esperar, também era perceptível que nos cuidados de saúde primários ou nos cursos de preparação para o parto, externos ao hospital onde estava inserido este BP, não são conhecidas as práticas clínicas do BP. Surgiu, então, a oportunidade de participar na criação de um projeto cujo objetivo era dar visibilidade e divulgar as práticas clínicas realizadas no BP. Com este projeto pretendia-se que os cuidados de saúde primários e os cursos de preparação para o parto pudessem informar o casal da realidade deste BP e que a sua escolha por esta maternidade fosse por se identificarem com a realidade das práticas clínicas e não apenas pela localização geográfica. Também se pretendia que as expectativas do casal, para um momento tão importante como o nascimento de um filho, estivessem adequadas à realidade deste BP e que estes fizessem uma escolha livre e informada. Após a criação deste projeto (Apêndice II), as informações passaram também a constar no site da instituição.

Neste estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a 124 parturientes. Destas, realizei 36 partos e colaborei ativamente em 22 partos.

4 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Competência desenvolvida no BP e numa unidade de internamento de puérperas numa maternidade da região centro.

Prestei cuidados a puérperas no BP e numa unidade de internamento de puérperas. No BP onde realizei o estágio, a puérpera apenas era transferida para o internamento de puérperas após o termo do trabalho de parto – o puerpério imediato, ou seja, após as duas primeiras horas após o parto (Nené, et al., 2016, p. 308).

Para avaliar a transição da grávida para o puerpério avaliei as perdas hemáticas, a formação do globo de segurança de Pinard e ainda o seu estado hemodinâmico através da avaliação de sinais vitais.

Após a dequitação era administrada ocitocina de modo a prevenir hemorragia pós-parto, conforme a recomendação da OMS (2018). Descia a cabeceira para plano raso, que até então esteve elevada, prevenindo a hipotensão, que apresenta risco aumentado pelas perdas hemorrágicas que ocorrem no momento do parto.

Ainda com estes cuidados, numa puérpera com hemorragia pós-parto, para determinar a causa palpei o fundo uterino para vigiar o estado de contratilidade uterina, não estando bem contraído, após explicar a situação à mulher e este dar o seu consentido informado, livre e esclarecido foi realizada massagem externa através da parede uterina (Sequeira, Pousa & Amaral, 2020), que resolveu a situação.

Nos casos em que foram detetadas alterações e fosse previsível administração de medicação endovenosa decidia a manutenção de cateter endovenoso durante mais tempo. Importa referir que a instituição onde se inseria o BP defendia que a puérpera cuidava mais facilmente do recém-nascido sem cateter venoso periférico, assim preconizava-se que esta fosse transferida para o internamento de puérperas já sem acesso endovenoso. Assim, explicava à puérpera a necessidade de se manter puncionada com acesso venoso periférico e após consentimento livre e informado mantinha-o.

Na prestação de cuidados à puérpera / casal e RN foi possível a realização de educação para a saúde através da transmissão de conhecimentos e validação de conhecimentos pré-existentes sobre puerpério ou cuidados ao RN, tais como involução uterina e sobre processo normal de perda dos lóquios e também sobre a amamentação.

Sempre que estavam reunidas as condições clínicas quer da mãe quer do RN incentivei a amamentação na primeira hora de vida. Ao atuar para proteger a amamentação na primeira hora de vida cumpria o objetivo da instituição, de os RN mamarem na primeira hora de vida. Este objetivo encontrava-se em linha com a OMS (2018) que recomenda o início de amamentação o mais precoce possível. Nem todas as mulheres queriam amamentar e essa decisão era respeitada, assim antes de incentivar ou apoiar a amamentação questionava sempre a mulher se pretendia amamentar.

No internamento de puérperas foi possível prestar cuidados à puérpera e avaliar o processo fisiológico do puerpério, nomeadamente através da avaliação da involução uterina e avaliação dos lóquios, incluindo puérperas no puerpério imediato, uma vez que a transferência do bloco de partos para o internamento de puérperas naquela maternidade ocorria dentro das duas primeiras horas após o parto.

Nos cuidados prestados à grávida / casal foram avaliados o puerpério e a transição do casal para a parentalidade, foi realizada educação para a saúde, empoderando-os com conhecimentos acerca das alterações fisiológicas do puerpério, bem como esclarecidas as dúvidas da grávida / casal. E, ainda, apoiar a amamentação, sempre tendo em conta o desejo daquela mulher no que se refere a amamentação / aleitamento.

Prestei cuidados ao RN no BP e no internamento de puérperas. No BP avaliei o recém-nascido logo após o nascimento para assegurar os cuidados necessários. Se este se encontrava a adaptar-se bem à vida extrauterina, então esperava que o cordão parasse de pulsar para depois clampar, mantendo-o em contacto pele a pele com a mãe.

Em partos instrumentados, o recém-nascido era avaliado pelo pediatra e então depois se a mãe o desejasse e estivessem reunidas condições era colocado pele a pele.

Nos partos instrumentados e em cesarianas tive oportunidade de pesar o recém-nascido, administrar vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica do RN, vesti-lo, identificá-lo e colocar a pulseira anti raptos. Ao realizar os cuidados ao recém-nascido, tentei sempre envolver o pai, convidando-o a ficar junto ao recém-nascido e explicando-lhe todos os procedimentos, posicionando-nos de modo que a mãe, a partir da maca de parto, visualizasse estes cuidados.

Tive oportunidade de realizar cuidados a RN filhos de mães com diabetes gestacional ou que fossem grandes ou pequenos para a idade gestacional, havendo a necessidade de avaliação da glicemia capilar na segunda hora de vida.

Em nenhum dos partos realizados ou colaborados foram necessárias manobras de reanimação do RN, mas tive oportunidade de preparar o material junto do reanimador para a eventualidade de ser necessário intervir.

No internamento de puérperas tive oportunidade de avaliar o bem-estar do RN, bem como promover a vinculação entre a mãe e RN e também do pai durante o horário da visita. Pude realizar intervenções como pesar o RN, administração da vacina contra hepatite B e realização do rastreio de cardiopatias congénitas. Tive ainda oportunidade de avaliar a amamentação e ajudar a puérpera e o RN no processo da amamentação.

De modo a avaliar a adaptação à parentalidade da puérpera bem como validar e confirmar a eficácia dos cuidados ao RN e o papel parental, estive presente nos momentos de amamentação, mudança da fralda, cuidados de higiene, transporte no sistema de retenção do RN, este no momento da alta, de modo a validar os seus conhecimentos, bem como esclarecer eventuais dúvidas.

Este estágio foi realizado em período de restrições face à pandemia covid-19, que previam restrições no acompanhamento da puérpera / RN, o acompanhante / pai apenas podia estar presente uma hora o que dificultou a avaliação da transição para a parentalidade do pai. Mais grave, estas restrições podiam dificultar a transição para a parentalidade e no internamento de puérperas eram de difícil diagnóstico e difícil atuação face ao tempo que o pai estava presente.

No estágio de internamento de puérperas e RN senti que faltava seguimento no pós-natal, após a alta para o domicílio, ainda que a equipa tivesse o cuidado de disponibilizar um contacto telefónico quando identificava puérperas que iriam necessitar de mais apoio. Eu considerei que o contacto deveria ser fornecido a todas, pois até no casal mais seguro podem surgir dúvidas que geram ansiedade e podem ser facilmente esclarecidas numa chamada telefónica. Para além disto, pareceu-me importante contactar os casais no primeiro dia após alta para perceber como foi o regresso a casa, como se sentem e se agora com esta distância já têm dúvidas. Por isso, desenvolvi uma proposta de procedimento para colmatar esta situação (Apêndice III).

Durante o estágio prestei cuidados a 113 puérperas e a 153 recém-nascidos.

5 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período climatério

Foi possível desenvolver esta competência na UCSP. As oportunidades para desenvolver esta competência foram poucas, apenas estive presente em cinco consultas individuais à mulher a vivenciar o período do climatério.

O climatério é uma fase do ciclo de vida da mulher que consiste na transição entre o pleno potencial reprodutivo e a incapacidade reprodutiva, neste período ocorre um declínio progressivo da função ovárica. Compreende a fases pré, peri e pós-menopausa. A menopausa diagnostica-se após um ano sem menstruação e resulta da falência ovárica definitiva. Este período está associado frequentemente à “síndrome climatérica” que consiste num conjunto de sinais e sintomas, entre os mais comuns estão as irregularidades menstruais, afrontamentos, suores noturnos ou alterações de humor. O diagnóstico desta fase da vida da mulher nunca é feita através dos sinais e sintomas, mas antes pela ausência de menstruação durante um ano (Serrão, 2008; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

As alterações hormonais desta fase podem manifestar-se em alterações físicas e psicológicas. As irregularidades menstruais podem iniciar-se até 8 anos antes do diagnóstico da menopausa, inicialmente com a presença de ciclos curtos e mais tarde com um tendencial aumento da duração do ciclo até à amenorreia. Os sintomas vasomotores, os afrontamentos e suores frios, afetam 70% das mulheres, os fatores de risco para estes sintomas incluem, entre outros, a obesidade, a depressão, o tabagismo e o stress. Podem ocorrer alterações cognitivas e de humor, com dificuldade na concentração e com diminuição da memória verbal e fluência verbal, o risco de depressão aumenta. As perturbações do sono são comuns sendo comum a insónia inicial e despertares noturnos. Neste período ocorrem perturbações genitourinárias devido à diminuição dos estrogénios que potencia alterações vaginais como ardor, secura e irritação, podendo afetar a vida sexual por dispareunia e diminuição do desejo sexual; as alterações urinárias incluem urgência urinária e infeções urinárias de repetição. Ocorrem, também, alterações cutâneas pela diminuição de colagénio tecidual que vai influenciar a espessura e a elasticidade da pele. Após a menopausa aumenta o risco de doença cardiovascular e metabólica, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, arteriosclerose e cardiopatia isquémica. Nesta fase ocorre diminuição da densidade média óssea favorecendo o aparecimento de

osteoporose, sendo fundamental um controlo do peso, suspensão de hábitos tabágicos e a realização de exercício físico de baixo impacto (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Nas consultas a mulheres nesta fase do seu ciclo de vida foram abordadas as alterações da menopausa e os sinais e sintomas que podiam ocorrer nesta fase do ciclo de vida. Nenhuma destas mulheres considerava que o que sentia afetava a sua vida e consideravam que sentiam o que era expectável para a sua idade. Em todas as situações foi reforçada a importância de manter estilos de vida saudável, como uma alimentação equilibrada, controlo do peso e a realização de exercício físico - como caminhadas - na prevenção do aparecimento de doença cardiovascular, bem como a manutenção da sua vigilância de saúde.

6 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Competência desenvolvida na UCSP. O estágio, como já referido, ocorreu num período de restrições e em que o foco dos cuidados de saúde era a vigilância dos doentes com covid-19 e a vacinação. No início do estágio não se perspetivavam consultas de saúde da mulher.

Para ultrapassar esta dificuldade, era necessário criar oportunidade de aprendizagem. Assim, propus-me a identificar, pelo menos 5% das mulheres, com indicação para realizar a repetição de rastreio de cancro do colo do útero, através do programa *Siimas Rastreio*, no ano 2021, associadas ao ficheiro de utentes atribuídos à enfermeira tutora.

O programa de rastreio do cancro do colo do útero é dirigido a todas as mulheres entre os 25 anos e os 60 anos, excluindo-se definitivamente as mulheres histerectomizadas total ou com diagnóstico de cancro do colo do útero, são ainda excluídas temporariamente as mulheres com sinais ou sintomas ginecológicos (Despacho nº 8254/2017 do Ministério da Saúde).

Contatar estas mulheres para realização de colpocitologia permitiu-me dar resposta a outras competências como a realização de consultas de planeamento familiar, menopausa e saúde da mulher, além da realização do rastreio do cancro do colo do útero.

Assim, consultei no programa *Siimas Rastreio* as mulheres elegíveis para realizar colpocitologia no ano 2021, verificou-se que eram 300 mulheres. Como dar resposta a

300 mulheres não seria possível, houve necessidade de priorizar. Assim, foram selecionadas trinta mulheres que tinham indicação para repetir colpocitologia. Das várias indicações para a repetição constavam: insuficiência de células na zona de transformação, presença de inflamação ou antecedentes de citologia positiva. Identificadas as mulheres a contactar procedeu-se ao contacto telefónico para validar que ainda não tinham repetido a colpocitologia e para a respetiva marcação. Das mulheres que atenderam a chamada apenas duas já tinham realizado exame com o seu médico assistente, uma delas no mês anterior referiu que tinha tentado marcar consulta de planeamento familiar e foi recusada consulta. Foi possível marcar quinze consultas para realizar colpocitologia, quatro acabaram por ser desmarcadas por necessidade de alteração do dia por motivos resultantes do funcionante da unidade. No entanto, num dos dias uma mulher foi ao centro de saúde para realizar um outro tratamento, com o seu consentimento aproveitámos a sua presença para verificar se se encontrava elegível para repetir colpocitologia e como era o caso, realizou-se o exame. Assim, foi possível realizar doze colpocitologias. Da análise dos resultados do exame detetou-se dois HPV de alto risco e um HPV de baixo risco.

Percebi com estes resultados que quando o EEESMO assume a sua competência de cuidar da mulher no seu processo de saúde/doença ginecológica, as mulheres têm ganhos em saúde na medida que se responde às suas necessidades. É importante acrescentar que faz parte das competências específicas do EEESMO diagnosticar e monitorizar o risco da mulher para desenvolver afeções genito-urinárias. E, ainda que, colpocitologia não seja uma intervenção especificada no regulamento das competências (porque não estão especificadas intervenções), o MCEESMO da OE considera esta intervenção como integrante das competências dos EEESMO. Como qualquer intervenção requer formação e prática, por pouca experiência é normal que alguns EEESMO sintam receio em realizá-la, há assim uma necessidade de formação constante que, idealmente, devia ser apoiada pelas direções institucionais, de modo a atingir ganhos em saúde das mulheres (Parecer nº 08/2008 da MCEESMO da OE).

Nos contactos com as várias mulheres, muitas referiam que entendiam a importância de realizar o exame (ainda que não gostassem de o fazer), outras não percebiam porque tinham de o fazer, nomeadamente mulheres que se encontravam na menopausa. Às mulheres que não entendiam a importância do exame explicava a sua importância na vigilância da saúde e na deteção da infeção e a forma de contágio do HPV. Tal, evidenciou-me a importância de empoderar as mulheres, o que foi feito nas várias

consultas. Para responder à falta de informação das mulheres foi também construído material de leitura (Apêndice IV e Apêndice V).

Em todas estas consultas, para além da colpocitologia explicava como seria o processo pós colheita, em que situações é que a mulher seria contactada e reforçava a importância da participação da mulher na manutenção dos seus processos saúde/doença ginecológica. Nestas consultas validava, também, os conhecimentos das mulheres sobre a palpação mamária como forma de deteção de alterações da mama e posterior diagnóstico precoce do cancro da mama e sobre a importância do rastreio do cancro da mama e, quando necessário, era realizada educação para a saúde relacionada com este tema.

Ainda no que se refere aos processos de doença ginecológica. Na consulta externa tive oportunidade de observar uma consulta médica para conização a uma mulher a quem foi detetado HPV de alto risco. Ainda tive oportunidade de observar duas consultas médicas de ginecologia urológica a mulheres com prolapso de órgãos pélvicos. Na primeira o prolapso da bexiga não lhe causava desconforto e manteve vigilância. Na segunda, também com prolapso da bexiga já sentia desconforto no deambular e por esse motivo em conjunto com o médico decidiram que era necessário tratamento cirúrgico.

Todas estas atividades ajudaram-me a compreender o papel autónomo do EEESMO nos processos de saúde/doença ginecológica, o EEESMO ter um papel fundamental na adesão das mulheres aos programas de rastreio de doenças ginecológicas, bem como, no empoderamento da mulher para a prevenção de problemas ginecológicos ou identificação destes o mais precocemente possível. Por exemplo, convocar mulheres para consultas de mulher no âmbito do rastreio do cancro do colo do útero, pode ser um importante momento de educação para a saúde.

7 – Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade –

Foi possível desenvolver esta competência com um grupo de grávidas na preparação para o parto e parentalidade na UCC.

A participação nas sessões de preparação para o parto foi muito importante, pois eram realizadas em grupo pequenos de cerca de dez grávidas/casais, o que promovia a interação e partilha de experiências. As sessões estavam a decorrer em formato on-line e ainda assim era possível ter componente teórica e prática. Estas sessões consistiam no empoderamento das grávidas, através da transmissão de conhecimento baseado em

evidência científica, para que pudessem fazer as suas escolhas durante a gravidez, parto e pós-parto de modo a promover comportamentos saudáveis. Para além disto, nestas sessões havia oportunidade de na componente prática, ainda que à distância, guiá-las pelos movimentos do seu corpo para que melhor conhecessem a sua bacia, bem como posições de conforto para repouso durante o trabalho de parto, mas também para lhes possibilitar uma participação ativa no parto que é da grávida e do feto. Esta afirmação de possibilitar a participação da grávida no seu trabalho de parto pode ser surpreendente e contraditória, uma vez que o parto foi e sempre será da mulher, mas deve ser enquadrada numa região que tradicionalmente tem um historial interventivo durante o parto. Esta componente prática era sempre validada através de questionamento do que as grávidas sentiram ao realizar os diferentes exercícios.

O que observei com todo o conhecimento que foi transmitido às grávidas, nomeadamente explicando-lhe o que é um parto fisiológico e qual o motivo da dor no trabalho de parto, foi que grávidas empoderadas pretendem partos fisiológicos. Um parto fisiológico, com os seus recursos intrínsecos para controlar a sua dor, mas com conhecimento de que se quiserem podem recorrer a controlo farmacológico, tendo o conhecimento prévio que para a maioria delas não haverá opção a “*walking epidural*” e o que isso implica. Sabendo que a opção de controlo de dor por analgesia epidural é segura, no entanto, pode ou não comprometer o trabalho de parto, dependendo de mulher para mulher.

Sem dúvida que as minhas aprendizagens enquanto futura EE foram potenciadas pelo grupo de grávidas. Um grupo muito participativo, que se interessava pela vivência mais fisiológica da gravidez e do parto. O que me levou a aprofundar conhecimentos para alcançar o mesmo grau de excelência. O que me levou a concluir que precisamos de corresponder às expectativas das necessidades da mulher e que me fez sentir que se empoderarmos mulheres e elas solicitarem as medidas para dar resposta aos seus desejos de vivenciar a sua gravidez, parto e pós-parto de forma fisiológica elas irão então solicitar estratégias específicas na vivência do seu trabalho de parto, podendo aos poucos iniciar a mudança nos contextos mais interventivos. Ter trabalhado com estas mulheres numa fase inicial do estágio fez-me refletir ainda mais sobre a importância de conhecer os desejos da mulher inserida na família, para que o EEESMO seja um recurso que, de facto, responda às necessidades da mulher, grávida, casal e RN.

Em síntese, o ano de estágio do CMESMO foi fundamental para a aquisição e consolidação das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESMO. O estágio permitiu-me aprender e refletir sobre as várias competências o que possibilitou a consolidação dos conhecimentos teóricos transpondo-os para a prática clínica. Adquiri e desenvolvi conhecimentos sobre gravidez, parto, pós-parto, aleitamento materno, cuidados ao RN, mas também foi muito importante todas as aprendizagens nas áreas do climatério, nas situações de saúde/doença ginecológicas e na área de saúde sexual e reprodutiva.

A realização de estágios em contexto pandémico não foi facilitadora das aprendizagens, no entanto possibilitou que nos reinventássemos, nomeadamente no contexto da comunidade, que ao ter de criar momentos de aprendizagem possibilitou o regresso de mulheres aos cuidados de saúde e criou importantes momentos de aprendizagem de diferentes áreas de competência. Já no bloco de partos e internamentos de medicina materno-fetal e puerpério, a limitação do acompanhamento do pai limitou as intervenções que os ajudariam na transição para a parentalidade, no entanto, reforçou a importância da presença do acompanhante para mãe e RN em todos os momentos.

PARTE 2 – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: RENTABILIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE – OBSTÁCULOS, FORÇAS E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A investigação em enfermagem estimula a reflexão e capacidade de análise crítica com vista ao seu desenvolvimento, mas para isso é necessário refletir sobre o que se faz e questionar modelos e práticas profissionais. A investigação é fundamental para o desenvolvimento da profissão e tomadas de decisões adequadas às necessidades dos utentes, para o fortalecimento ao nível do saber e da ciência e para fundamentar a sua prática, contribuindo para a visibilidade social (Martins, 2008).

Segundo (Fortin, 1999), a investigação é essencial para definir uma base científica que orienta a prática dos cuidados. A mesma autora refere ainda que a investigação em enfermagem é uma obrigação de todos os enfermeiros de modo a desenvolver conhecimento e utilizar os resultados da investigação na prática.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O papel do EEESMO na comunidade, inserido na equipa multidisciplinar, é essencial, pois a sua formação, torna-o no profissional de saúde melhor preparado para o desenvolvimento de atividades de educação para a saúde, fundamentais para que grávidas e as suas famílias vivenciem esta fase da vida de forma mais tranquila (Martins & Remoaldo, 2014).

As mulheres em idade fértil são o grupo que mais beneficia dos cuidados do EEESMO. A procura destes profissionais de saúde por estas mulheres está provavelmente relacionada com a vinculação que se cria com estas no período pré-natal e parto. Para as mulheres jovens a promoção de saúde é essencial, pois as escolhas feitas nos primeiros anos em idade fértil irão afetar toda a sua vida (Mclean, 2001).

Em Espanha, um estudo realizado por Rodríguez Nuñez, Nieto-Tirado, Falguera Puig, Martínez-Juan, & Rebollo-Garriga, (2018) mostrou que o profissional de saúde a que as

mulheres mais recorreriam para esclarecer dúvidas relativas ao período pré concecional eram as “*matronas*”, que em Portugal se designam como EEESMO.

Apesar da existência de regulamentação específica para a prática do EEESMO, há carência de estudos que mostrem qual o real papel do EEESMO em Portugal em contexto comunitário, o que motivou este estudo, pois é importante perceber se os EEESMO a trabalhar na comunidade tem condições para cuidar a mulher inserida na família e comunidade em todas as fases do seu ciclo de vida, nos seus processos de saúde-doença.

2.1 – ORIENTAÇÕES INTERNACIONAIS PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A *International Confederation of Midwives* (ICM) é uma organização não governamental que representa as *midwives*, com o objetivo de alcançar objetivos comuns nos cuidados a mães e recém-nascidos. A ICM apoia, representa e trabalha no fortalecimento das associações profissionais de *midwives* (ICM, 2023).

A ICM (2019) divide as competências dos EEESMO em 4 categorias: 1- competências gerais; 2 - competências específicas para os cuidados pré-natais e cuidados pré-concepcionais; 3 - competências específicas para os cuidados durante o parto e nascimento; 4 - competências específicas para os cuidados contínuos à mulher e recém-nascidos.

As competências gerais estão relacionadas com a autonomia e responsabilidade do EEESMO enquanto profissional de saúde e as relações com as mulheres e outros profissionais de saúde e, ainda, as atividades de cuidados da área de obstetrícia. As competências gerais aplicam as outras três categorias e ainda abrangem áreas como a defesa dos direitos humanos no momento do parto, adesão às leis jurídicas, a atenção pela saúde da mulher e o cuidado da mulher vítima de abuso e violência sexual (ICM, 2019).

As competências específicas para os cuidados pré-natais e cuidados pré-concepcionais são os que estão relacionados com a avaliação da saúde da mulher e do feto, a sua promoção de saúde e bem-estar, a deteção precoce de complicações durante a gravidez e o atendimento à mulher com gravidez inesperada (ICM, 2019).

Das competências para os cuidados durante o parto e nascimento fazem parte a avaliação da mulher durante o parto, bem como os cuidados que facilitam os processos fisiológicos,

o parto seguro, os cuidados imediatos ao recém-nascido e a detecção de complicações maternas ou no bebê, assim como cuidados de emergência e encaminhamentos necessários (ICM, 2019).

Nas competências específicas para os cuidados contínuos à mulher e recém-nascido insere-se a avaliação da saúde da mãe e do bebê, educação em saúde, apoio à amamentação, detecção de complicações, estabilização e encaminhamento de emergências e serviços de planejamento familiar (ICM, 2019, p. 20).

As várias competências do EEESMO devem ainda ter como base os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), (2018) dois deles são dedicados à área da saúde e à igualdade de gênero, nomeadamente o objetivo 3 – Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades e o objetivo 5 – Alcançar a igualdade de gênero para todas as mulheres e raparigas.

Em termos mundiais ainda é uma realidade o desfavorecimento de mulheres e crianças em relação à restante população. Por este motivo e tendo como foco as mulheres, crianças e adolescentes foi definida a “Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030)”, também esta tendo por base os ODS. Nesta estão patentes três grandes objetivos: sobreviver (acabando com as mortes evitáveis), prosperar (assegurando a saúde e o bem-estar) e transformar (ampliando os ambientes propícios) (ONU, 2016).

No que se refere ao ODS 3 – Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, o EEESMO deve ter um papel ativo em quatro das metas para este objetivo até 2030: desenvolver e aplicar ações para redução da taxa de mortalidade materna; desenvolver e aplicar ações para acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos; desenvolver e aplicar ações para acabar com as epidemias de VIH/SIDA e colaborar para o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (ONU, 2018).

Relativamente ao ODS 5 – Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e raparigas, considera-se que o EEESMO deve assumir o seu papel nomeadamente na educação e empoderamento feminino para assim contribuir para: acabar com todas as formas de discriminação contra mulheres e crianças; eliminar a violência de gênero; eliminar práticas nocivas (casamentos prematuros ou forçados envolvendo as crianças e

a mutilação genital feminina); o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos; promover a emancipação das mulheres e promover a igualdade de género (ONU, 2018, p. 10-11).

Os ODS pressupõem ainda uma cobertura universal de saúde, ou seja, o acesso a serviços de saúde a todas as pessoas e comunidades, sem que para isso fiquem sujeitos a dificuldades financeiras, incluindo serviços de saúde essenciais e com qualidade de promoção de saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (OMS, 2021).

Para uma cobertura universal de saúde são essenciais serviços de saúde robustos, para isso é necessário investir na contratação de *midwives*, maximizando a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e de saúde materna, neonatal e dos adolescentes. A criação de emprego nestas áreas não só potencia a saúde da população como contribui para um desenvolvimento económico sustentável e a concretização de outros ODS (UNFPA, 2021).

Os cuidados em obstetrícia são mais eficazes quanto mais qualificadas forem as *midwives*. *Midwives* qualificadas podem ter um papel importante na prevenção de complicações, na promoção de processos reprodutivos normais, na gestão de complicações e um primeiro atendimento de emergência quando inseridas em equipas de saúde na comunidade, cuidados estes adaptados à mulher com vista ao fortalecimento das capacidades das mulheres e famílias (Renfrew et al., 2014).

A continuidade de cuidados conduzidos por *midwives* contribui para a melhoria de resultados no que se refere a satisfação e a economia de custos. Dos ganhos com as intervenções de *midwives* fazem parte: a redução da morbimortalidade materna e neonatal, redução da prematuridade, menos intervenções desnecessárias e melhoria de resultados psicossociais e de saúde pública, como a redução da ansiedade e aumento da adesão a métodos anticoncecionais e imunização. Em países ricos, modelos liderados por *midwives* na assistência a grávidas durante o período pré-natal, intraparto e pós-parto revelaram-se positivos mostrando: redução das mortes neonatais e de nascimentos prematuros, redução nos partos com epidural, episiotomia ou partos instrumentados; e verificou-se o aumento do parto vaginal espontâneo e da satisfação das mulheres (UNFPA, 2021).

2.2 – ORIENTAÇÕES NACIONAIS PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Em Portugal a OE é a entidade que regula a prática dos EEESMO. No regulamento 391/2019 da OE (2019) são definidas as competências do EEESMO:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. (p. 13561).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 sob o tema - saúde sustentável de tod@s para tod@s, também está formulado em linha com os ODS. São vários os objetivos em que o papel dos EEESMO pode ter um grande impacto. Nos objetivos de saúde relativos às necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude fixados para 2030, o EEESMO pode ter um importante papel no objetivo 20. “Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura por tumor maligno da mama no sexo feminino para 15,5 por 100.000 habitantes” e no objetivo 26. “Reduzir a taxa de incidência de infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) em todas as idades e ambos os sexos para 5,7 por 100.000 habitantes”. Já em relação aos objetivos de saúde para Portugal de baixa magnitude, mas com elevado potencial de risco, são 5 os objetivos em que os EEESMO podem colaborar: nomeadamente o objetivo 27. “Assegurar uma taxa de mortalidade materna igual ou inferior a 7,1 por 100.000 nados-vivos, no triénio 2028-2030”; o objetivo 28. “Reduzir a taxa de mortalidade neonatal para 1,1 por 1.000 nados-vivos, no triénio 2028-2030”; o objetivo 31. “Aumentar a proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado para 99,5%”; o objetivo 34. “Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de tétano neonatal”; e o objetivo 35. “Assegurar

o valor tendencialmente nulo do número de casos de rubéola congénita” (DGS, 2022, p. 171-172).

Muitas das medidas para contribuir para o sucesso destes objetivos ocorrem na comunidade, o que torna fundamental a presença do EEESMO na comunidade.

2.3 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE EM PORTUGAL

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) integra cuidados na comunidade. Estes cuidados estão distribuídos por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). O decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro no artigo 2.º define os ACES como “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde” (p. 1182). O artigo 3.º do mesmo decreto-lei refere que a sua missão é “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”, desenvolvendo “atividades de promoção de saúde e prevenção de doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados”, integram ainda vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e formação de grupos profissionais (p. 1183).

O artigo 7.º do decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro define quais as unidades funcionais que compõe o ACES, referindo-se a: Unidade de saúde familiar (USF); Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de saúde pública (USP); Unidade de recurso assistenciais partilhados (URAP).

As USF são unidades de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, são compostas por uma equipa multiprofissional com médicos, enfermeiros e pessoal administrativo (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto). As UCSP têm estrutura semelhante à USF (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, artigo 10.º).

Nas USF e UCSP o enfermeiro assume o papel de enfermeiro de família. Assim, o enfermeiro integrado numa equipa multiprofissional numa destas unidades é o responsável pelos cuidados de enfermagem globais prestados às famílias. O seu papel consiste em cuidar da família e prestar cuidados gerais e específicos ao longo do ciclo vital das pessoas inseridas na família, estes cuidados ocorrem em parceria com outros

profissionais de saúde. No âmbito das suas funções colabora ainda para a ligação entre a família e os recursos oferecidos pela comunidade em que está inserido (Decreto-lei nº 118/2014 de 5 de agosto). O EEESMO tem competência e formação para assumir esta função. Sendo-lhe acrescidas as competências comuns e competências específicas ESMO regulamentadas no regulamento 140/2019 e no regulamento 391/2019 da OE, respetivamente.

As USF e UCSP asseguram, entre outros, vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença em todas as fases do ciclo vital. Assim, faz parte das suas funções assegurar cuidados de saúde da mulher. Na portaria nº 1368/2007 de 18 de outubro está definida a carteira básica de serviços. Na área da saúde da mulher, da carteira básica de serviços destas unidades fazem parte: planeamento familiar, cuidados pré-concepcionais e vigilância da gravidez. No que se refere ao planeamento familiar o básico fornecido deve ser:

- a) Promoção do planeamento familiar em corresponsabilização e fornecimento gratuito de métodos anticoncepcionais; b) Introdução de DIU quando essa for a opção da mulher; c) Prevenção e tratamento de infeções transmissíveis sexualmente; d) Rastreio de tipo oportunístico do cancro do colo do útero e da mama; e) Identificação e encaminhamento de situações de violência (p. 7657).

Relativamente aos cuidados pré concepcionais a oferta básica consiste na: “a) Avaliação inicial e aconselhamento geral pré-concepcional a pedido dos casais, ou oferecidos de forma pró-ativa pela equipa; b) Referenciação a cuidados pré-concepcionais especializados, quando indicado, e acompanhamento da situação, em continuidade e articulação de cuidados” (p. 7657). Por último, no que se refere à vigilância da gravidez, deve ser assegurado: vigilância da gravidez de baixo-risco; promoção do diagnóstico pré-natal, referenciando a unidades especializadas; referenciação da gravidez de risco e acompanhamento da situação em articulação de cuidados; promoção da adesão a comportamentos saudáveis durante a gravidez; adaptação ao casal na transição para a parentalidade; apoio à puérpera após a alta hospitalar, nomeadamente a promoção do aleitamento materno e a revisão do puerpério (Portaria Nº 1368/2007 de 18 de outubro, p. 7657).

Às UCC cabe a prestação de cuidados de saúde comunitário às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência ou doença que necessite de

acompanhamento próximo e também atua na área de educação para a saúde. A equipa multiprofissional das UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades identificadas na comunidade (Decreto-Lei no 28/2008 de 22 de agosto).

No Despacho nº 10143/2009 do Ministério da Saúde - Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade – onde se encontra a carteira de serviços das UCC constam, entre outras, as seguintes áreas prioritárias:

b) Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar; c) Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência; (...) e) Projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes, ou a implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida (p. 15440).

Cabe ao EEESMO inserido na equipa multidisciplinar de uma UCC conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar projetos e programas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas de competência específica do EEESMO definidas no regulamento 391/2019 da OE.

A realização deste estudo torna-se pertinente face à escassez de investigação acerca do papel do EEESMO em contexto de cuidados de saúde na comunidade.

3 – METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentada a metodologia utilizada nesta investigação.

3.1 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

O meu primeiro estágio do 2º ano do curso foi realizado em unidades de cuidados na comunidade. Neste estágio compreendi a importância do EEESMO na comunidade, mas também as dificuldades em ser EEESMO em contexto comunitário, dando resposta às competências comuns e específicas que lhe estão atribuídas.

Em diversos momentos de partilha de experiências, realizados em seminário ao longo deste mesmo ano, mostraram-me que as experiências de aprendizagem das estudantes nos contextos de comunidade foram muito diferentes.

Tal levou-me a refletir sobre os locais onde estão os EEESMO na comunidade, bem como, se a organização dos cuidados permite, facilita e / ou dificulta o exercício das competências específicas do EEESMO definidas pela OE. Daqui surgiram algumas questões: em que unidades de cuidados de saúde estão os EEESMO a trabalhar na comunidade? Quais as áreas de competência que os EEESMO englobam na sua prática clínica na comunidade?

Estas questões levaram-me a desenvolver o presente estudo em que se procura identificar a rentabilização das competências dos EEESMO na comunidade, bem como, os obstáculos, as forças e satisfação profissional destes profissionais.

Para o presente estudo foram definidos os seguintes objetivos: identificar quais as áreas de competência rentabilizadas pelos EEESMO nos Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) Baixo Mondego e Pinhal Litoral; analisar os obstáculos à rentabilização das competências do EEESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e as forças que potenciam a sua realização; analisar o que motiva e/ou desmotiva o EEESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e qual a sua satisfação profissional.

3.2 - TIPO DE ESTUDO

Tendo presente os objetivos definidos, foi realizado um estudo qualitativo exploratório. Neste tipo de estudo pretende-se descrever a experiência das pessoas, tendo em conta a sua situação em particular e beneficia-se deste tipo de estudo quando é escassa a informação na literatura sobre o tema (Fortin, 1999).

3.3 - PARTICIPANTES

Com a impossibilidade temporal de investigar todos os EEESMO a trabalhar na comunidade definiu-se investigar em apenas dois ACES: ACES Baixo Mondego e ACES Pinhal Litoral. Foram escolhidos estes dois ACES pela proximidade espacial da investigadora e pelas relações académicas com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) que facilitava o acesso aos profissionais destes ACES.

Assim, as participantes nesta investigação são EEESMO a exercer funções nos ACES Baixo Mondego e Pinhal Litoral da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).

Foram definidos dois critérios de inclusão dos participantes: ser detentor do título de especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (ESMO) atribuído pela OE e possuir vínculo laboral com os ACES Baixo Mondego ou Pinhal Litoral.

Para aceder às participantes foi enviada carta registada à ARSC a solicitar acesso aos EEESMO com vínculo aos ACES que se pretendiam investigar (Apêndice VII). Foi também enviado, via e-mail pedido para aceder aos EEESMO dos dois ACES em estudo (Apêndice VIII e Apêndice IX).

Após autorização para iniciar a investigação por parte da ARSC (Anexo I), foi identificado um potencial primeiro participante em cada ACES, com o qual houve contacto prévio durante as atividades letivas do CMESMO. Ao primeiro EEESMO contactado de cada ACES foi solicitado o contacto dos outros potenciais participantes. Foram fornecidos treze contactos, os contactos fornecidos foram o e-mail profissional. Foi solicitada a colaboração no estudo às treze EEESMO, aceitaram colaborar seis EEESMO. As outras sete EEESMO contactadas nunca responderam aos e-mails enviados.

3.4 - RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

A colheita de dados ocorreu através da realização de uma entrevista semiestruturada a todos os EEESMO que aceitaram participar no estudo (Apêndice X). Nos estudos exploratórios pretende-se recolher a maior quantidade de informação possível, para isso um dos métodos de colheita de dados é a entrevista semiestruturada. A entrevista é um modo de comunicação verbal entre o investigador e o participante com o intuito de recolher dados que respondam às questões de investigação formuladas (Fortin, 1999).

As entrevistas foram realizadas no período mais favorável ao entrevistado, tendo sido dada a opção de formato presencial ou em formato remoto em plataforma online. Cinco entrevistas ocorreram em formato remoto e uma em formato presencial. Para a realização da entrevista foi solicitada a gravação de som (formato presencial) e captação de som e imagem (formato remoto). As participantes encontravam-se motivadas com a participação na investigação, referiram que o tema era interessante e solicitaram que lhes fossem facultados os respetivos resultados e conclusões do estudo.

As entrevistas decorreram entre 13/02/2023 e 05/04/2023. A duração das entrevistas oscilou entre os vinte e cinco e os sessenta minutos, com uma média de quarenta e dois minutos.

Todas as entrevistas foram transcritas e relidas. Após a transcrição, as gravações foram destruídas. Após a transcrição da entrevista, foi solicitada a validação da transcrição da mesma, tendo esta sido enviada por e-mail e dada a oportunidade de poderem remover, acrescentar ou alterar as informações fornecidas e apresentadas nas transcrições. Todas as transcrições das entrevistas foram validadas pelas participantes. A validação das entrevistas permitiu às participantes refletir acerca das suas respostas permitindo-lhes alterar informações fornecidas sobre as suas atividades profissionais.

A análise dos dados teve por base a análise de conteúdo segundo Bardin (2009). A análise de conteúdo é uma metodologia que pretende analisar os dados das comunicações das mensagens que permite a inferência de conhecimento relativo ao que se pretende estudar (Bardin, 2009). Foi escolhida esta metodologia pois permite analisar todo o tipo de comunicação, permitindo, ainda, uma análise aprofundada dos dados colhidos aquando da realização das entrevistas semiestruturadas.

A análise de conteúdo segundo Bardin (2009) é composta por três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamentos dos resultados, inferências e interpretação. A pré-análise é a fase de organização do material. Após o contacto com o material colhido, foi decidido analisar a transcrição das seis entrevistas semiestruturadas, sendo estas o corpus. Nesta análise obedecemos à regra da exaustividade, tendo em conta todos os elementos; a regra da representatividade, os resultados obtidos com a amostra foram representativos de todos os EEESMO dos ACES em estudo; a regra da homogeneidade, para isto a todos os participantes foi aplicada o mesmo guião de entrevista semiestruturada; e a regra da pertinência, todos os documentos analisados fornecem informações que respondem aos objetivos definidos.

A segunda etapa da análise de conteúdo segundo Bardin (2009) consiste na exploração do material. Nesta fase surgiram 5 categorias: competências rentabilizadas pelas EEESMO nos ACES; obstáculos à rentabilização das competências das EEESMO nos ACES; forças que potenciam a concretização das competências EEESMO nos ACES; satisfação das EEESMO nos ACES e rentabilização das competências EEESMO na comunidade.

A terceira fase da análise de conteúdo segundo Bardin (2009) é o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os quadros de referência e a discussão dos dados encontram-se no capítulo 4 deste relatório.

3.5 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Foi obtido parecer positivo para investigação pela UICISA:E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra a 26/10/2022 (Anexo II).

Com vista a obter autorização para aceder aos participantes, foi enviada carta por correio registado à ARSC a solicitar autorização para a investigação (Apêndice VII). Foi também solicitado por email autorização para início de investigação aos conselhos executivos dos ACES Baixo Mondego e ao ACES Pinhal Litoral (Apêndice VIII e Apêndice IX) destes o conselho clínico e de saúde do ACES Baixo Mondego solicitou mais informações que foram prestadas (Apêndice VIII).

Recebemos resposta do gabinete jurídico da ARSC a 27/12/2022 a solicitar mais informação acerca da forma de “acesso” e “contacto” dos profissionais (Anexo III). Foi dada autorização para a realização do estudo a 27/01/2023 (Anexo I).

Toda a informação de carácter pessoal reunida ao longo do estudo foi tratada de forma confidencial. Para isto, as entrevistadas foram identificadas através de um código para que as suas informações não fossem associadas à sua identificação. A codificação das entrevistas foi feita pela ordem de realização das entrevistas, tendo a primeira o código E1, a segunda o código E2 e assim sucessivamente. Foi pedida a autorização para gravação de som (formato presencial) e para gravação de som e imagem (formato online) A gravação das entrevistas foi destruída após a sua transcrição.

As EEESMO entrevistadas não foram associadas aos ACES, não sendo possível a associação das intervenções realizadas às unidades de cuidados onde os participantes do estudo têm vínculo profissional.

Aquando dos contactos com as EEESMO dos ACESs referidos, todas as participantes foram informadas de que tinham toda a liberdade para aceitar ou não participar no estudo. A quem aceitou participar foi solicitada a participação numa entrevista semiestruturada (Apêndice X), realizada em dia e local à sua escolha. Nesse dia e antes de iniciar a entrevista foi dado a conhecer o termo de consentimento informado (Apêndice IX), onde eram referidas as condições de anonimato e confidencialidade dos dados e respetiva análise. Foram esclarecidas todas as dúvidas e de seguida foi solicitada a assinatura da declaração. Quanto às entrevistas em formato online foi enviado o consentimento informado previamente à entrevista e foi solicitado o envio da digitalização do mesmo assinado.

Durante a entrevista foi assegurada a liberdade de responder apenas às perguntas que considerassem pertinentes, bem como de desistir em qualquer momento da entrevista. Os participantes foram ainda informados que os dados obtidos seriam apenas utilizados para os fins relacionados com esta investigação.

Face a todo o exposto, entendemos que foram salvaguardados todos os princípios éticos exigidos para a investigação com pessoas.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise dos dados obtidos nas entrevistas, para investigar a rentabilização das competências das EEESMO na comunidade – obstáculos, forças e satisfação profissional surgiram as seguintes categorias: competências rentabilizadas pelas EEESMO nos ACES; obstáculos à rentabilização das competências das EEESMO nos ACES; forças que potenciam a concretização das competências EEESMO nos ACES; satisfação dos EEESMO nos ACES e rentabilização das competências EEESMO na comunidade. Começaremos por apresentar a caracterização social, académica e profissional das participantes e de seguida passaremos a apresentar os resultados obtidos para cada uma das referidas categorias, seguida da respetiva discussão.

4.1 – CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA, ACADÉMICA E PROFISSIONAL DAS PARTICIPANTES

Tal como já foi referido, participaram no estudo seis EEESMO do sexo feminino, todas de nacionalidade portuguesa e com idades compreendidas entre os 38 e os 64 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das participantes

	Sexo	Idade	Nacionalidade
E1	Feminino	43	Portuguesa
E2	Feminino	42	Portuguesa
E3	Feminino	64	Portuguesa
E4	Feminino	47	Portuguesa
E5	Feminino	38	Portuguesa
E6	Feminino	40	Portuguesa

Quanto às habilitações académicas, duas participantes tem mestrado e três pós-licenciatura de especialização, não se revela as habilitações académicas de uma participante, de modo a não pôr em causa o seu direito ao anonimato. O ano de conclusão do curso de enfermagem - bacharelato / licenciatura - varia entre 1979 e 2006. O ano de conclusão da especialização / mestrado ESMO varia entre 2000 e 2012 (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização acadêmica das participantes

	Habilitação acadêmicas	Ano de conclusão do curso de enfermagem – Bacharelato / licenciatura	Ano de conclusão da Especialização / Mestrado ESMO
E1	Pós-licenciatura de especialização	2003	2011
E2	Mestrado	2001	2010 / 2013
E3	Mestrado	1979	2000 / 2004
E4	Pós-licenciatura de especialização	1996	2009
E5		2006	2012
E6	Pós-licenciatura de especialização	2004	2012

O tempo de exercício profissional de enfermagem das participantes oscilava entre os 43 e os 16 anos. Já os anos de experiência profissional como EEESMO variavam entre os 23 e os 10 anos. Relativamente ao número de anos de exercício profissional como EEESMO na comunidade, quatro participantes já haviam exercido a especialidade noutros contextos quando iniciaram funções na comunidade, uma participante sempre trabalhou em contexto de comunidade e uma iniciou funções na comunidade como enfermeira de cuidados gerais, tendo iniciado as suas competências específicas de EEESMO após a conclusão do curso de especialidade. De referir que uma participante ingressou nos cuidados na comunidade como EEESMO e as restantes, ainda que a exercer funções de acordo com o seu nível de conhecimento mais elevado (EEESMO), apenas progrediram para a carreira como enfermeiro especialista em 2019. Uma das participantes estava a exercer funções numa USF e cinco EEESMO em UCC. Destas cinco apenas uma sempre trabalhou em UCC (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização profissional das participantes

	Nº de anos de exercício profissional como enfermeiro	Nº de anos como enfermeiro especialista	Nº de anos de exercício profissional em contexto comunidade	Tipologia de unidade e nº de anos na unidade atual
E1	20	12	5 (3 em UCSP e 2 UCC)	UCC há 2 anos
E2	22	13	7	UCC há 7 anos
E3	43	23	19 (antes da criação da UCC era enfermeira de referência da área de saúde materna do centro de saúde)	UCC
E4	26	14	6 (1 ano em UCC e 2 em UCSP e UCC)	UCC há 3 anos
E5	16	11	16 (5 como enfermeira generalista)	USF há 4 anos
E6	18	10	14 (4 anos como enfermeira generalista)	UCC há 8 anos

4.2 – COMPETÊNCIAS RENTABILIZADAS PELAS ENFERMEIRAS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

A participante que exercia funções na USF referiu rentabilizar todas as competências do EEESMO com a exceção da competência referente aos cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto. As participantes que exerciam funções em UCC referiram três áreas de competência comuns: *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; e cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional*. Uma participante que exercia funções numa UCC referiu rentabilizar a competência *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*. Uma participante que desenvolvia a atividade profissional numa UCC referiu já ter rentabilizado a competência *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério* (Tabela 4).

Tabela 4 - Competências rentabilizadas pelas enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde

	UCC	USF
cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	Sessões de PPP (E1; E2; E3; E4; E6); Vigilância da gravidez de baixo risco dos utentes sem médico (E1)	E5: “eu utilizo uma globalidade das competências do enfermeiro especialista, portanto assim, transversalmente acho que utilizo todas. Se calhar a do parto em si é aquela que eu não utilizo tanto pela especificidade do meu serviço.”
cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	Apoio nos processos de aleitamento materno (E1; E2; E3; E4; E6); Sessões de recuperação no pós-parto (E2; E3; E4); Avaliação conjugalidade (E1); Envolvimento do pai (E3); Intervenção precoce na infância (E2)	
cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional	Responsável pela saúde escolar na área de saúde sexual e reprodutiva (E1; E2; E3; E4; E6); Gabinete de enfermagem de apoio ao aluno (E2); Consulta de atendimento aos jovens (E3)	
cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério	Sessões de educação para a saúde sobre transição para a menopausa (E6)	
cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar situações de saúde/doença ginecológica		
cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	Acompanhamento em formato remoto (E2)	

O EEESMO é o enfermeiro com formação específica em enfermagem de saúde materna e obstétrica e com título de especialista atribuído pela OE. Na sua prática clínica reúne as competências dos enfermeiros de cuidados gerais e as competências adquiridas pelo desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos diferenciadas, sendo-lhe atribuídas as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e a competências específicas em ESMO (OE, 2018). Ao EEESMO são-lhe, ainda, atribuídas as competências previstas no regulamento 391/2019 da OE já referido neste relatório.

A participante que exercia funções em USF refere que a única competência que não rentabilizava era o *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*, todas as outras áreas conseguia abarcar uma vez que trabalhava em cuidados de saúde primários e acompanhava a mulher ao longo seu ciclo vital, desde o nascimento, adolescência, mulher em fase adulta, gravidez, pós-parto, menopausa e mulher com afeção ginecológica. Segundo ela, aproveita todas as intervenções de enfermagem para rentabilizar as competências de EEESMO, referindo que:

E5: Eu posso atender uma mulher num contexto muito específico, por exemplo, executar um tratamento a uma ferida cirúrgica, e pela minha sensibilidade como EEESMO, eu direcionar esse meu momento, essa minha consulta, para uma consulta para a saúde sexual e reprodutiva, eu posso lhe falar na vigilância da mama, eu posso lhe falar da necessidade de marcarmos uma consulta de planeamento para ver se há necessidade de fazer a pesquisa da HPV ou não, falar do método contraceptivo, se tiver na altura da menopausa, a sintomatologia, aquelas coisas todas.

A mesma participante referiu que sempre que avaliava a necessidade de realizar intervenções como o rastreio do HPV ou colocação de contraceção de longa duração o fazia em articulação com o médico de família com quem fazia parceria para que este prescrevesse o método farmacológico.

Portanto, eu acabo por utilizar todos os dias, e porque todos os dias vem pelo menos uma, duas mulheres pedir contraceptivo, que não é, se entendermos isso como fornecimento vão à farmácia, se entendermos isso como uma consulta de enfermagem muito específica, um momento oportuno ímpar para realizar educação, intervenções educativas, ou mesmo alguma intervenção, e como também pela autonomia que tenho, e que faço muitas vezes, por exemplo, rastreios. [...], se uma mulher me pede, está na altura, se não pode vir à consulta concomitantemente com o médico, não há problema nenhum. Fazemos a consulta de enfermagem, faço a pesquisa, e isto faço regularmente, eu utilizo, é como eu digo, eu não consigo separar o que é ser EEESMO de não ser EEESMO.

Face ao relatado pela participante, na USF, quanto à competência *cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional* percebe-se que consegue abarcar pelo menos duas das três unidades de

competência: *Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcecional e Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcecional.* No que respeita à competência *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério* percebemos que a participante rentabiliza as três unidades de competência desta. Em relação à competência *cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica* entendemos que esta rentabiliza as três unidades de competência desta. Face à vocação da USF acreditamos também que quanto às competências *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal* e *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal* rentabilizando todas as unidades de competência a ela associada. Numa lógica de cuidados personalizados à família não consegue rentabilizar a competência *cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.*

Considerando a Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro do ministério da Saúde onde consta a carteira básica de serviços para a USF, já citada neste documentado, esta participante não só correspondia aos serviços básicos previstos, como nos seus cuidados integrava outras áreas para as quais tem competência certificada.

Nas UCC, em relação à área de competência *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*, todas as participantes eram responsáveis pelas sessões de PPP das suas unidades, onde realizavam sessões de educação para a saúde teóricas e práticas acerca da gravidez, trabalho de parto, puerpério, transição para a parentalidade. Estas sessões de enfermagem a grupos eram em formato presencial e/ou com recurso ao online quando necessário, por restrições da grávida. Uma das participantes referiu ainda que criava um grupo da aplicação *WhatsApp* para que as grávidas pudessem estar em contacto e para eventual esclarecimento de dúvidas. Uma participante referiu que desenvolvia as sessões de PPP também em meio aquático e uma outra referiu estar em negociações com local para iniciar também esta oferta aos seus utentes.

E1: *Faço os cursos de preparação para o parto, em meio terrestre e em meio aquático.*

E2: *faço no início de cada grupo de preparação para o nascimento, um grupo WhatsApp para permitir que estas mulheres se sintam apoiadas ao longo de toda a sua gravidez.*

E3: *Na preparação para o parto havia sempre uma componente prática e uma componente teórico-prática (...) preparar o casal, não só para o dia do parto, mas também para o bem-estar da gravidez e também no pós-parto, portanto, relativamente à parentalidade e à conjugalidade*

Numa destas UCC a EEESMO assegurava a vigilância da gravidez de baixo risco dos utentes sem médico de família que tinham número de utente e estavam inscritos no centro de saúde. Assegurava ainda cuidados de saúde a um grupo vulnerável, composto essencialmente por emigrantes oriundos da Índia, Paquistão e Brasil e referiu que as maiores dificuldades eram a barreira linguística e a especificidade alimentar.

E1: *Faço consultas de saúde materna (...) temos uma abrangência muito grande de utentes sem médico, ilegais e paquistaneses, indianos, brasileiros (...) criámos uma unidade dos sem médico. (...) faço a consulta de saúde materna, pronto. basicamente faço tudo o que engloba a consulta de saúde materna.*

No que se refere à área de competência *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal* nas UCC, três participantes referiram ter instituídos cursos de recuperação no pós-parto, realizados em grupo, com exercícios para recuperação física e oportunidades de partilha.

E4: *No pós-parto (...) ensino os exercícios que devem fazer para reduzir e diminuir, ou melhor diminuir e reduzir e anular a diástase, é só uma vez por semana, esclareço-as tem que repetir os exercícios no domicílio, porque senão não têm resultados. E depois faço, ficamos ali com um tempo de exercícios de mais ou menos 40 minutos, não muito mais, e depois há ali troca de ideias para elas conversarem entre si, e questões, dúvidas, e depois eu também entro no diálogo e nós digamos que fazemos assim uma partilha de questões e depois todas as dificuldades delas.*

Todas as participantes referiram assegurar apoio na amamentação sempre que solicitado, duas participantes referiram realizar visita domiciliária neste âmbito, se solicitado pela família.

E2: *No pós-parto, logo no início eu tenho o programa de apoio ao aleitamento materno, portanto, eu efetuo a visita à puérpera e ao recém-nascido, e sempre que todas as mulheres solicitam, tem alguma dificuldade no âmbito do aleitamento materno, eu realizo visita domiciliária.*

E4: *dou muito apoio à amamentação, (...) assim que tenham dificuldades, elas têm todas o meu contato, e depois também faço na primeira semana por norma, faço o domicílio. Normalmente a partir da segunda semana eu tento que elas venham ter comigo.*

Uma participante referiu ainda dinamizar um grupo de partilha de experiências na amamentação para lactantes e ex-lactantes.

E3: *na área do aleitamento materno, o grupo de apoio ao aleitamento materno para mães lactantes e ex-lactantes, está aberto neste momento para todos. E é uma mais valia, porque assim vão ouvindo as experiências positivas das pessoas e alguns desafios que possam ocorrer para ter o sucesso do aleitamento materno.*

Uma participante referiu ter instituída uma consulta ao casal um mês após o parto com o intuito de avaliar as implicações da parentalidade na conjugalidade do casal, as relações entre mãe / pai / RN, a educação para a saúde em relação às questões do puerpério e planeamento familiar, bem como esclarecimento de dúvidas.

E1: *faço uma consulta pós-parto, ou seja, passado um mês mais ou menos, de elas parirem, eu faço uma intervenção também para saber como é que estão em termos de casal, em termos da tríade, quais são as ansiedades, as dúvidas delas, vejo como é que está também ali a amamentação estabelecida. Faço assim um bocadinho de tudo. Também consulta de planeamento familiar, também faço nessa consulta.*

Uma participante era membro do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), intervindo com RN e famílias, para onde eram referenciadas após o nascimento todas as crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento, os grandes prematuros e os RN diagnosticados com trissomia 21.

E2: *eu faço parte de uma equipa de intervenção precoce, a equipa local de intervenção, do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, e todos os*

bebés que são referenciados para a equipa com critérios de admissibilidade ao SNIPI, passam por mim.

Uma participante implementava um curso de massagem infantil onde ensinava e instruía o casal nesta atividade com o seu RN e também realizava sessões só com os homens com o objetivo de incentivar o envolvimento do pai nos cuidados, promovendo uma paternidade ativa e cuidadora.

E3: Neste momento tenho massagem infantil, portanto, que é uma ferramenta para os pais e mães terem a oportunidade de ter outra atividade com os seus filhos

E3: nós temos umas sessões só para os homens, mas portanto fazemos de tempos a tempos, só vêm os homens e nós abordamos temas do envolvimento do pai nos cuidados, paternidade participativa, ativa, positiva.

Outra competência que todas as participantes das UCC, referiram rentabilizar foi *cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional*, esta estava articulada com o programa nacional de saúde escolar. Referiram que por norma era realizado um planeamento com os estabelecimentos escolares no início de cada ano letivo, podendo ainda ser solicitado algum apoio pontual durante o ano letivo. Os temas abordados variavam pelo ano de escolaridade, sendo referido: afetos, limites do corpo, desenvolvimento do corpo, género, igualdade de género, violência nas relações interpessoais, sexualidade, métodos contraceptivos, infeções sexualmente transmissíveis.

E6: No primeiro ciclo abordava as questões do corpo, da aceitação do corpo e do funcionamento do corpo, masculino e feminino, as questões do género também e da igualdade de género e também a prevenção dos abusos, a definição dos limites do corpo e isso. Depois, no sexto ano, já mais a questão da puberdade, também com a questão da aceitação do corpo, sétimo ano abordava as relações afetivas e também já introduzia aqui a parte dos comportamentos de risco e nonos anos, métodos contraceptivos e infeções sexualmente transmissíveis.

Uma participante tinha instituído, uma vez por mês, na escola, o gabinete de apoio ao aluno, onde recorriam os adolescentes que tinham alguma dúvida sobre saúde sexual e

reprodutiva. Caso fosse necessário, posteriormente era agendada uma consulta no centro de saúde, por exemplo numa situação em que uma aluna queria iniciar contraceção.

E2: Depois a outra coisa que eu desenvolvo na saúde escolar que é muito importante também referenciar enquanto especialista que é o gabinete de apoio ao aluno, porque enquanto que estes projetos estas sessões são realizadas em grupo, nós temos aqui na nossa UCC uma atividade que se chama - gabinete de apoio ao aluno - em que eu, enfermeira, todos os meses vou à escola onde tenho um gabinete e atendo os alunos sobre os mais diversos assuntos que eles querem abordar com a enfermeira.

Uma participante estava envolvida na consulta de atendimento a jovens dos 12 aos 24 anos, onde recorriam jovens com questões de saúde sexual e reprodutiva, como início de contraceção, infeções sexualmente transmissíveis, relações sexuais de risco ou gravidezes não desejadas, mas também com questões da área da saúde mental, como depressões, ansiedade, esquizofrenia, consumos (drogas, álcool, tabaco) e distúrbios alimentares (anorexia, bulimia, obesidade).

E3: temos uma vez por semana a consulta de atendimento a jovens, portanto, para os jovens de qualquer ponto do país, dos 12 aos 24 anos

Uma das participantes acrescentou que disponibilizava o seu contacto através do grupo de *WhatsApp* que criava no período pré-natal e era comum ser contactada pelas grávidas que orientava na preparação para o parto e parentalidade quando estas já estavam em trabalho de parto.

E2: Posso-lhe dizer que muitas delas eu faço o acompanhamento intraparto através dos grupos do WhatsApp que nós temos instituído aqui no curso de preparação. Muitas vezes elas estão em trabalho de parto e estão a comunicar comigo.

Uma participante da UCC referiu rentabilizar a área de competência *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério*, através de sessões de educação para a saúde sobre a transição para a menopausa, mas referiu que foram poucas sessões por falta de disponibilidade.

E6: *Já fiz também algumas sessões no âmbito da mulher a vivenciar a transição a nível da menopausa, do climatério, mas foram pouquinhas, não tenho ainda mais nesse âmbito.*

Em suma, todas as participantes que exerciam a sua atividade profissional em UCC conseguiram rentabilizar três competências específicas: *cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional; cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; e cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.* Todas tinham projetos de educação para a saúde ou disponibilidade para consulta individual com o objetivo de satisfazer as necessidades das mulheres inseridas na família e comunidade nestas áreas de competência.

Assim, face ao relatado pelas participantes quanto à competência *cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional* entendemos que, numa lógica de grupo-alvo – população escolar – conseguem rentabilizar a unidade de competência *promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual*, as intervenções em grupo impossibilitam um diagnóstico e cuidados personalizados que fica reservado apenas às participantes que conseguem realizar intervenções individuais. Quanto à competência *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*, todas rentabilizam a unidade de competência *promove a saúde da mulher durante o período pré-natal*, na mesma lógica de grupo-alvo – grávidas / casais – o diagnóstico de complicações e cuidados personalizados apenas é possibilitado à participantes que nas suas funções conseguem realizar consultas individuais. Relativamente à competência *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*, as participantes referiram também intervenções individuais, nomeadamente no apoio à amamentação, não estando as intervenções restritas a um grupo-alvo – puérpera / RN / pai – assim, conseguem rentabilizar as três unidades de competência associadas a esta competência. Face à motivação das UCC as participantes rentabilizavam ainda a competência *cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade* abarcando as três unidades de competência a esta associadas.

Tendo em conta o despacho nº 10143/2009 do Ministério da Saúde, onde se encontra a carteira de serviços das UCC, já citada anteriormente, concluiu-se que as participantes

contribuíam para a consecução dos serviços mínimos nas UCC. As participantes eram as responsáveis pela educação para a saúde relacionada com saúde sexual e reprodutiva em articulação com as escolas, dando resposta ao programa nacional de saúde escolar. Também os seus projetos no período pré-natal e pós-natal, assim como todo o apoio individual aos grupos vulneráveis das grávidas, puérperas e recém-nascidos e, também, a vigilância de grávidas sem médico de família atribuído, podem responder à intervenção junto da população mais vulnerável, mas também na promoção de estilos de vida saudável das crianças, adolescentes e mulheres inseridas na família e na comunidade

Importa destacar o trabalho feito numa das UCC, em que as participantes assumiam as consultas de vigilância da gravidez de baixo risco dos utentes inscritos no centro de saúde, que não tinham atribuído médico de família. Sem esta medida estes utentes teriam de recorrer ou a cuidados de saúde no setor privado e sendo uma população vulnerável ficariam ainda mais expostos a uma situação económica desfavorável. Esta medida contribui para uma cobertura universal de saúde, que pressupõe que todos os cidadãos devem ter acessos a serviços de saúde sem que para isso fiquem expostos a situações de pobreza (OMS, 2021).

Três das participantes referiam que todo o trabalho burocrático e as atividades que estão relacionadas com o normal desenvolvimento das unidades não relacionados com as competências do EEESMO as impossibilitavam de rentabilizar outras competências ou explorar melhor as já rentabilizadas.

E6: o que é serviços mínimos, o que é que tem que ser feito, o que é que tem que ser cumprido nas UCCs, é a equipa de cuidados continuados integrados no domicílio. Portanto, eu tenho que assegurar os domicílios das equipas de cuidados continuados. E tudo o resto que for preciso fazer.

E2: eu tenho consciência que não posso desenvolver a 100% as minhas atividades de enfermeiro especialista de saúde materna, porque tenho outros programas na minha unidade que são prioritários

Em suma, os EEESMO na comunidade exerciam funções em USF e UCC. Na USF a EEESMO estava empenhada não só na concretização dos cuidados de enfermagem com vista à contribuição para o bom desempenho da sua unidade, como assumia as competências dos EEESMO na sua prática clínica, nomeadamente: *cuida a mulher*

inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; e cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar situações de saúde/doença ginecológica. Nas UCC as participantes conseguiam integrar na sua prática clínica as seguintes competências: cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal e cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.

Quanto aos dados colhidos constataram-se diferenças entre a utilização das competências do EEESMO quanto à unidade em que está inserido. Nas UCC, com a atual forma de cuidar, os cuidados do EEESMO estão destacados para o âmbito comunitário e domiciliário ou em grupos, sendo descartados os cuidados personalizados, que são assumidos pelas USF e UCSP. Assim, faz parte das suas funções: a visita domiciliária de apoio à amamentação e ao puerpério; a realização de educação para a saúde em grupo no período pré-natal, no puerpério, no período do climatério; a integração na equipa de saúde escolar intervindo na área de saúde sexual e reprodutiva e; outros como as consultas dos adolescentes. No entanto, o EEESMO, nas UCC, vê reduzidas as suas competências não realizando: a vigilância da gravidez de baixo risco; a vigilância do puerpério e RN até ao 28º dia de vida; a consulta de planeamento familiar; a consulta pré-concepcional; e o acompanhamento do climatério, sendo estas assumidas pelas equipas nas USF e UCSP (Parecer nº23/2013 da MCEESMO da OE). O facto de as participantes terem referido a realização de uma consulta individual antes do início, por exemplo, das sessões em grupo de PPP vai colmatar esta falha contribuindo para a construção de uma relação terapêutica com a mulher / casal inserida na família e comunidade. Uma das participantes fazia vigilância da gravidez de baixo risco, mas apenas a mulheres sem número de utente de saúde e que, por esse motivo, não estavam atribuídas a uma equipa de saúde familiar.

Nas USF e nas UCSP é permitido ao EEESMO cuidados personalizados: na vigilância da gravidez de baixo risco; vigilância do puerpério e RN; nas consultas de planeamento familiar; nas consultas pré-concepcionais; no acompanhamento do climatério; no acompanhamento das mulheres nos seus processos de saúde/doença ginecológica. No entanto, estes cuidados, numa lógica de saúde familiar, são atribuídos ao binómio médico-

enfermeiro. Tal, leva a uma desvalorização das especialidades de enfermagem, na medida em que diferentes utentes na mesma unidade têm acesso a cuidados especializados de enfermagem e outros não (Parecer nº 23/2013 da MCEESMO da OE).

Assim, pelas características das diferentes tipologias das unidades, os EEESMO na USF / UCSP têm mais oportunidades para rentabilizar as suas competências específicas. Por outro lado, o conceito de enfermagem familiar leva a uma dispersão destas competências, bem como ao aumento de desigualdades de acesso a cuidados especializados de enfermagem, na medida em que apenas os utentes do ficheiro do EEESMO tem acesso a cuidados especializados ESMO.

4.3 – OBSTÁCULOS À RENTABILIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

Identificaram-se duas categorias de obstáculos à rentabilização das competências EEESMO: os recursos disponíveis – físicos, materiais e humanos; e questões organizações relacionadas com a gestão dos cuidados nas UCC e a organização dos cuidados de saúde na comunidade (Tabela 5).

Tabela 5 - Obstáculos à rentabilização das competências das enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde

Recursos disponíveis		Questões organizacionais	
Recursos físicos e materiais	Recursos humanos	Gestão dos cuidados nas UCC	Organização dos cuidados de saúde na comunidade
<p>E1: Partilha de espaços e falta de climatização nos espaços</p> <p>E2: Necessidade de sala maior e bem equipada, impossibilidade de meio aquático</p> <p>E3: Material escasso e ambiente não climatizado</p> <p>E4: A unidade sem sala, cursos feitos em sala municipal graças a parceria com a câmara municipal, unidade sem material próprio para demonstrações tendo de utilizar o material pessoal</p> <p>E6: Sem condições físicas para arrumos</p>	<p>E2: Muita burocracia afeta</p> <p>E3: Falta administrativa para tratar de assuntos burocráticos</p> <p>E4: Poucos EESMO no ACES</p> <p>E5: Excesso de tempo a realizar trabalho burocrático que podia ser realizado por outro profissional com menos habilitações</p> <p>E6: Falta de assistentes técnicos e assistentes operacionais, levando a que o EEESMO perca muito tempo a organizar o espaço quando podia estar a realizar outra tarefa especializada.</p>	<p>E2: Programas na Unidade que aumentam o IDG não ligados à área de especialidade que impossibilitam o desenvolvimento do seu potencial a 100% como especialista.</p> <p>E6: Assegurar serviços mínimos da UCC ligadas à ECCI</p>	<p>E6: Muitas utentes apenas têm acesso a cuidados especializados quando chegam à preparação para o parto.</p>

Cinco participantes referiram não ter um espaço adequado, nem com o material adequado para realizar as suas sessões de educação para a saúde ou mesmo consultas, tendo de partilhar material e espaços:

E3: são os recursos materiais, mais materiais, os equipamentos, desde uma simples cadeira, uma secretária, portanto não temos nada em condições, o próprio ambiente, por exemplo, o ginásio tem o ar condicionado já há anos avariado;

E4: [Os obstáculos são os] Recursos humanos e materiais. É das maiores dificuldades que nós nos debatemos. Por exemplo, posso dizer que eu não tenho sala, não tenho material para fazer os meus... o pré e o pós-parto.

Cinco participantes referiram despende muito tempo em trabalho burocrático que podia ser realizado por outro grupo profissional, que possibilitaria direcionar esse tempo para a sua área de especialidade, no entanto a falta de assistentes técnicos e assistentes operacionais, não o permitia:

E3: (...) falei, também, dos recursos humanos, portanto da administrativa, que é bem importante, e se tivéssemos mais pessoal, claro que outras coisas se poderiam fazer, mais nesse sentido (...).

Melhorar as condições físicas e equipar as unidades melhoraria o nível de qualidade de cuidados prestados, bem como aumentaria a satisfação dos utentes. Já dotar as unidades com mais recursos humanos daria mais tempo às EEESMO para se dedicar ao desenvolvimento das suas competências específicas.

Duas participantes referiram que o facto dos cuidados mínimos das UCC ou os programas destas unidades que aumentam o índice de desempenho global não estarem relacionadas com a sua área de especialidade afetavam o desenvolvimento das competências do EEESMO:

E2: E eu tenho consciência que não posso desenvolver a 100% as minhas atividades de enfermeiro especialista de saúde materna, porque tenho outros programas na minha unidade que são prioritários e que eu tenho que contribuir para aumentar o IDG [índice de Desempenho Global] deles também.

E6: o que é serviços mínimos, o que é que tem que ser feito, o que é que tem que ser cumprido nas UCCs, é a equipa de cuidados continuados integrados no domicílio. Portanto, eu tenho que assegurar os domicílios das equipas de cuidados continuados. E tudo o resto que for preciso fazer.

Uma participante considerou que a organização dos cuidados de saúde, com a vigilância de saúde materna nas equipas de saúde familiar, leva a que muitas grávidas apenas tivessem acesso a cuidados especializados por EEESMO na comunidade próximo do 3º trimestre ou já no 3º trimestre, considerando que esta organização era um obstáculo ao desenvolvimento das competências específicas do EEESMO:

E6: Quem faz a vigilância da gravidez é as equipas de saúde familiar, eu não estando numa equipa de saúde familiar, não fico com essa parte. E acaba por as

utentes não terem acesso propriamente aos cuidados especializados nesse âmbito. Só têm depois na preparação para o parto.

O índice de desempenho global é um modelo criado para avaliação de desempenho das unidades funcionais que almeja a melhoria contínua e a menor variabilidade dos resultados alcançáveis. Sendo que a contratualização dos cuidados deve ter por base os planos nacional, regional e local de saúde (Administração Central do Sistema de Saúde, 2023). Consideramos que este obstáculo se relaciona com a falta de recursos humanos nas unidades, uma vez que a carteira básica de serviços são os serviços mínimos de que a unidade deve dispor à população da sua comunidade. As unidades têm autonomia para oferecer mais serviços, no entanto, terão de garantir os serviços mínimos. Por outro lado, será importante o EEESMO evidenciar a importância do seu papel e os ganhos em saúde no investimento nas áreas de saúde materna e saúde sexual e reprodutiva para estes terem mais impacto no plano nacional de saúde.

Os recursos disponíveis foram considerados o maior obstáculo à utilização das competências EEESMO, as EEESMO defendiam a necessidade de mais recursos humanos na equipa multiprofissional, mas também melhores condições físicas e instalações mais bem equipadas que lhes permitissem uma maior qualidade de cuidados. Questões organizacionais das próprias unidades e dos cuidados de saúde da comunidade foram referidas como um obstáculo.

4.4 – FORÇAS QUE POTENCIAM A CONCRETIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

As EEESMO identificaram como forças: a valorização do seu trabalho pelos seus pares, pelos superiores hierárquicos e pela comunidade; as equipas em que estão inseridas; e a autonomia e a resiliência (Tabela 6).

Tabela 6 - Forças que potenciam a concretização das competências das enfermeiras especialista em saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde

Forças	
Valorização do seu trabalho	<p>E1: Valorização por parte dos superiores hierárquicos</p> <p>E2: O reconhecimento do papel do EEESMO por parte da comunidade (identificado pelo feedback positivo);</p> <p>E3: Valorização do trabalho realizado, com a coordenadora a apoiar os projetos propostos</p> <p>E4: Valorização do seu trabalho através do feedback que recebe das utentes</p> <p>E5: Que se concretiza pelo reconhecimento dos colegas nos seus conhecimentos como especialista, recorrendo a si para validação de conhecimento; mas também pelo apoio que sente vindo dos superiores hierárquicos</p> <p>E6: Sentir que o seu trabalho é reconhecido</p>
A equipa de trabalho	<p>E2: A relação da equipa em que está inserida</p> <p>E3: o trabalho em equipa, a união da equipa</p> <p>E4: A equipa em que está inserida, que é o seu suporte</p> <p>E5: O médico de família com quem faz equipa reconhecer os seus conhecimentos, respeitando a autonomia das suas intervenções.</p>
Autonomia	<p>E1: Autonomia e gestão do tempo para gerir a sua agenda, quer em consulta, quer em sessões de educação para a saúde</p> <p>E3: A autonomia para gerir e realizar o seu trabalho</p> <p>E5: A autonomia para realizar intervenções sem o médico com quem trabalha em equipa questionar o porquê</p> <p>E6: Ter autonomia para implementar e desenvolver projetos e programas na UCC</p>
Resiliência	<p>E4: Resiliência e gosto pelo trabalho realizado para trabalhar com as condições que são oferecidas</p>

Todas as participantes indicaram a valorização do seu trabalho como força, quer fosse pelo feedback recebido pela comunidade, quer pela sensação de reconhecimento por parte dos seus pares no trabalho dentro da equipa multidisciplinar, ou pelo apoio que sentiam vindo dos seus superiores hierárquicos em relação ao trabalho realizado:

E2: Nós percebemos e todos perceberem que o EEESMO tem um papel muito interventivo e muito importante na sociedade e na comunidade. Esta é uma grande força.

E3: *A própria nossa coordenadora, também ter disponibilidade e aceitar sempre todos os desafios, que eu gosto muito de fazer coisas mais inovadoras, criativas e às vezes muito arrojadas. E normalmente ela apoia sempre essa situação, se calhar se fosse outro dizia olha deixa lá estar que estamos bem assim, não é?*

E5: *(...) uma força importante é, eu faço equipa com um profissional, com um médico, nós trabalhamos como equipa de saúde há muitos anos, que respeita muito, muito os enfermeiros em geral. Em mim em particular, porque trabalho com ele. E reconhece o esforço, ou seja, ele percebe a importância e reconhece a diferença de um enfermeiro generalista, de um enfermeiro especialista e percebe a diferença que isto fará nos cuidados às pessoas*

Segundo Amorim *et al.*, (2017), o reconhecimento do trabalho realizado gera benefícios na saúde mental dos trabalhadores, tais como a consolidação da sua identidade profissional, uma maior satisfação para desenvolver as suas tarefas e uma maior qualidade do trabalho realizado.

Quatro participantes referiram a equipa em que estão inseridos como uma força para a concretização das suas competências:

E2: *A relação de equipa é uma delas [forças].*

E4: *[a força é] ter uma boa equipa, um suporte.*

Os diferentes membros das equipas profissionais partilham uma mesma identidade, compreendendo os diferentes papéis e responsabilidade dos elementos da equipa, têm objetivos claros e estão envolvidos coletivamente (O’Leary, 2016). Quando existe comunicação na equipa e exercem as suas funções de forma cooperativa e integrada, os diferentes elementos aproximam-se entre si e valorizam a ação de cada membro no desenvolvimento das ações em saúde (Laccort & Oliveira, 2017).

Quatro participantes evidenciaram a importância da autonomia de gestão de agenda, na implementação de novos projetos ou de gestão dos cuidados de saúde como uma força:

E1: *Eu aqui [UCC] tenho a minha autonomia toda. Eu se quiser estar duas horas numa consulta de amamentação, eu estou. Se eu quiser estar num plano de parto três horas, eu estou. Se eu quiser estar no meio aquático, eu estou. Eu é que giro*

a minha agenda. Isso é que é importante. E eu estou para as senhoras. Tenho toda a disponibilidade para elas.

E5: Se eu decidir colocar um implante numa utente, está bem decidido, está bem colocado, não é questionado, não é por ter sido um enfermeiro. Se eu decidir que aquela senhora fora do rastreio tem que fazer o programa de rastreios, tem que fazer uma citologia, é feita uma citologia fora do programa de rastreios, não é questionado, ele passa a credencial, porque nós não temos autonomia ainda para isso, mas ele passa a credencial e não questiona.

A autonomia permitia-lhes não só intervir de forma independente, como sugerir novos projetos, mas também a autogestão da sua própria agenda tendo em conta as necessidades identificadas na sua população alvo por si. A autonomia em enfermagem tem sido vista como um sinal de profissionalização da disciplina e relaciona-se não só com a satisfação do enfermeiro no seu trabalho como com a qualidade deste (Itza Camargo B & Caro, 2010).

Uma participante referiu que a resiliência, para trabalhar com as poucas condições oferecidas, e o gosto pelo trabalho desenvolvido potenciam o desenvolvimento das competências EEESMO:

E4: Neste momento a resiliência. (...) realmente temos que ser muito resilientes e gostar muito do que fazemos com as condições que nos são oferecidas para nós conseguirmos fazer o nosso trabalho com o mínimo dos mínimos que nos dão.

No entanto, a literatura evidencia que esta qualidade nos enfermeiros está relacionada com as características pessoais estando tendencialmente presente em pessoas otimistas, flexíveis, com perceção de autoeficácia e com sentimentos de esperança. Esta característica conferem-lhes a capacidade de resolver situações de stress, no entanto estas capacidades também podem ser treinadas nos diferentes contextos profissionais (Brown *et al.*, 2018).

As participantes referiram que a força à rentabilização das competências EEESMO resultava da valorização do seu trabalho por parte da comunidade ou dos elementos da equipa multiprofissional, valorizavam a equipa em que estavam inseridos, mas também a autonomia que as unidades em que estavam inseridas lhes facultava na gestão dos cuidados. Como força também foi identificada uma característica intrínseca, a resiliência.

4.5 – SATISFAÇÃO DAS ENFERMEIRAS ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

A satisfação das EEESMO nos ACES relacionava-se com os fatores que as motivavam no desempenho das suas funções profissionais, por outro lado, os obstáculos à concretização das competências EEESMO estavam relacionados com os fatores desmotivadores no desempenho das suas funções profissionais.

4.5.1 – Fatores que motivam as enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde

Na tabela 7 são apresentados os fatores que motivavam as participantes no desempenho das suas funções, nomeadamente a satisfação e a confiança dos utentes, o gosto pela área da especialidade e a autonomia para gerirem a sua agenda.

Tabela 7 - Fatores que motivam as enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde

Satisfação e confiança dos utentes	Gosto pela área de especialidade	Autonomia para gerir a agenda
E2: Perceber que as suas intervenções produziram conhecimento e resultados na grávida/puérpera/casal/recém-nascido e estes virem partilhar a sua história E3: Satisfação dos utentes em relação à suas intervenções E4: Reconhecimento por parte das utentes E5: Reconhecimento das utentes que o EEESMO faz diferença nalgum tipo de cuidados E6: A adesão das utentes aos projetos e a satisfação do cliente na saúde escolar	E1: Gosto pessoal pelo trabalho que realiza E4: Gosto pessoal pelo trabalho realizado	E3: Disponibilidade para gerir a sua agenda, de modo a responder às necessidades da sua população

As participantes identificaram como principal fator de motivação a satisfação dos utentes, quer pelo feedback positivo que recebem após a implementação das suas intervenções, nomeadamente: as suas utentes voltarem a procurar os seus cuidados quando voltam a precisar; e o reconhecimento das suas competências enquanto especialistas. Esta categoria foi referida por cinco participantes:

E3: o que me motiva é a satisfação dos utentes. Temos o feedback que, por exemplo, a mãe que estava com... teve alta da maternidade, vem com suplementos, vem com mamilhos de silicone, vem aqui com uma complicação de cheia de artefactos e nós conseguirmos, em conjunto, não é? Claro que o trabalho é da mãe e do bebé, mas o vir ter connosco e pedir apoio e nós aconselharmos e vermos o evoluir da situação e o sucesso. Só isto para mim, portanto, faz com que eu continue a apostar no que estou a fazer.

E6: As utentes. A adesão das utentes o virem procurar na segunda gravidez, o contactarem para eu conhecer os bebés, isso é o que valoriza, sobretudo. Isso é o que valoriza. E na saúde escolar também valorizam, os professores dizerem que gostaram e os jovens passarem por mim e dizerem-me obrigada.

Duas participantes informaram que só por trabalharem na área profissional que gostam já se sentem motivadas:

E1: eu gosto de trabalhar com as grávidas, eu sinto uma enorme satisfação e prazer nisto que faço mesmo.

E4: a motivação é... Adoro o que faço.

Uma EESMO acrescentou que a autonomia para gerirem a sua agenda que lhe permitia atender às solicitações das utentes e a motivava:

E3: Uma coisa também que é importante é a minha disponibilidade porque acabo por, enquanto que nas unidades de saúde familiar os tempos estão limitados, aqui eu posso gerir a minha agenda e tenho muita disponibilidade com as pessoas. Por isso acaba por, pronto, ter mais atenção, talvez, e com qualidade, tempo e não haver pressas, por isso também ajuda bastante.

Os fatores que motivavam as participantes relacionavam-se com as forças ao desenvolvimento das suas competências, bem como as suas características pessoais.

4.5.2 – Fatores desmotivadores no exercício das funções das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica nos agrupamentos de centros de saúde

Na tabela 8 são apresentados os fatores desmotivadores do exercício das funções no ACES, identificados pelas participantes. Foram referidos: as condições físicas precárias, a escassez de recursos materiais e humanos, nomeadamente EEESMO, a baixa remuneração profissional, a falta de apoio para formação, a organização dos cuidados e a desunião das diferentes unidades funcionais dentro do mesmo centro de saúde.

Tabela 8 - Fatores que desmotivavam as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica no exercício das suas funções nos agrupamentos de centros de saúde

Condições físicas	E1: Espaço físico sem climatização adequada e mais salas E4: Falta de condições físicas e de materiais E6: Falta de recursos materiais e condições físicas adequados
Recursos humanos	E4: Escassez de EEESMO E6: Falta de recursos humanos, como assistentes operacionais e enfermeiros na equipa
Remuneração salarial	E5: remuneração salarial
Falta de apoio para formação	E1: Falta de apoio em formações para atualização de conhecimentos, apoio monetário e em tempo de serviço
Organização dos cuidados de saúde primários	E6: a organização dos cuidados de saúde primários que leva a que algumas utentes só tenham acesso a cuidados especializados de enfermagem muito próximo do 3º trimestre.
Desunião das Unidades dentro do centro de saúde	E3: As USF que estão ligadas à UCC não terem conhecimento dos seus programas e não ativarem a referência interna que reduziria burocracia por as utentes terem de se inscrever quando a equipa da USF podia referenciá-la com um clique.

A falta de condições físicas foi apontada por três participantes e a falta de recursos humanos, incluindo a de EEESMO foi indicada por duas participantes, estas referiram que podiam melhorar os projetos implementados, mas também implementar mais projetos com os recursos humanos adequados:

E1: Muitas vezes eu e a EEA sentimos aqui algum constrangimento, porquê? Porque temos consultas individualizadas, e o espaço, eu tenho que partilhar a sala com a EEA, porque o edifício é pequeno, não temos salas para todas, e isto aqui também às vezes cria aqui alguns constrangimentos, pronto. Mais, a preparação para o parto onde eu dou, atualmente também é uma sala fria, sem aquecimento, podia também ser melhorada, aqui há alguns aspetos que podiam ser melhorados.

E4: *os momentos que menos, não lhe vou chamar desmotivadores, mas pronto, menos motivadores é mesmo as condições físicas. Físicas e de material. E ser só eu, a única especialista de saúde materna, precisava... eu costumo dizer, se tivesse outra colega a trabalhar comigo, mas eu precisava de mais duas. Para aquilo que nós podemos fazer na comunidade e os meus projetos, entre aspas, o que eu gostaria mesmo de oferecer aos nossos utentes eu precisava de pelo menos duas colegas mais a trabalhar comigo*

Uma participante apontou a remuneração salarial como desmotivação:

E5: *A minha única desmotivação é a desmotivação de todos os enfermeiros. É a parte económica*

Outra participante indicou que o que desmotiva é a falta de apoio para realizar mais formação de atualização dos seus conhecimentos:

E1: *eu gostava de tirar vários cursos, nesta área [ESMO] (...) Eu gostava de ter todos estes cursos, como o parto fisiológico, como tudo o que... montes de coisas que a gente pode fazer, isto tudo tem um investimento, não é? E eu, para fazer estes cursos, eu teria de dar três horas da minha vida pessoal e familiar (...) é um grande custo, mais a deslocação e mais a formação (...). Eu gostava desta ajuda também da minha entidade*

Uma participante referiu que a organização atual dos cuidados de saúde primários a desmotiva:

E6: *O que desmotiva é a questão da organização dos cuidados de saúde primários neste momento*

Uma participante apontou a desunião das diferentes unidades do mesmo centro de saúde que trabalhavam em conjunto com a sua UCC nem sempre tinham conhecimento do trabalho realizado pela UCC, não encaminhando adequadamente as utentes, o que a desmotiva:

E3: *[desmotiva] a postura dos nossos pares. (...) quando eu falo de nossos pares, portanto, estou a falar dos que trabalham, portanto, aqui nas nossas unidades. Que só o fato de não encaminharem as pessoas, desmotiva. Tão simples, um clique, tão simples, um clique. Mudava tudo, portanto, mudava tudo, é isso. Eu*

estou aqui a trabalhar desde 2004 e às vezes ainda há colegas, desde essa altura, que vêm perguntar se há preparação para o parto e como é que funciona. Impressionante! Quando divulgação, nós fazemos de todas as maneiras, mesmo quando começou a aparecer o digital, os sites, as redes sociais, aqui, portanto, a comunicação interna e as pessoas continuam ainda a vir fazer questões, como é que eu envio uma senhora para a preparação para o parto. Portanto, é desmotivante, não é? (...) Mas não é só com o meu programa, são os programas da UCC. As pessoas desconhecem

Os fatores que desmotivavam as participantes eram semelhantes aos obstáculos à concretização das suas competências, como é o caso das condições físicas, da falta de recursos materiais e a falta de recursos humanos. Também foi aponte a remuneração salarial, Bernardino (2018) realizou uma revisão de literatura cujo objetivo era perceber, entre outros, a satisfação profissional dos enfermeiros e constatou que os enfermeiros não estão satisfeitos com a sua carreira profissional e a sua remuneração, concluindo que 96,5% dos enfermeiros portugueses não estão satisfeitos com a sua remuneração.

Outro aspeto apontado como fator que desmotivava foi a falta de apoio para formação. De facto, a formação, quer inicial, quer pós-graduada e também a contínua é um dos fatores que está fortemente ligada à qualidade dos cuidados, que por sua vez irá afetar a satisfação dos clientes (Varandas & Lopes, 2012). A evolução profissional, para atualização de conhecimentos ou novas competências ocorre ao longo da vida, devendo a formação contínua ser um compromisso do profissional. Para além disto, a formação contínua, tendo por base os conhecimentos anteriores, levam os formandos a detetar lacunas das suas práticas e a melhorar a sua prática e o seu desempenho no futuro (ANCC Commission on Accreditation, 2021). As vantagens da formação do profissional irão ser vivenciados por si próprio, mas com um grande impacto nos cuidados aos utentes e por sua vez na entidade patronal, pelo que a formação deve ser apoiada pelas entidades patronais. No entanto, teriam de ser avaliados os motivos desta falta de apoio, ainda mais quando também são apontadas questões como falta de outros recursos.

Quanto à desunião que uma participante que trabalhava numa UCC sentia entre as diferentes unidades do Centro de saúde, importa salientar que o Despacho nº 10143/2009 do Ministério da Saúde no 2º artigo no ponto 2 define que “a actividade da UCC desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais

unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão” (p. 15438), pelo que o trabalho de articulação entre as diferentes unidades funcionais é fundamental para a resposta adequada e de forma igualitária a todos os utentes inscritos no centro de saúde.

A satisfação profissional das participantes nesta investigação relacionava-se com a satisfação da comunidade em relação aos seus cuidados, com as equipas em que estavam inseridas e com a autonomia para gestão dos seus cuidados de enfermagem. Por outro lado, referem a necessidade de melhorias em relação às condições físicas das suas instituições e reivindicavam mais recursos humanos. Foram ainda referidos fatores desincentivadores como a remuneração salarial, a organização dos cuidados na comunidade e a desunião entre o conjunto de USF e UCC dentro do mesmo centro de saúde.

4.6 – RENTABILIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DAS ENFERMEIRAS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA COMUNIDADE

Três participantes acrescentaram que consideravam que as competências dos EEESMO na comunidade estavam mal aproveitadas.

Relativamente aos cuidados nas USF, uma participante considerava existir pouca rentabilização dos cuidados do EEESMO na comunidade:

E5: Nós somos muito mal aproveitados, (...) se me libertassem de algumas tarefas, eu acho que conseguia rentabilizar melhor o meu tempo e as minhas competências. (...) na comunidade, eu às vezes penso que os enfermeiros especialistas estão mais preparados para orientar uma consulta, que nós chamamos planeamento, mas será saúde sexual e reprodutiva, do que propriamente alguns profissionais médicos. (...) Pelo conhecimento, pela sensibilidade e, no outro dia lia um artigo, pela visão holística que os enfermeiros têm (...) um EEESMO faria a diferença na educação sexual aos jovens, às crianças, aos pais das crianças e até aos idosos.

Acrescentou ainda que sentia que as suas utentes estavam beneficiadas nas áreas de saúde materna e saúde sexual e reprodutiva, relativamente às utentes dos seus colegas sem especialidade ESMO:

E5: (...) eu acho que os meus utentes, relativamente à saúde materna, estão privilegiados, (...) se calhar em algumas áreas, eles estão desfavorecidos, mas eu acho que na parte da saúde sexual e reprodutiva os meus utentes têm privilégios que os outros não têm. Como é que nós podemos articular isto na prática? Numa USF é difícil, porque eu não posso fazer só as consultas de saúde sexual e reprodutiva dos meus colegas, porque senão os nossos indicadores vão por água abaixo. Também não está correto, porque este conceito de enfermagem de família na comunidade perdia-se.

Duas participantes que exerciam funções numa UCC consideravam que a vigilância da gravidez de baixo risco devia ser responsabilidade dos EEESMO na UCC, uma vez que a maioria dos EEESMO estará nas UCC:

E4: (...) os enfermeiros especialistas na comunidade estão sub mas subaproveitados, muito, muito, porque somos poucos, muito poucos, pelo menos aqui neste ACES (...) estamos praticamente, excetuando uma colega, estamos todos nas UCCs, as nossas responsabilidades e as nossas atividades, muito para o pré e o pós-parto, e as consultas, não. Eu acho que deveríamos ser nós a fazer as consultas, mas para isso teríamos que ser muito mais, e as utentes de baixo risco, não há necessidade de serem vistas por colegas, por médicos, não é? Bastavam ser vistas por nós.”

E6: Acho que assim como passaram a preparação para o parto para as UCCs, porque não passarem a vigilância e o pós-parto, o puerpério, o acompanhamento ser feito também pelo especialista? Mas lá está. Eu com o esquema que tenho não tinha capacidade, é verdade, também. Teria que haver outras pessoas que fizessem as outras atividades, não é?

Reforçaram que para isso teriam de ser equipados com material adequado e as equipas teriam de ser dotadas com os recursos humanos necessários e outros elementos da equipa assegurarem algumas das suas funções, para suportar esta atividade.

As participantes mostraram uma preocupação acerca do acesso a todos os utentes a cuidados especializados ESMO. De facto, uma reorganização dos cuidados de saúde na comunidade, que permita ao EEESMO na UCC vigiar processos de saúde na mulher em período fértil e no climatério, bem como a vigilância da grávida de baixo risco poderia resolver esta questão. No entanto, esta reestruturação para rentabilização das competências do EEESMO só é possível com uma adequada contratação de EEESMO para a comunidade, reforçando neste caso as equipas das UCC.

Noutros países, cuidados na comunidade prestados por *midwives* são comuns e há até projetos liderados por estas na vigilância da gravidez, como por exemplo no Reino Unido. Em 2011, na península de Wirral, na Inglaterra foi encomendado pelo National Health Service (NHS) o projeto – One to One – era liderado por *midwives* e estas trabalhavam em parceria com as grávidas com o objetivo de oferecer cuidados seguros baseados em evidência científica para serem participantes ativas no seu parto. O papel das *midwives* era o de orientar a mulher durante a gravidez, parto e puerpério e encaminhar as que apresentavam risco para cuidados obstétricos. Este modelo na comunidade requeria uma equipa de 10 *midwives* para cada 350 mulheres. Asseguravam cuidados sete dias por semana, 24 horas por dia, pelo que trabalhavam em duplas, tentando que a profissional de referência do casal assegurasse todos os cuidados. No primeiro ano, este projeto conseguiu atingir os objetivos que eram, entre outros: uma taxa de parto eutócico superior à nacional; taxa de cesariana inferior à nacional; taxa de parto instrumentado inferior à nacional e oferecer escolhas reais às mulheres baseadas em evidência (Collins & Kingdon, 2014).

Em síntese as EEESMO consideraram que a rentabilização das suas competências ESMO não é usufruída no seu potencial máximo na comunidade, mas para isso teriam de ser revisto os modelos de cuidados utilizados no SNS, nomeadamente na comunidade.

CONCLUSÃO

O ano de estágio do CMESMO foi fundamental para a aquisição e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEESMO. Esse ano, tendo por base o primeiro ano do curso, permitiu aprender e refletir sobre as várias competências, possibilitou a consolidação dos conhecimentos teóricos transpondo-os para a prática clínica.

O CMESMO permitiu-me adquirir e desenvolver conhecimentos sobre gravidez, parto, pós-parto, aleitamento materno, cuidados ao recém-nascido, nas áreas do climatério, nas situações de saúde/doença ginecológicas e na área de saúde sexual e reprodutiva, mas também foi fundamental para consolidar as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O estágio foi realizado em contexto pandémico, o que não foi facilitador das aprendizagens, no entanto fez-nos reinventar, nomeadamente no contexto da comunidade que ao ter de criar momentos de aprendizagem possibilitou o regresso de mulheres aos cuidados de saúde e a importantes momentos de aprendizagem de diferentes áreas de competência. Já no bloco de partos e internamentos de medicina materno-fetal e puerpério, a limitação do acompanhamento do pai limita as intervenções que ajudam o casal / família na transição para a parentalidade, no entanto, reforça a importância da presença do acompanhante para a mãe e RN em todos os momentos.

Os estágios foram realizados na maternidade, no bloco de partos, unidades de internamento de grávidas e unidade de internamentos de puérperas e recém-nascidos e na comunidade, em UCC e USF, sendo estes locais fundamentais para o início e aprofundamento do desenvolvimento das nossas competências. E são fundamentais para a transformação profissional que ocorre, muito em parte pela reflexão.

Estes locais possibilitam as aprendizagens com vista à consolidação de conhecimentos conforme previsto na diretiva 36/2005/CE do parlamento europeu e do conselho, nomeadamente: o aconselhamento de planeamento familiar; a vigilância da gravidez de

baixo risco e o diagnóstico precoce da gravidez de risco; o estabelecimento de programas de preparação para o parto e para a parentalidade; assistir a parturiente e vigiar o feto in útero durante o trabalho de parto; fazer o parto normal com o feto em apresentação cefálica; detetar na mãe ou no filho e que exijam a presença de médico, bem como auxiliar nas intervenções necessárias e intervir em urgência; examinar e assistir o RN; vigiar o puerpério, garantindo as melhores condições para mãe e RN; execução de tratamentos prescritos pelo médico; e redigir relatórios.

A componente clínica e a componente investigativa foram fundamentais para perceber a importância do papel do EEESMO com a mulher inserida na família e comunidade ao longo do seu ciclo vital.

Com a realização do relatório final de estágio foi possível identificar e refletir acerca da aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESMO. Foram ainda desenvolvidas competências investigativas na investigação realizada e apresentada neste relatório.

A problemática desta investigação surgiu das diferenças de experiências entre as estudantes nos seminários. Das entrevistas realizadas a EEESMO nas UCC não houve diferenças significativas, quanto à USF como apenas uma EEESMO estava inserida numa unidade dessa tipologia não foi possível concluir com rigor que todos os EEESMO exercem os seus cuidados de enfermagem tal como a participante. Creio que as perspetivas das nossas experiências podem estar relacionadas com as nossas interpretações e gostos pessoais e não tanto com diferenças significativas na atuação dos EEESMO na comunidade. Quanto a não ser possível estagiar em qualquer unidade, tal prende-se com o facto não haver EEESMO em todas as unidades.

No que se refere à componente de investigação, realizámos um estudo sobre a rentabilização das competências dos EEESMO na comunidade, no qual procuramos responder aos seguintes objetivos: identificar quais as áreas de competência rentabilizadas pelos EEESMO nos ACES Baixo Mondego e Pinhal Litoral; analisar os obstáculos à rentabilização das competências do EEESMO nos ACES do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e as forças que potenciam a sua realização; analisar o que motiva e/ou desmotiva o EEESMO nos ACES do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e qual a sua satisfação profissional.

Para responder a estes objetivos foi realizado um estudo exploratório qualitativo no qual se investigou seis EEESMO com vínculo profissional nos referidos ACES, tendo sido colhidos dados com recurso a uma entrevista semiestruturada.

As EEESMO na comunidade ocupavam lugares nas equipas nas UCC e nas USF. Tendo presente os dados fornecidos pelas seis participantes no estudo, a maioria das EEESMO na comunidade encontravam-se nas UCC.

No que se refere à rentabilização das competências definidas pela OE para os EEESMO (Regulamento 391/2019), os participantes referiram prestar cuidados especializados na sua área de competências à mulher inserida na família e comunidade, nomeadamente: no período pré-concepcional; no período pré-natal; no período pós-natal; no climatério; a vivenciar processos de saúde/doença ginecológicas, realizavam ainda estas competências com os grupos vulneráveis das suas comunidades. No entanto, apenas a participante integrada numa USF prestava cuidados no período do climatério e à mulher a vivenciar processos de saúde / doença ginecológica.

No que respeita aos obstáculos da rentabilização das competências do EEESMO nos ACES, a falta de condições físicas e de recursos materiais e humanos, o foco dos cuidados das unidades e a organização atual dos cuidados de saúde na comunidade foi referido pelas participantes como um obstáculo ao potencial máximo de desenvolvimento das suas competências.

No que se refere à satisfação profissional durante o exercício profissional, as participantes destacaram os seguintes fatores motivacionais: o reconhecimento do seu trabalho por parte da comunidade, dos seus pares e dos seus superiores hierárquicos, bem como, a equipa em que estão inseridos e ainda a sua autonomia e resiliência que lhes confere força para realizar o seu trabalho. As participantes evidenciaram ainda os seguintes fatores que as desmotivam: as condições físicas das respetivas unidades; a escassez de recursos humanos; a remuneração salarial; a falta de apoio para formação; a organização dos cuidados de saúde primários; e a desunião das unidades dentro do mesmo centro de saúde.

A satisfação profissional relaciona-se com os fatores que as motivam, que por sua vez estão relacionados com as forças ao desempenho das suas funções. Os obstáculos às suas competências nos ACES são os motivos que as desmotivam, aliados a outros fatores, que foram referidos por apenas uma das participantes como a remuneração salarial, a falta de

apoio para formação e a desunião entre as várias unidades que compõe um centro de saúde.

As participantes estavam motivadas não só em assegurar cuidados a toda a sua população como refletiam acerca da problemática do SNS não garantir cuidados especializados ESMO a toda a população. Ressalvar que um só EEESMO por unidade ou um só no centro de saúde no conjunto das unidades funcionais não será possível o desenvolvimento de todas as áreas de competência dando resposta à necessidade da população, mas um trabalho em rede / em equipa permitiria o investimento em novos projetos, em cuidados especializados à população.

Quanto à rentabilização das competências específicas definidas pela OE, verificamos que a maioria só são possíveis serem realizadas em contexto de comunidade. Mas verificamos que a forma como estão organizados os cuidados de saúde na comunidade - onde se preconiza que os EEESMO estejam unicamente nas UCC – não é facilitadora da utilização de todas as competências destes profissionais, ainda que estes as utilizem na sua prática profissional quotidiana.

Face a todo o exposto entendemos ser importante o investimento em EEESMO na comunidade de modo a garantir que todas as meninas e mulheres em idade fértil e no climatério tem acesso a cuidados especializados de proximidade, capazes de as ajudarem nos seus projetos de vida / saúde e nas diferentes transições que vivem ao longo do seu ciclo de vida, de modo a não só reduzirem a morbi-mortalidade e a sobreviverem, mas também a ajudar a que sejam prósperas e transformadoras do mundo, em igualdade de direitos e oportunidades com os homens.

Existe ainda uma indefinição nas competências entre médicos e EEESMO – nomeadamente na vigilância de grávidas de baixo risco realizadas pelos EEESMO quando não há médicos – e a deficiente rentabilização dos EEESMO por falta de medidas políticas que possibilitem o que já existe na lei em que os EEESMO estão capacitados para fazer vigilância de gravidez de baixo risco, aconselhamento e consulta de contraceção, incluindo contraceção de longa duração e fazer rastreio do cancro do colo do útero (Lei nº 9/2019 de 4 de março; Regulamento 391/2019; Parecer nº 50/2014 da MCEESMO da OE). Também neste estudo foram encontradas discrepâncias entre práticas de seis participantes EEESMO de dois ACES do centro do país. Nas UCC apenas uma EEESMO era responsável pela vigilância de baixo risco, já nas USF / UCSP o acesso

a cuidados especializados ESMO não é amplamente assegurado, sendo apenas assegurado às utentes pertencentes ao ficheiro da EEESMO.

Entendemos que muito é necessário investigar neste domínio. Entre outros, sugerimos a realização de mais estudos de modo a: conhecer a cobertura nacional e a equidade no acesso das meninas e mulheres / casais a cuidados de proximidade de EEESMO; conhecer as competências que estes desenvolvem nas diferentes unidades de cuidados na comunidade; sobreposição de cuidados entre médicos e EEESMO na comunidade; necessidades da população em saúde sexual e reprodutiva, para as quais ainda não há resposta e que podem ser atendidas pelos EEESMO; valorização e satisfação dos utentes com os cuidados dos EEESMO; e ganhos em saúde com o desenvolvimento das diferentes competências dos EEESMO na comunidade. Entendemos que este conhecimento é fundamental para construir evidencia científica que sustente a definição de políticas e a contratação de mais EEESMO para as unidades de saúde na comunidade, cumprindo-se as metas nacionais e internacionais definidas pela DGS, OMS e pela ONU.

Ao longo da realização deste trabalho deparei-me com três grandes dificuldades que se constituíram como limitações para a realização deste relatório: o tempo, a reunião de condições para início da investigação e a autoconfiança de que seria capaz. Organizar o tempo entre as diferentes dimensões da vida pessoal, profissional e académica, não foi fácil, porque a “vida não pára nem espera por nós” e não foi possível a dedicação que queria atribuir em todas as fases deste trabalho, obrigando a que tivesse de o prolongar no tempo. Os processos legais para autorização do estudo – junto da ARSC e dos ACES - e de Parecer da Comissão de Ética também foram demorados, o que acentuou as dificuldades para a gestão do (pouco) tempo de que dispúnhamos para a conclusão deste processo. A minha pouca experiência de investigação associado aos restantes fatores também potencializou as dificuldades referidas.

Mas foi possível ultrapassar todas as dificuldades e obstáculos e chegar ao dia da conclusão deste relatório, acreditando que conseguimos atingir todos os objetivos a que nos propusemos, quer na componente clínica, quer na componente de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023*. (2023). Lisboa. Portugal. Recuperado de: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf
- Amado Martins, J. C. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 12(2), 62–66. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>
- Amorim, L., Souza, N., Pires, A., Ferreira, E., Souza, M., & Vonk, A. (2017). The nurse's role: recognition and professional appreciation in the user's view. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 11(5), 1918–1926. <https://doi.org/10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201722>
- ANCC Commission on Accreditation. (2021). The value of accreditation for nursing continuing professional development: Quality education contributing to quality outcomes. *The South Carolina Nurse*, 52(2), 55–56. <https://doi.org/10.3928/00220124-20210114-01>
- Associação para o Planeamento da Família. (2012). *Conceber - Guia para profissionais e pessoas com problemas de fertilidade*. ISBN: 978-972-8291-35-8
- Aviso nº 3916/2021 de 3 de março de 2021. Diário da República, 2a Série. Parte E. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Portugal.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bernardino, E. (2018). Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal. *Ordem Enfermeiros*, 31 p. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfação-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>
- Brown, S., Whicello, R., & Price, S. (2018). The impact of resiliency on nurse burnout :

an integrative literature review. *MEDSURG Nursing*, 27(6).

Collins, M., & Kingdon, C. (2014). One to One midwives: First-year outcomes of a midwifery-led model. *British Journal of Midwifery*, 22(1).

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 161. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República, 1.ª série — N.º 38, Republica Portuguesa. Lisboa. Portugal

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. Diário da República, I Série-A (n.º 60), Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Decreto de Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. Diário da República, 1ª Série n.º 149. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.

Despacho n.º 10143/2009. Diário da República, 2.ª série — N.º 74. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Lisboa. Portugal

Despacho n.º 8254/2017. Diário da República n.º 183, Série II. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Lisboa. Portugal.

Direção Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021 - 2030 - Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal. Recuperado de: https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do conselho de 7 de Setembro de 2005. Recuperado de : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:02005L0036-20160524&from=SL>

Fewtrell, M., Kennedy, K., Lukoyanova, O., Wei, Z., Potak, D., Borovik, T., Schanler, R. (2019). Short-term efficacy of two breast pumps and impact on breastfeeding outcomes at 6 months in exclusively breastfeeding mothers: A randomised trial. *Maternal and Child Nutrition*, 15(3), 1–11. <https://doi.org/10.1111/mcn.12779>

Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*.

Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

International Confederation of Midwives. (2019). Essential Competencies for Midwifery Practice. In *People & Strategy* (Vol. 32). Recuperado de: <http://w3.bgu.ac.il/lib/customproxy.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=43594828&site=eds-live&authtype=ip,uid&custid=s4309548&groupid=main&profile=eds>

International Confederation of Midwives (2023). Who we are. Recuperado de: <https://www.internationalmidwives.org/about-us/international-confederation-of-midwives/>

Itza Camargo B, & Caro, C. (2010). El papel autónomo de enfermería en las consultas. *Avances En Enfermería*, (1), 4–12.

Laccort, A. D. E. A., & Oliveira, G. B. D. E. (2017). A importância do trabalho em equipe no contexto da Enfermagem. *Revista Uningá Review*, 29(Abril 2016), 6–10.

Lei nº 9/2009 de 4 de Março. Diário da República, 1.^a série — N.º 44. Assembleia da República. Lisboa, Pôrtugal

Lei nº 15/2014 de 21 de março. Diário da República, 1.a série nº57. Assembleia da República. Lisboa. Portugal.

Lira-Plascencia, J., Velázquez-Ramírez, N., Ibarguengoitia-Ochoa, F., Montoya-Romero, J. de J., Castelazo-Morales, E., & Valerio-Castro, E. (2013). Anticonceptivos de larga duración reversibles: Una estrategia eficaz para la reducción de los embarazos no planeados. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 81(9), 530–540.

Lowdermilk, Deitra L.; Perry, Shannon E. (2006) – *Enfermagem na Maternidade*. 7^a ed. Lusodidacta

Martins, M. de Fátima & Remoaldo, Paula. (2014). Representations of the midwife in the perspective of the pregnant woman. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 360–365. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140047>

Mclean, M. T. (2001). Primary care of the young woman - an international perspective. *Midwifery Today*, 6(4).

- Miranda, A. M. C., & Zangão, M. O. B. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20037>
- Morton, J., Hall, J. Y., Wong, R. J., Thairu, L., Benitz, W. E., & Rhine, W. D. (2009). Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *Journal of Perinatology*, 29(11), 757–764. <https://doi.org/10.1038/jp.2009.87>
- Néné, Manuela et.al. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª edição. Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-146-1
- O’Leary, D. F. (2016). Exploring the importance of team psychological safety in the development of two interprofessional teams. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 29–34.
- Organização Mundial da Saúde (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO.
- Organização Mundial da Saúde. (2021). Cobertura universal de saúde (CUS). Recuperado de: [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc))
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p. 15). p. 15. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5684/ponto-5_regulamento-padrões-de-qualidade-ce-eesmo.pdf
- Organização das Nações Unidas. (2016). Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030). In *Every woman Every Child*. <https://doi.org/10.1109/ciced.2018.8592188>
- Organização das Nações Unidas. (2018). Guia sobre Desenvolvimento Sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo. *Centro de Informação Regional Das Nações Unidas Para a Europa Ocidental*, 1–38. Recuperado de: https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-

web.pdf

Orientação nº 002/2023 da Direção Geral da Saúde. (2021). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. 1–25. Lisboa. Portugal

Orientação nº 018/2020 da Direção Geral da Saúde. (2021). COVID-19: Gravidez e Parto. 1–13. Lisboa. Portugal

Otani, Márcia, & Barros, Nelson. (2014). Pesquisa qualitativa: a possibilidade de combinar métodos. *Investigação Qualitativa Em Ciências Sociais*, 3(2), 194–199.

Parecer nº 08/2008 da Mesa do colégio da especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros. 1–2. Lisboa. Portugal

Parecer nº 23/2013 da MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Portugal.

Parecer nº 50/2014 da OE-MCEESMO. (2014). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. 3–5. Lisboa. Portugal

Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro. Diário da República, 1.^a série — N.º 201. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.

Regulamento 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.^a Série, nº26, 4744–4750. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Portugal

Regulamento 391/2019 - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. , *Diário da República*, 2.^a série — N.º 85. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Portugal.

Renfrew, M. J., et al. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

Rodríguez Nuñez, L., Nieto-Tirado, S., Falguera Puig, G., Martínez-Juan, J., & Rebollo-

Garriga, G. (2018). Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. *Matronas Profesi3n*, 19(2), 52–58. Recuperado de: http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/07/Original_Visita-preconcepcional.pdf%0D

Santo, S. (2016). Guidelines para monitoriza33o fetal intraparto - resumo do novo consenso da Figo de 2015. *Acta Obst3trica e Ginecol3gica Portuguesa*, 8–11.

Santos, M. B. dos, Royer, M. R., & Demizu, F. S. B. (2017). Metodologia de ensino por projetos: levando a pr3tica para o ensino de Ci3ncias. In: *XIII Congresso Nacional de Educa33o - EDUCERE*, 14054–14069.

Sequeira, A.; Pousa, O.; Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Sa3de Materna e Obst3trica*. 1ª edi33o. Lidel – Edi33es t3cnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-416-5

Serr3o, C. (2008). (Re) pensar o climat3rio feminino. *An3lise Psicol3gica*, 1(1 (XXVI)), 15–23.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). Consenso nacional sobre menopausa 2021. 1–200. Loures Gr3fica. ISBN: 978-989-53489-1-6

UNFPA. (2021). *Situa33o Mundial da Obstetr3cia 2021*. Recuperado de: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-unfpa-sowmy2021-pt_br.pdf

Varandas, M. de L., & Lopes, A. (2012). Forma33o profissional cont3nua e qualidade dos cuidados de enfermagem: A necessidade de uma mudan3a de paradigma educativo. *Revista Lusofona de Educa33o*, (22), 141–158.

World Health Organization. (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990-2021*. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>

Apêndice I - Projeto de estágio



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IX Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Helena Paula Correia Gonçalves

Projeto de Estágio

Coimbra, 2021



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IX Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Helena Paula Correia Gonçalves

Projeto de Estágio

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular de estágio com relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica, coordenado pela professora Maria Neto e pela professora Teresa Silva.

Coimbra, 2021

LISTA DE SIGLAS E ABREVISTURA

BP – Bloco de Partos

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

EE-ESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MBB – Maternidade Bissaya Barreto

MMF – Medicina Materno Fetal

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Sumário

INTRODUÇÃO.....	8
1. CRONOGRAMA	10
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	11
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	14
CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de estágio com relatório em enfermagem de saúde materna e obstétrica, inserida no mestrado de enfermagem de saúde materna e obstétrica, foi sugerido a realização de um projeto de estágio.

A realização de um projeto permite refletir sobre algo que se pretende que aconteça, aponta oportunidades para o futuro. Esta ideia de projeto aponta para uma proposta, proposta essa que pode ser mutável à medida que os acontecimentos vão acontecendo face à realidade que vai sendo vivenciada (Santos, Royer, & Demizu, 2017, p. 14057).

O presente projeto de estágio pretende ser uma ferramenta para orientar e facilitar as aprendizagens, com vista ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EE-ESMO). Para possibilitar o desenvolvimento destas competências são realizados ensinamentos clínicos, estes são divididos em três blocos:

- Unidades de Cuidados na comunidade e consultas externas, a realizar em: 5 semanas na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Atlântica, 5 semanas na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) Gorjão Henriques e 2 semanas na consulta externa de Obstetrícia do Centro Hospitalar de Leiria (CHL);
- Unidades de Internamento de grávidas / medicina materno fetal e unidades de internamento de puérperas, a realizar em: 4 semanas na Medicina Materno Fetal (MMF) da Maternidade Bissaya Barreto (MBB) e 3 semanas no puerpério da MBB;
- Sala / Bloco de partos, a realizar em 16 semanas no Bloco de Partos (BP) do CHL.

Posto isto, pretende-se com este trabalho definir objetivos e delinear as ações que permitirão o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas nos cuidados às mulheres/casais, inseridas na família e comunidade, ao longo do seu ciclo vital, aos homens ao longo do seu ciclo vital, aos recém-nascidos e aos jovens e casais.

A elaboração deste projeto teve por base: o regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) que define as competências comuns do enfermeiro especialista, o

regulamento nº 391/2019, que define as competências específicas do EE-EESMO e os conteúdos lecionados ao longo do primeiro ano do mestrado a frequentar.

Este documento para além da introdução e conclusão, partes integrantes de todos os trabalhos, inicia-se com um cronograma, tem um capítulo onde se abordam os diferentes objetivos para atingir as competências comuns do enfermeiro especialista e um outro capítulo onde se referem os objetivos para atingir as competências específicas do EE-EESMO.

1. CRONOGRAMA

Para melhor compreender os locais onde será possível desenvolver as competências do enfermeiro especialista e as competências específicas do EESMO elaborou-se um cronograma onde se visualiza os campos de estágio e a possibilidade de realizar experiências nas diferentes etapas do ciclo de vida feminino, com o recém-nascido, com grupos ou competência comuns a todos os especialistas. Os campos a cor representam a possibilidade de desenvolver competências.

	UCSP Atlântica	UCC Gorjão Henriques	Consulta Externa CHL	Bloco de Partos CHL	Medicina Materno Fetal MBB	Puerpério MBB
Período pré concecional						
Período Pré-Natal						
Trabalho de parto						
Recém-Nascido						
Período Pós-Natal						
Climatério						
Saúde/doença ginecológica						
Grupos						
Competências comuns do especialista						

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são transversais a todos os campos de estágio, Centro de Saúde, consulta externa, bloco de partos, medicina materno fetal e puerpério, e neles prevê-se o desenvolvimento dos quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1º Objetivo: Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, através do respeito pelas especificidades da pessoa, em todos os contactos.

Atividades/Intervenções:

- Construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente;
- Tomando decisões baseadas no conhecimento científico e experiência;
- Promovendo as práticas clínicas tendo por base a deontologia profissional;
- Desempenhando um papel de consultadoria na área da sua especialidade;
- Avaliando os resultados das tomadas de decisão.

2º Objetivo – Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais através do respeito pelas especificidades da pessoa em todos os contactos.

Atividades/Intervenções:

- Promoção da proteção dos direitos humanos através de: defesa dos direitos humanos; respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação; respeito pela confidencialidade da informação; respeito pela privacidade do cliente; respeito pelas escolhas do cliente; respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas dos clientes;
- Adotando condutas que garantam a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

B – Domínio da melhoria contínua da qualidade

Objetivo: Contribuir para a melhoria contínua da qualidade das diferentes instituições conhecendo as suas metas.

Atividades/Intervenções:

- Conhecendo os protocolos e procedimentos adotados pelas diferentes instituições;
- Colaborando para atingir as metas das instituições;
- Contribuindo para a criação de projetos de melhoria contínua e atualização de projetos já existentes;
- Participando nos projetos das instituições;
- Identificando oportunidades de melhoria.

C- Domínio da gestão dos cuidados

1º Objetivo – Gerir cuidados de enfermagem adaptados à individualidade da pessoa em todos os contactos.

Atividades/Intervenções:

- Melhorando a informação para a tomada de decisão;
- Reconhecendo quando deve negociar ou em que situações é necessário referenciar para outros profissionais especializados;
- Garantindo a aplicação das leis aos clientes.

2º Objetivo – Perceber processos de gestão observando, participando e questionando esses momentos em todas as oportunidades.

Atividades/Intervenções:

- Participação no processo de validação da segurança dos materiais, tais como confirmação de datas de validade e garantindo a sua arrumação por essas datas, na UCSP Atlântica;

- Participação nos processos de reposição e armazenamento de materiais em armazém e nas diversas salas da UCSP Atlântica;
- Participação no processo de cálculo das quantidades de material necessário para suprir as necessidades da unidade;
- Participação e observação do processo de organização de grupos para as sessões de preparação para o parto e parentalidade tendo em conta as necessidades das pessoas.

D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

1º Objetivo – Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade.

Atividades/Intervenções:

- Treinando o autoconhecimento de modo que as suas características pessoais não interfiram nas relações com os clientes e a equipa multidisciplinar;
- Reconhecendo os recursos e limites pessoais;
- Gerindo sentimentos e emoções;
- Antecipando situações potenciais de conflitualidade;
- Utilizando técnicas de resolução de conflitos.

2º Objetivo – Basear a prática clínica em evidência científica, através do estudo e investigação contínua, em todos os contactos clínicos.

Atividades/Intervenções:

- Mantendo uma procura contínua por novo conhecimento científico;
- Realização apenas de intervenções justificáveis pela evidência científica e não pela realização de intervenções de forma rotineira;
- Construção de material de leitura, sustentado em evidência científica.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O desenvolvimento das competências específicas do EESMO bem como a aquisição de aprendizagens fica facilitada com a frequência de estágios sob tutoria de enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica experientes.

1 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planejamento familiar e durante o período preconcepcional – competência a desenvolver na UCSP Atlântica e na Consulta Externa do CHL.

Objetivo 1: Promover a saúde reprodutiva da mulher/casal, utilizando estratégias de empoderamento, nas consultas préconcepcionais

Atividades/Intervenções:

- Estabelecimento de uma relação de confiança e criação de um ambiente que permita à mulher/casal verbalizar os seus objetivos reprodutivos;
- Referenciação de risco préconcepcional, que estão além da minha área de atuação, para profissional especializado.

Objetivo 2: Promover o conhecimento dos casais, no âmbito da saúde sexual, que vivenciam problemas de infertilidade, utilizando estratégias de empoderamento, nas consultas de esterilidade.

Atividades/ intervenções:

- Criação de uma relação de confiança e ambiente confortável e privado que permitam ao casal dialogar à cerca da sua sexualidade e dos seus estilos de vida para identificar se a vivência da sua sexualidade ou dos seus estilos de vida poderão estar a afetar a sua fertilidade;

- Identificação das necessidades de saúde sexual da mulher e do companheiro;
- Implementação de medidas de suporte emocional e confiança ao casal;
- Realização de ensinamentos acerca de: fisiologia da fertilidade e importância da adoção de estilos de vida saudável;
- Referenciação da mulher/homem com disfunção sexual e problemas de fertilidade, que estão além da minha área de atuação, para profissionais especializados.

Objetivo 3: Promover o conhecimento dos casais relativamente ao planeamento familiar, utilizando estratégias de empoderamento, nas consultas de planeamento familiar

- Realização de ensinamentos acerca da importância de planeamento familiar;
- Diálogo com a mulher casal de modo a explicar e demonstrar as várias opções contraceptivas e discussão do método mais adequado à mulher/casal para posteriormente facilitar esse método;
- Prática da técnica de colocação, remoção e substituição de contraceção de longa duração (contraceção intrauterina e implante contraceptivo).
- Infecções sexualmente transmissíveis

2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal – competência a desenvolver na UCSP Atlântica, UCC Gorjão Henriques, Consulta externa CHL e UMMF da MBB.

Objetivo 1: Assegurar cuidados de saúde a, pelo menos, 100 grávidas/casais, através da avaliação das suas necessidades, no período pré-natal, nas consultas de saúde materna / Obstetrícia e no internamento patológico da gravidez.

Atividade/Intervenções:

- Criação de uma relação de confiança e de um ambiente confortável que permita à grávida/casal verbalizar os seus desejos, necessidades e receios permitindo cuidados de saúde e ensinamentos adaptados à grávida/casal;

- Identificação das preferências do casal face à gravidez, parto e pós-parto.
- Monitorização da gravidez e avaliação do bem-estar materno-fetal com: manobras de Leopold; auscultação cardíaca fetal; registo cardiotocográfico;
- Identificação dos desvios do processo fisiológico da gravidez, avaliando a necessidade de mudança de comportamentos da grávida ou orientação para profissional especializado;
- Realização de ensinamentos acerca do processo fisiológico da gravidez e da importância de adoção de estilos de vida saudável;
- Realização de ensinamentos às grávidas/casais a vivenciar gravidez com patologia acerca da autovigilância da sua patologia e dos comportamentos a adotar para promoção da sua saúde e da saúde do feto;
- Participação no projeto de preparação para o nascimento e parentalidade da UCC Gorjão Henriques e do CHL.

Objetivo 2: Assegurar cuidados de saúde à mulher em situação de abortamento, utilizando estratégias de empoderamento, na consulta externa do CHL e na UMMF da MBB.

Atividades/intervenções:

- Prestação de apoio emocional à mulher/casal em situação de abortamento ou interrupção médica da gravidez, criando espaço confortável e tempo que permita à mulher verbalizar os seus receios ou vivenciar a situação em silêncio;
- Participação na consulta de saúde reprodutiva (interrupção voluntária da gravidez);
- Realização de ensinamentos acerca dos cuidados a adotar em situação de abortamento;
- Realização de ensinamentos acerca de: interrupção voluntária da gravidez, promovendo uma decisão esclarecida da mulher; cuidados durante o momento de abortamento e após interrupção da gravidez; importância de adesão à consulta de seguimento da mulher após interrupção da gravidez; importância de utilizar um método contraceptivo adequado à mulher.

3 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto
– competência a desenvolver no Bloco de Partos do CHL.

Objetivo 1: Assegurar cuidados de saúde a, pelo menos, 40 grávidas/casais, através da avaliação das suas necessidades, no trabalho de parto, no bloco de partos do CHL.

Atitudes/Intervenções:

- Criação de um espaço e tempo que permita conhecer a grávida/casal e permita a verbalização dos seus desejos e necessidades;
- Promoção de condições que permitam à grávida/casal um ambiente adaptado às suas necessidades e desejos;
- Criação de uma relação de confiança que permita à grávida/casal exprimir o que pretendem no seu parto e valorizar e respeitar o plano de parto da grávida/casal, caso este exista (dentro das regras da instituição e experiência profissional);
- Promoção de um ambiente adequado à grávida e auxiliá-la na adoção de estratégias que facilitem a sua vivência do 1º estágio do trabalho de parto;
- Adoção de estratégias que promovam a dilatação, nomeadamente permitindo à grávida o livre movimento, se o seu estado permitir e se assim esta o desejar;
- Realização de estratégias de alívio de dor durante o trabalho de parto adequadas ao desejo da grávida;
- Execução de, pelo menos, 40 partos;
- Identificação de desvios do processo fisiológico do trabalho de parto e realizar as intervenções necessárias para o regresso ao processo fisiológico/ pedir ajuda atempadamente;
- Realização das seguintes técnicas: manobras de Leopold; auscultação cardíaca fetal; toque vaginal, quando é necessário; monitorização cardiotocográfica;
- Avaliação o bem-estar materno fetal, através de RCT e a sua avaliação;
- Realização da técnica de episiotomia, apenas quando necessário;
- Realização de episiorrafia, após episiotomias ou lacerações;
- Avaliação das características da placenta;
- Promoção e encorajamento do casal para verem a placenta e explicação das suas estruturas;
- Participação na criação de um projeto que dê visibilidade e divulgue as práticas clínicas realizadas no CHL.

4 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

– Competência a desenvolver no BP do CHL e no puerpério da MBB

Objetivo 1: Assegurar cuidados de saúde a, pelo menos, 100 puérperas/casais através da avaliação das suas necessidades, no pós-parto.

Atitudes/intervenções:

- Avaliação do estado da puérpera e identificação de desvios do processo fisiológico no puerpério, realizando as intervenções necessárias para o retorno ao processo fisiológico ou encaminhamento para profissional especializado;
- Realização da técnica de avaliação do Globo de segurança de Pinard;
- Realização de ensinios acerca de: alterações fisiológicas no puerpério; aleitamento materno/artificial; cuidados ao recém-nascido; cuidados de higiene; alimentação; exercício físico; sexualidade e contraceção;
- Avaliação e supervisão da mulher/casal no que respeita ao aleitamento (materno ou artificial, tendo em conta a vontade da mulher);
- Realização de apoio ao aleitamento materno, garantindo que em caso de aleitamento materno, o bebé mame na primeira hora de vida, cumprindo um dos objetivos da instituição.

Objetivo 2: Assegurar cuidados de saúde a, pelo menos 100 recém-nascidos através da avaliação das suas necessidades na adaptação à vida extrauterina, no bloco de partos do CHL e no puerpério da MBB.

Atitudes/intervenções:

- Avaliação do recém-nascido, assegurando todos os cuidados necessários;
- Identificação dos desvios à adaptação à vida extrauterina normais, executando as intervenções necessários ou encaminhar para profissional especializado;
- Preparação o ambiente para o recém-nascido em caso de ser necessário reanimação;
- Participação no processo de reanimação, se houver oportunidade.

5 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período climatérico – competência a desenvolver na UCSP Atlântica.

Objetivo 1: Promover a transição saudável para o período climatérico, utilizando estratégias de empoderamento, em todas as consultas de saúde da mulher.

Atividade/intervenções:

- Realização de ensinamentos acerca do processo de transição para a menopausa e das alterações fisiológicas da menopausa;
- Criação de uma relação de confiança e de um ambiente que permita à mulher verbalizar os seus desconfortos;
- Identificação de sintomatologia exacerbada e intervir ou orientar para profissional especializado.

6 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica – competência a desenvolver na UCSP Atlântica.

Objetivo 1: Promover a transição no processo saúde/doença ginecológica utilizando estratégias de empoderamento em todas as consultas de saúde da mulher UCSP Atlântica.

Atividades/Intervenções:

- Realização de ensinamentos acerca da técnica de palpação mamária como forma de prevenir patologia mamária;
- Realização de treino da técnica de palpação mamária;
- Validação da técnica de palpação mamária;
- Realização de ensinamentos acerca do cancro do colo do útero: prevenção e deteção;
- Construção material de leitura sobre o cancro do colo do útero e o seu rastreio;

Objetivo 2: Identificar, pelo menos, 5% das mulheres, com indicação para realizar a repetição de rastreio de cancro do colo do útero, através do programa Siimas rastreio, no ano 2021, associadas ao ficheiro de utentes atribuídos à enfermeira tutora.

- No programa Siimas Rastreio localizar as mulheres com indicação para realizar colpocitologia;

- Contacto com as mulheres para validar a ausência de realização de citologia cervical e marcar a sua realização;
- Execução de, pelo menos, 10 colpocitologias;
- Realização de ensino sobre o processo pós colheita e sobre a importância da participação da mulher na manutenção dos seus processos saúde/doença ginecológica.

7 – Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade – competência a desenvolver na UCC Gorjão Henriques.

Objetivo: Assegurar a aquisição de conhecimentos do grupo de grávidas, utilizando estratégias de empoderamento, em todas as sessões de preparação para o nascimento e parentalidade.

Atividades/Intervenções:

- Realização de ensinamentos acerca do processo fisiológico da gravidez;
- Realização de ensinamentos acerca da importância da mobilidade da bacia durante a gravidez e o trabalho de parto para o parto fisiológico;
- Execução dos diferentes movimentos da bacia
- Validação dos movimentos da bacia realizados pelas grávidas, através do questionamento do que sentiram com o movimento;
- Realização de ensinamentos acerca do trabalho de parto fisiológico;
- Realização de ensinamentos acerca das medidas que promovem a fisiologia do trabalho de parto e parto;
- Realização de ensinamentos acerca dos movimentos que auxiliam no trabalho de parto;
- Execução dos movimentos que auxiliam no trabalho de parto;
- Validação dos movimentos que auxiliam no trabalho de parto, através do questionamento da sensação que os movimentos lhes provocaram;
- Realização de ensinamentos acerca da importância da dor no parto;
- Realização de ensinamentos acerca das opções de controlo da dor;
- Realização de ensinamentos acerca dos procedimentos de autocontrolo da dor;
- Execução dos procedimentos de autocontrolo da dor;

- Validação dos procedimentos de autocontrolo da dor, através do questionamento da sensação que o procedimento provocou;
- Realização de ensinios acerca dos cuidados ao recém-nascido;
- Realização de ensinios acerca das alterações fisiológicas do puerpério;
- Realização de ensinios acerca das necessidades da mulher no pós-parto;
- Realização de ensinios acerca das medidas que auxiliam no pós-parto fisiológico;
- Realização de ensinios acerca do processo de aleitamento materno.

CONCLUSÃO

Desenvolver este projeto de estágio permitiu-me delinear um percurso para as minhas aprendizagens ao longo do estágio, bem como definir objetivos com vista a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EESMO.

Uma dificuldade sentida ao construir este projeto, foi desenhá-lo sem conhecer o espaço físico e a realidade de cuidados dos diferentes serviços e unidades, o que pode ser uma condicionante para atingir todos os objetivos.

No entanto, um projeto é um caminho para o futuro que se pode e deve adaptar às circunstâncias da realidade vivenciada, pelo que deve estar em constante avaliação e adaptação às diferentes circunstâncias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (p. 15). p. 15. Acessível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5684/ponto-5_regulamento-padrões-de-qualidade-ce-eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento 391/2019 - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário Da República, 2.a Série — N.o 85. Acessível em <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26. Acessível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Santos, M. B. dos, Royer, M. R., & Demizu, F. S. B. (2017). Metodologia de ensino por projetos: levando a prática para o ensino de Ciências. *In: XIII Congresso Nacional de Educação - EDUCERE*, 14054–14069.

Apêndice II - Projeto: estruturação e divulgação da nossa prática para um plano de nascimento de um parto fisiológico

IX Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ano Letivo 2019/2020

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Autoras: Helena Paula Correia Gonçalves e Enfermeira Especialista Irene Silva

Projeto: estruturação e divulgação da nossa prática para um plano de nascimento de um parto fisiológico

1. Descrição

Visão: Ser centro de referência na escolha das grávidas/casais para uma experiência de Parto positiva

Missão: Oferecer cuidados com qualidade e segurança na área de saúde materna e obstetrícia que vão ao encontro das escolhas das grávidas para o plano de nascimento formando o conceito de consumidor responsável na tomada de decisão.

Valores:

Respeito

Equidade

Eficiência

Responsabilidade

Honestidade

Transparência

Na elaboração deste projeto usamos a análise SWOT; elemento importante do planejamento, para identificar as forças, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças que nos permitem desenvolver esta ação de melhoria para uma vantagem competitiva.

Identificamos os **aspectos positivos** do nosso ambiente interno: boa localização geográfica, instalações amplas, salas individuais que asseguram a privacidade da grávida/casal e equipa especializada; bem como alguns **aspectos negativos** a serem minimizados: afirmação de uma política de comunicação e ausência de programas estruturados.

A nível do ambiente externo identificamos algumas **oportunidades** a serem potencializadas: liberdade de escolha e a publicação de Leis que estabelecem os direitos na proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério (Lei nº 110/2019). As **ameaças** a esbater: concorrência privada e a visibilidade de planos estruturados.

Este projeto é um contributo para a atualização do Site do serviço e visa melhorar a imagem do Bloco de partos, diferenciar o serviço perante a concorrência, mudar comportamentos e evitar o desvio de utentes para outras maternidades.

A afirmação dos direitos das utentes desencadeou em nós uma preocupação na melhoria da qualidade da experiência de parto positiva que estas podem vivenciar com uma visão de maior proximidade.

2. Objetivo

- Contribuir para a experiência de parto positivo vivenciada por todas as mulheres e casais do CHL;
- Adequar expectativas das grávidas/casais;
- Permitir que a grávida/casal construam um plano de nascimento, tendo em conta a realidade do CHL;
- Dar visibilidade e valorizar o trabalho dos profissionais de saúde;
- Ganhar vantagem competitiva em relação à concorrência de modo a garantir a sobrevivência, permanência e destaque no mercado;
- Implementar um programa efetivo de mudança para melhorar a fase de transição no processo de saúde que os casais experienciam durante o trabalho de parto.

3. Âmbito

Este projeto é direcionado para a comunidade de grávidas/ casais para promover a literacia em saúde, adequar as expectativas ao nível de risco da gravidez/parto e otimizar escolhas para uma parentalidade positiva e segura.

4. Responsabilidade

Enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica adota uma postura mais participativa face às vontades expressas da grávida/casal de forma a criar um diferencial competitivo, fidelizar os utentes e produzir ganhos em saúde para a comunidade.

5. Pressupostos

A lei nº 110/2019, artigo 15º - E prevê os seguintes cuidados para a elaboração do plano de nascimento:

“1 - Os serviços de saúde que acompanhem mulheres grávidas ou casais garantem o seu **direito a um plano de nascimento**, salvo se os mesmos declararem expressamente que não pretendem ter um plano de nascimento.

2 - Na elaboração do plano de nascimento é **prestado apoio à mulher grávida ou ao casal**, tendo por base um diálogo construtivo, no respeito pelo contexto cultural e pessoal da grávida, informando e esclarecendo a grávida ou o casal nas consultas de seguimento da gravidez ou nos cursos.

3 - A **vontade manifestada por parte da mulher grávida ou do casal no plano de nascimento deve ser respeitada, salvo em situações clínicas que o desaconselhem**, tendo em vista preservar a segurança da mãe, do feto ou do recém-nascido, as quais devem ser sempre comunicadas à grávida ou ao casal, estando condicionada aos recursos logísticos e humanos disponíveis no momento do parto.

4 - **O plano de nascimento deve contemplar práticas aconselhadas pelos conhecimentos científicos**, que sejam benéficas ao normal desenrolar do processo do parto e que não coloquem em risco a saúde e a própria vida da mãe, do feto ou do recém-nascido, assim como englobar procedimentos para os quais a equipa de saúde considere ter condições ou experiência para realizar com segurança.

5 - Em todo o processo do parto é assegurado o cumprimento do consentimento informado, esclarecido e livre, por parte da mulher grávida.

6 - A mulher grávida pode a todo o tempo, inclusive durante o trabalho de parto, modificar as preferências manifestadas previamente no plano de nascimento.”

6. Procedimento

1 – Criar um documento estruturado com as práticas seguras no bloco de partos para uma experiência de nascimento positiva em parto fisiológico que permitam escolhas informadas na tomada de decisão para a elaboração do plano de nascimento de cada grávida/ casal.

2 – Divulgar as práticas seguras no âmbito da fase de transição no processo de saúde experienciado na gravidez, parto e puerpério.

2.1 Locais para divulgação da informação: através do site do serviço e através do envio de informação das nossas práticas para os cuidados de saúde primários e para os responsáveis pelos cursos de preparação para o parto e parentalidade da região

2.2 - Permitir uma escolha informada pelo casal, para o local de parto, entre as diferentes instituições nacionais, tendo em conta as práticas realizadas na instituição e não apenas a acessibilidade e localização.

Práticas seguras no bloco de partos para uma experiência de nascimento positiva em parto fisiológico

- Acolhimento da parturiente na unidade por enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia respeitando, raça, crenças e costumes.
- Identificação do profissional responsável pela continuidade na prestação de cuidados.
- Abertura ao diálogo respeitando os seus direitos, a satisfação das suas necessidades e expectativas.
- Empoderar grávida /casal para a tomada de decisão responsável.
- Liberdade de escolha na posição de trabalho de parto e parto (se condição clínica)
 - Deambulação durante o Trabalho de parto
 - Bola de pilates
 - Posicionamento em mesa de parto articulada (faz cadeira e arco)
- Uso de duche durante o trabalho de parto com vontade expressa.
- Observações necessárias para o nascimento seguro.
- Liberdade para uso de telemóvel para comunicação direta com familiares
 - Liberdade de escolha para uso de musicoterapia à sua escolha, ou outra terapia, que não interfira com o bem-estar das outras grávidas/casais ou cuidados a prestar pela equipa.
- Pulseira de identificação na mãe e RN com dupla verificação
- Pulseira de segurança no RN

- Corte do cordão umbilical pela mãe /acompanhante (se condição clínica)
- Corte de cordão umbilical tardiamente (se condição clínica)
- Amamentação na 1ª hora de vida, respeitando as escolhas da mãe
- Liberdade de escolha na roupa da mãe e do RN
- Contacto pele a pele após manifestação expressa da mãe.
- Presença do acompanhante escolhido pela parturiente.
- Hidratação (soroterapia e pequenos goles de água)
- Presença mínima de profissionais na unidade respeitando a privacidade.
- Promoção de ambiente calmo com luz indireta.
- Promoção de técnicas não farmacológicas para alívio da dor
- Analgesia Epidural mediante escolha informada
- Monitorização cardíaca do feto e das contrações uterinas
- Esclarecimento sobre a evolução das diferentes fases do TP.
- Acompanhamento por enfermeira especialista nas diferentes fases do TP
- Empoderamento da parturiente nos esforços expulsivos
- Episiotomia (corte), se necessário, e após escolha informada
- Dequitação natural da placenta
- Permanência do RN junto da mãe (se condição clínica)
- Apoio na amamentação com promoção do autocuidado e livre demanda.
- Capacitação para cuidar do RN em segurança.

➤ Indução do TP, se condição clínica exigir

➤ Escolha Informada para a presença de estagiários na unidade.

Apêndice III – Proposta de Procedimento: Criação de consulta telefónica pós alta de apoio/seguimento da puérpera/família

IX Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ano Letivo 2019/2020

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Autora: Helena Paula Correia Gonçalves

Proposta de Procedimento:

Criação de consulta telefónica pós alta de apoio/seguimento da puérpera/família

1. Descrição

Esta proposta de procedimento pretende o apoio à puérpera/família por enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, integrante da equipa de enfermeiros do puerpério da Maternidade Bissaya Barreto, nas primeiras 24h após a alta através de entrevista telefónica e de transmissão de contacto telefónico de apoio ao puerpério em casa a todos os casais.

2. Objetivo

- Garantir a continuidade de cuidados após a alta;
- Permitir que a grávida/casal reflitam acerca das mudanças e possa expor as suas dúvidas e anseios, mesmo após a alta;
- Perceber a adaptação do recém-nascido no seu agregado familiar;
- Perceber a satisfação da puérpera/família em relação ao internamento.

3. Âmbito

Promover a continuidade de cuidados nos primeiros tempos após a alta e ser elemento de referência a quem a família possa expor as suas dúvidas.

4. Responsabilidade

Enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica em parceria com a puérpera/casal.

5. Pressupostos

O puerpério consiste num período de alterações físicas e psíquicas que ocorrem após o parto, estas alterações ocorrem normalmente até às 6 semanas após o parto. Um dos fatores que apoiam a adaptação nesta fase é o cuidado e o apoio oferecido por profissionais de saúde (Nené, et al, 2016 p. 438).

As alterações ocorridas na mulher e família tornam o puerpério um período vulnerável a situações de crise. O apoio que os enfermeiros dão à mulher/família é fundamental para prevenir desajustes familiares, promovendo assim o bem-estar e saúde da família. “O EESMO é o membro da equipa multidisciplinar que potencia a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 49).

6. Procedimento

1 – No momento da alta, disponibilizar à puérpera/casal um contacto de apoio.

2 - Informá-la da existência de uma consulta telefónica nas primeiras 24 h após a alta. Questioná-la se pretende ser contactada no dia seguinte à alta. Questionar qual o número de telefone para o qual quer ser contactada.

3 – Dia da entrevista: Contactar a puérpera;

3.1 - Aplicar uma entrevista semi-estruturada onde se questione o estado do recém-nascido, como foi a alimentação do recém-nascido no domicílio, o estado das mamas, a eliminação dos lóquios, se tem tido dores, o estado emocional da puérpera e como tem sido o apoio familiar.

3.2 – Esclarecer as dúvidas da puérpera/casal. Eventualmente estas dúvidas podem ir surgindo ao longo da entrevista e esclarecidas logo;

3.3 – O grau de satisfação com os cuidados à puérpera/recém-nascido/casal no internamento. Se não estiver satisfeita questionar o motivo, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados;

3.4 – Questionar o que acha que devia ser melhorado durante o internamento.

4 – Reforçar a disponibilidade da equipa para eventuais contactos para a linha de apoio fornecida no dia da alta.

7. Referências bibliográficas

Néné, Manuela et.al. (2016) – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ª edição.
Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-146-1

Ordem dos Enfermeiros (2015) – Livro de Bolso enfermeiros especialista em saúde materna e obstétrica / Parteiras. Disponível em: <
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf>

Apêndice IV – Cartaz: rastreio cancro do colo do útero

Rastreo do cancro do colo do útero

O rastreio do cancro do colo do útero deve ser assegurado a todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos.

Este rastreio é feito através de uma colpocitologia, que vai permitir a identificação de presença de HPV (Vírus do Papiloma Humano).

O HPV é o responsável por infeções ginecológicas e cancro do colo do útero

Todas as mulheres entre os 25 anos e os 64 anos devem repetir a citologia de 5 em 5 anos.



Prevenção de infeção de HPV

- Usar preservativo (a transmissão ocorre via sexual)
- Adesão ao rastreio (mulheres)
- Vacinação – Todas as crianças aos 10 anos e mulheres com indicação clínica

Apêndice V – Desdobrável: rastreio cancro do colo do útero

Quando repetir a colpocitologia

De 5 em 5 anos, se não for detetada nenhuma infecção na citologia anterior.

Quem está excluído do Programa do Rastreio do cancro do colo do útero?

- Exclusão definitiva: diagnóstico de cancro do colo do útero;
- Exclusão temporária: presença de sinais ou sintomas ginecológicos



Rastreio do cancro do colo do útero

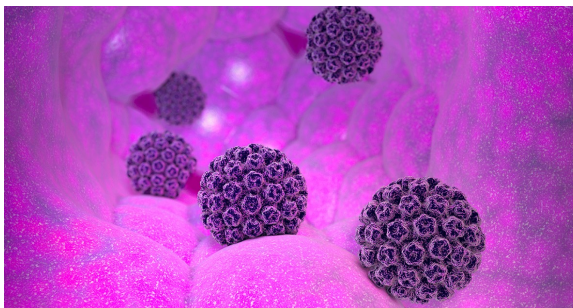
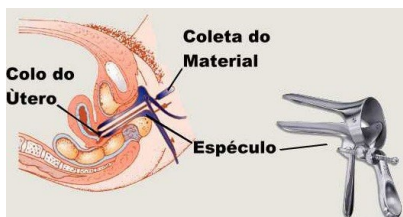
Rastreio

Um rastreio é um exame de diagnóstico em pessoas que não apresentam sintomas. O objetivo deste exame é reduzir a mortalidade e morbilidade através de um diagnóstico precoce da doença. Em Portugal o programa de rastreio do cancro do colo do útero, permitiu reduzir a mortalidade por este cancro em 80%

O rastreio do cancro do colo do útero deve ser assegurado a todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos.

Este rastreio é feito através de uma colpocitologia—exame ginecológico que permite a recolha de células da mucosa do colo do útero, permitindo o diagnóstico ou prevenção do cancro do colo do útero ou doenças sexualmente transmissíveis.

A colpocitologia vai permitir a identificação de presença de HPV (Vírus do Papiloma Humano).



HPV

O HPV é responsável pela maioria das infeções ginecológicas, muitas vezes estas infeções desaparecem espontaneamente sem terem sido detetadas.

O HPV engloba mais de 200 vírus. Os tipo de HPV transmitidos sexualmente dividem-se em duas categorias:

- HPV de baixo risco: provocam o aparecimento de verrugas nos órgãos genitais e ânus;
- HPV de alto risco: podem causar cancro.

Porque deve fazer este rastreio?

Este rastreio deve ser feito porque a maioria das infeções não provocam sinais ou sintomas, levando a que a pessoa infetada tenha o vírus muito tempo sem o saber.

Como se transmite o vírus?

Por via sexual através do contacto da pele com a mucosa.

Quando deve repetir a colpocitologia:

De 5 em 5 anos, se não for detetada nenhuma infeção no exame anterior.

Como prevenir a infeção por HPV:

1. Usar preservativo;
2. Aderir ao programa de rastreio do cancro do colo do útero (no caso das mulheres);
3. Vacinação—a todas as crianças aos 10 anos e a mulheres com indicação médica



Apêndice VI – Guia de saúde materna

Guia de saúde Materna



UCSP Atlântica

Telefone Geral 244 572920

Horário 08h30 às 12h 45 / 14:00h às 16:15

"Não existem atalhos seguros para engravidar, para a gestação, o parto ou a parentalidade.

É preciso confiar no seu processo, gestar por 9 meses, enfrentar o parto que cada mulher precisa viver e aprender que são os filhos que nos ensinarão a criá-los diariamente. "

Cacau Prado

Índice

<i>Nota Introdutória</i>	4
<i>Desenvolvimento Fetal</i>	5
<i>Vigilância da gravidez</i>	7
<i>Alimentação</i>	10
<i>Desconfortos da Gravidez</i>	12
<i>Bem-estar na gravidez</i>	17
<i>Preparação para o Nascimento</i>	21
<i>Mala da Maternidade</i>	23
<i>Trabalho de Parto</i>	24
<i>Aleitamento Materno</i>	27
<i>Puerpério</i>	32
<i>O Recém-Nascido</i>	33
<i>Transição para a Parentalidade</i>	38

Nota Introdutória

Este guia de saúde materna tem o objetivo de ajudar o casal a vivenciar a sua gravidez, preparar-se para o nascimento e parentalidade. É um material de leitura a fornecer aos utentes das consultas de saúde Materna da UCSP Atlântica.

Não foi escrito para ser uma verdade absoluta, mas antes para ser um auxílio, para suscitar dúvidas que possam depois ser esclarecidas pelo seu enfermeiro. Este guia não substitui os ensinamentos que são feitos, mas antes pretende complementá-los.

Vivenciem com amor esta fase da vida e preparem-se para a chegada do vosso filho.

Desenvolvimento Fetal

A gravidez tem duração de 10 meses lunares, 9 meses solares (os que contamos no nosso calendário, 40 semanas ou 280 dias. A sua contabilização inicia-se no dia da última menstruação. A gestação vai-se iniciar no momento em que um espermatozoide consegue chegar até ao óvulo e fecundá-lo.



Após a fecundação inicia-se uma sucessiva divisão celular e uma viagem do ovário, pelas trompas de Falópio, até atingir o útero. Uma vez chegado ao útero dá-se a **implantação no útero**. Estas células são consideradas agora o **embrião**. O estágio de embrião é o tempo mais crítico da gestação, sendo fundamental para a viabilidade da gravidez. Este período dura até mais ou menos à 8ª semana.

A partir da 8ª semana o nosso embrião mede aproximadamente 3cm e passa a chamar-se **feto**. Às 8 semanas, o corpo está relativamente bem formado, apresenta nariz achatado e olhos afastados, os dedos estão formados e a cabeça começa a elevar-se, também as orelhas e a boca já são identificáveis.

Às 12 semanas o feto já se assemelha a um ser humano, aparecem as unhas. Às 16 semanas o rosto aparenta o de um humano e, finalmente, os olhos, ouvidos e boca apresentam-se do local típico; a relação dos membros superior e inferiores começa a ser proporcional; aqui começa a aparecer o cabelo.



O vernix que vai proteger a pele do nosso bebé aparece pelas 20 semanas. As pernas começam a alongar-se consideravelmente. Já às 24 semanas o nosso bebé apresenta corpo magro, mas proporcional, a pele ainda é bastante enrugada; começam a formar-se as glândulas sudoríparas; o bebé já consegue ouvir. É, também, às 24 semanas que o nosso feto atinge o limite da viabilidade, isto é, se o bebé nascer já tem alguma probabilidade de sobreviver.

Às 30 semanas o bebé já deve ter adotado a posição do nascimento, nesta semana o paladar está presente e o bebé já consegue distinguir os diferentes sabores do líquido amniótico (o sabor do líquido amniótico é influenciado pela alimentação da mãe, por isto é tão importante uma alimentação variada desde a gravidez). Às 36 semanas apresenta pele rosada e corpo arredondado, o lanugo começa a desaparecer. A partir das 37 semanas

o nosso bebê é considerado de termo, já está preparado para nascer. Às 40 semanas os bebês já apresentam uma pele lisa e rosada o vernix já é escasso, a cartilagem do nariz e do ouvido está formada. O bebê já desenvolveu completamente e está preparado para nascer.



Vigilância da gravidez

É necessário vigiar a gravidez para garantir que esta decorre no seu curso normal e para detetar alguma alteração atempadamente.

Uma gravidez de baixo risco pode ser vigiada no centro de saúde pelo seu médico de família e enfermeiro de família.

Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar (...) nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal. O risco, sendo dinâmico ao longo da gravidez, deve ser reavaliado em todas as consultas (DGS, 2015).



A vigilância da gravidez pressupõe um número mínimo de consultas, ecografias e exames laboratoriais.

Consultas

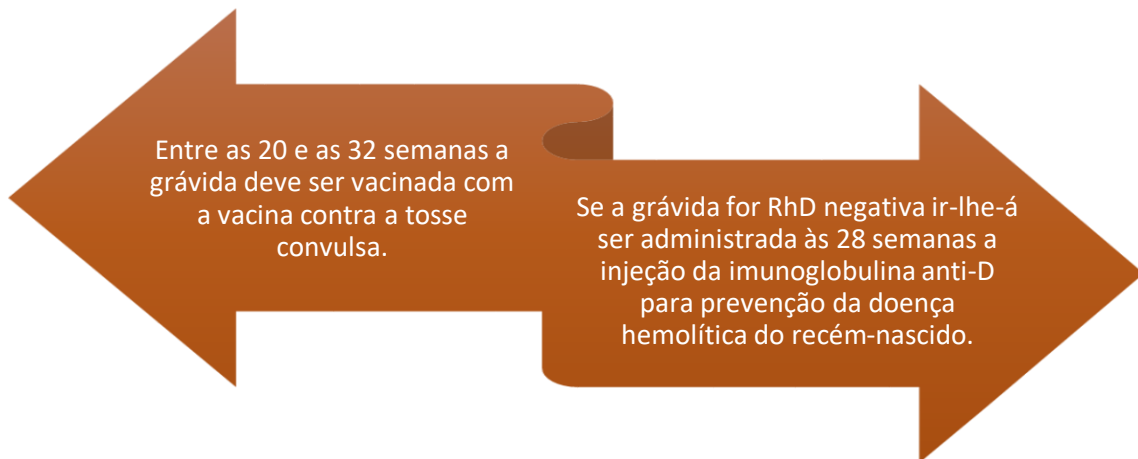
A primeira consulta deve ser o mais cedo possível, e até às 12 semanas de gravidez;

Após a primeira consulta deve realizar consulta a cada 4 – 6 semanas até às 20 semanas;

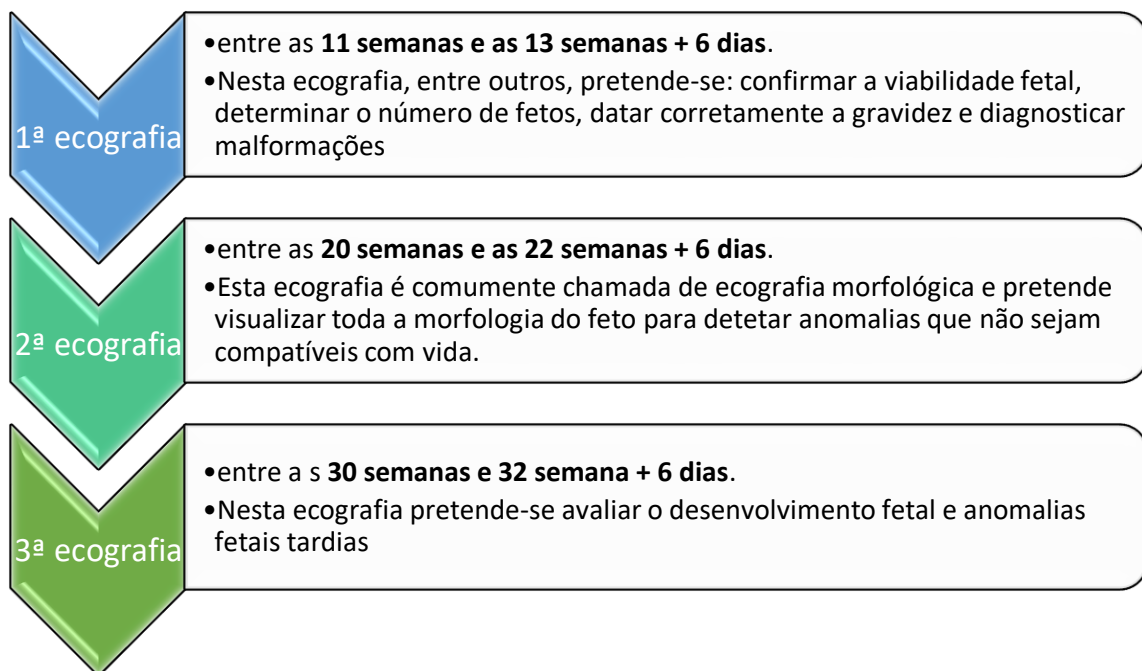
A cada 2 – 3 semana entre as 30 e as 36 semanas;

A cada 1 – 2 semanas das 36 até ao parto.

Entre as 36 semanas e as 40 semanas cada grávida casal deve ter acesso a uma consulta no hospital onde se prevê que venha a ocorrer o parto.



Ecografias



Análises Laboratoriais

Análises clínicas a realizar antes das 13 semanas de gravidez;

Entre as 24 e 28 semanas faz novamente análises ao sangue. Nesse dia irá também fazer



a **Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO)** para detetar o risco de diabetes Gestacional. As grávidas que já foram diagnosticadas com diabetes gestacional ou com diabetes prévio à gravidez não foram a PTGO.

Entre as 32 e as 34 semanas repete novamente análises.

Entre as 35 e as 37 semanas irá fazer uma **zaragatoa vaginal e anal** para deteção da bactéria streptoB. Caso tenha esta bactéria pode ter um parto via vaginal, no entanto é necessária administração de antibiótico durante o parto.

Alimentação

A alimentação na gravidez deve ser variada e com cuidados acrescidos na manipulação de alguns alimentos para prevenir intoxicações ou indisposições na mãe e complicações para o bebê.

As refeições devem ser pequenas, várias vezes ao dia (cerca de 6 refeições por dia), o ideal de 3/3horas e diversificadas.

Os alimentos devem ser consumidos nas proporções recomendadas pela roda dos alimentos.

A carne e peixe devem ser alternados e de preferência cozidos ou grelhados.

Recomenda-se a ingestão de 2L de água.



Os alimentos recomendados na gravidez são:

- ovos
- peixe gordo
- carnes brancas ou vermelhas
- ervilhas
- feijão
- grão
- favas
- lentilhas
- leite
- queijo
- iogurtes
- vegetais
- fruta
- líquidos (água, infusões, sopa)

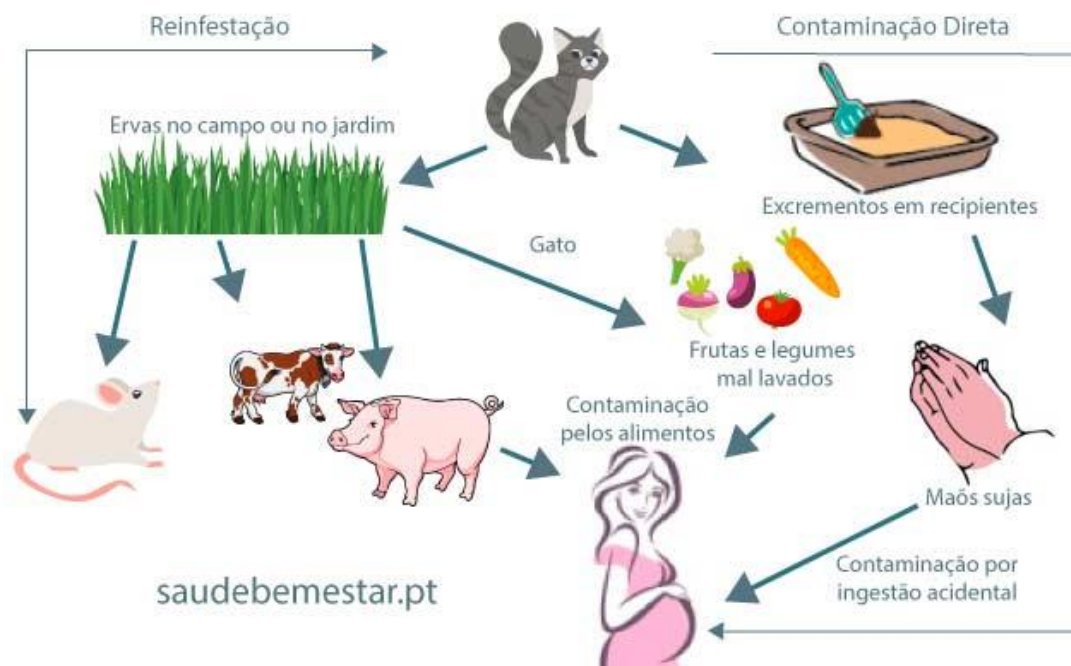
Os alimentos que devem ser evitados:

- leite e laticínios não pasteurizados
- queijo fresco
- requeijão
- queijos mal curados
- enchidos e fumados
- marisco
- enlatados
- peixes com alta concentração de mercúrio (peixe-espada, cação, espadarte, tamboril, tintureira, atum)
- carne, peixe e ovos malcozinhados
- patês
- alimentos e bebidas doces
- alimentos com excesso de sal ou com aditivos
- café, chá e refrigerantes com cafeína
- bebidas energéticas

Durante a gravidez é muito importante saber se a grávida é imune à **toxoplasmose**. A toxoplasmose é uma infeção causada por um parasita – toxoplasma gondii. A transmissão ocorre por contacto com alimentos contaminados, através da ingestão de alimentos crus ou malcozinhados; através de terra que contenha fezes de gatos (geralmente portadores do parasita). Esta infeção é geralmente assintomática para o ser humano. No entanto, quando contraída na gravidez pode provocar lesões fetais e mesmo morte fetal. Por este motivo, mulheres não imunes à toxoplasmose devem ter os seguintes cuidados:

- ✓ lavar bem as mãos e todos os utensílios de cozinha durante a preparação de alimentos, nomeadamente após manusear carne crua;
- ✓ descascar e/ou lavar bem as frutas e os vegetais;
- ✓ cozinhar bem os alimentos;
- ✓ não beber água que não esteja tratada;
- ✓ utilizar luvas e lave as mãos após atividades de jardinagem ou após mudar a areia dos gatos domésticos.

Atenção: por não ser imune à toxoplasmose e caso tenha gatos, estes não têm de sair de casa. O único cuidado acrescido é a lavagem das mãos após contacto com ambiente que pode conter as suas fezes. Preferencialmente deve ser outra pessoa a trocar a areia.



Desconfortos da Gravidez

Náuseas e vômitos matinais (o desconforto mais associado à gravidez):

- O alívio deste sintoma passa, geralmente, com a ingestão de uma tosta ao levantar;
- Evitar cheiros fortes, refeições pesadas e ingerir alimentos gordos; evitar estômago muito chio ou muito vazio;
- Permanecer deitada até à sensação de náusea passar;
- Situações de vômitos persistentes terá de ser comunicada ao médico para avaliação.



Pirose (Azia – sensação de ardor no estômago). Ocorre devido às alterações que a gravidez provoca ao nível do estômago

- Evitar alimentos com elevado nível de gordura;
- Evitar fritos e guisados;
- Fazer refeições ligeiras, mas várias vezes ao longo do dia;
- Mastigar uma pastilha ajuda a aliviar sintomas (opte por pastilhas sem adição de açúcar).

Obstipação/Prisão de ventre. Quando se inicia o processo de formação do embrião alterações hormonais no seu corpo irão provocar o relaxamento muscular. Também o intestino vai ficar “mais parado” permitindo o ambiente calmo para o útero em início de gestação

- Mantenha hábitos antigos de exercício físico, se o exercício físico implicava força ou grande impacto deve alterar para exercício físico de baixo impacto e usando apenas o peso do seu corpo. Se não fazia nenhum exercício físico deve iniciar caminhadas diárias;
- Aumente a ingestão de água;
- Coma frutos secos, vegetais verdes, pão integral e cereais diariamente;
- Nunca administre medicação laxante sem indicação médica!

Varizes/Derrames

- Evitar longos períodos levantada, alternar com períodos de repouso sentada com as pernas elevadas;
- Evitar uso de roupa apertada;

- Utilizar meias de descanso;
- Manutenção de uma alimentação saudável e prática de exercício físico. O excesso de peso promove o aparecimento de varizes e derrames.

Edemas (inchaço). Mais comum nos membros inferiores e mais acentuado ao fim do dia, deve estar melhorado no início do dia seguinte. Edemas na face, deve ser avaliado para descartar qualquer patologia obstétrica associada

- Evitar longos períodos levantada, alternar com períodos de repouso sentada com as pernas elevadas;
- Quando em posição deitada, virada para o lado esquerdo irá favorecer a circulação e aliviar os edemas;
- Uso de meias de descanso.

Alterações mamárias (aumento de tamanho, sensibilidade mamária, dor mamária). Alterações hormonais logo no início da gravidez começam a preparar as mamas para a amamentação

- Usar um soutien com alças largas e que promova um bom suporte;
- Hidratação das mamas com creme gordo.

Desejos Alimentares. Não se preocupe se é mito ou não. Se tiver desejos alimentares pode satisfazê-los, desde que não seja por algum alimento que possa comprometer o desenvolvimento do bebê ou se face à sua condição pode prejudicá-la (ex, hipertensão arterial na gravidez ou diabetes gestacional). Se poder colocar o bebê ou a si em risco lembre-se que passado algum tempo o bebê irá nascer e já poderá comer esse alimento as vezes que quiser.



Cefaleias (dores de cabeça). Se forem persistentes e latejantes deve dar conhecimento ao seu médico

- Permita-se relaxar por períodos ao longo do dia.

Congestão nasal e epistaxis (sangramento pelo nariz). Todas as grávidas têm risco de sangramento acrescido

- Evitar traumatismos, prevenindo a hemorragia;

- Se a congestão nasal for incômoda pode fazer irrigação com soro fisiológico para aliviar.

Fadiga. Face a todas as alterações hormonais e físicas da gravidez é normal sentir-se mais cansada

- Privilegiar momentos de repouso ao longo do dia, conforme a sua necessidade;
- Manter uma boa postura;
- Alimentação saudável que evite o risco de anemia.

Urgência e aumento da frequência urinária. Alterações hormonais no início da gravidez e alterações mecânicas (aumento de tamanho e peso do útero) irão levar a um aumento do número de micções, bem como sensação de necessidade de urinar de imediato que aparece a vontade de urinar

- Esvaziar regularmente a bexiga;
- Beber líquidos ao longo do dia, mas reduzir a sua ingestão ao fim da tarde início da noite, para promover um maior período de sono;
- Iniciar regularmente a prática de exercícios de Kegel (contração voluntária do músculo do períneo) desde o início da gravidez;
- Risco aumento de infecção urinário. Comunicar sempre ao médico alterações urinárias, como ardor ou dor ao urinar.

Labilidade emocional (choro fácil). É normal sentir-se mais emotiva

- Expresse as suas emoções.

Leucorreia (corrimento vaginal aumentado). Há o aumento do corrimento fisiológico, este pode ser esbranquiçado e muito abundante. Corrimento tipo requeijão, com cor esverdeada ou com cheiro fétido e/ou comichão é sinal de alarme, deve ser comunicado à equipa de saúde para observação

- Manter hábitos de higiene: limpeza da frente para trás após uso do wc; lavagem dos genitais apenas com água fria ou tépida;
- Evitar uso de pensos higiénicos. Irão provocar um ambiente quente e húmido que favorecerá a proliferação de microorganismos. O ideal é se necessário trocar de cuecas sempre que necessário;
- Uso de roupa interior de algodão.

Pigmentação da pele aumentada, acne e pele oleosa. Alterações hormonais provocam o aumento de pigmentação e o aumento de gordura da pele, estas alterações desapareceram após o parto

- Manutenção de hidratação: beber pelo menos 1,5 litros de água por dia e aplicar creme hidratante diariamente.

Prurido (sensação de comichão). Alterações hormonais, pele tendencialmente mais seca levam a uma sensação de comichão. Se esta comichão ficar cada vez mais intensa que acorda durante a noite deve comunicar ao médico

- Não coçar;
- Aumento de ingestão hídrica e hidratação diária da pele após o banho;
- Banho diária com água tépida;
- Usar roupa larga;
- Mantenha unhas curtas e limpas. Assim, se não ceder à tentação de coçar o risco de lesão é menor.

Cãibras nos membros inferiores (contração involuntária do músculo). Pode dever-se a uma redução dos níveis de magnésio e potássio

- Dorsiflexão do pé até passar o espasmo muscular;
- Ingestão de banana (esta fruta é rica em magnésio e potássio);
- Se cãibras muito frequentes (várias vezes ao dia) comunique ao seu médico.

Lipotimia (sensação de desmaio).

- Respirar profundamente;
- Se possível deite-se. Pelo menos fique sentada;
- Evitar mudanças bruscas de posição, levante-se lentamente;
- Evitar locais quentes ou sobrelotados;
- Evitar episódios de hipoglicémia (diminuição de açúcar no sangue), alimenta-se regularmente, pelo menos 6 refeições por dia.

Dor articular, lombar, dorsal e pressão pélvica. No caso de dores pélvicas deve sempre informar o seu médico para ser avaliada a situação

- Manter uma postura correta da coluna;
- Fazer exercícios de relaxamento;
- Dormir em colchão firme;
- Usar sapatos de salto raso;
- Aplicação de frio ou calor local;



- Massagem da região dorso-lombar

Sensação de falta de ar. Geralmente pelo aumento uterina e pressão exercida sob a caixa torácica, agravamento dos sintomas devem sempre ser comunicados ao médico

- Cessação tabágica, caso seja fumadora
- Manter uma postura correta;
- Dormir com mais almofadas permitindo elevação;
- Refeições leves, para evitar a sensação de estômago cheio.

Insónias. Nas últimas semanas da gravidez, pelo desconforto físico, são comuns

- Exercícios de relaxamento
- Massagem dorsal e lombar;
- Usar almofadas para promover posições de conforto;
- Atividade de relaxamento antes de deitar, como um banho de água tépida.

Bem-estar na gravidez

Cuidados de Higiene

Deve manter os cuidados de higiene que já tinha antes da gravidez.

- ✓ Deve tomar banho diariamente. Preferencialmente de chuveiro. Os banhos de imersão estão contraindicados, pois o ambiente húmido por um longo período pode aumentar o risco de infeções;
- ✓ Após o banho deve secar bem a pele. Se não tinha o hábito de hidratar a pele após o banho deve fazê-lo agora, aplicando um creme gordo, especialmente na zona da barriga e anca. Lembre-se que a sua pele terá de “esticar” num curto espaço de tempo para acompanhar o crescimento do útero, quanto mais a sua pele estiver hidratada menor o risco de aparecimento de estrias;
- ✓ Tenha especial atenção para limpar os genitais de frente para trás após ir à casa de banho, deste modo irá prevenir infeções urinárias;
- ✓ Terá aumento da produção da secreção vaginal, deve evitar o uso de “penso diário”, se conseguir, é preferível trocar de cuecas sempre que necessário;
- ✓ As gengivas de uma gravidez ficam mais sensíveis e sangram com facilidade. Para evitar este sangramento deve: evitar escovar os dentes com movimentos bruscos, utilizar uma escova de dentes macia (deve trocar de escova a cada 2 meses);
- ✓ Por risco de problemas dentários todas as grávidas têm direito a cheque dentista. Deve marcar consulta num dentista aderente ao cheque dentista o mesmo precocemente possível.



Vestuário

- A roupa deve ser confortável e prática. O ideal é usar tecidos de algodão. Não deve usar roupa apertada e deve ajustar-se ao abdómen e acompanhar o seu aumento;
- Se durante o dia passar muitas horas de pé, deve usar meias de descanso;
- O calçado a usar deve ser confortável e rasos, permitindo uma base de apoio ao chão, de modo a permitir o alinhamento da coluna e o equilíbrio.



Fatores que à medida que o abdómen vai aumentando, por alteração do centro de gravidade, vão ter alterações por si só;

- Logo a partir do primeiro trimestre, as suas mamas começam a preparar-se para a amamentação, irá sentir um aumento mamário, deve usar soutiens capazes de suportar este aumento, as alças devem ser largas e ajustáveis;
- O uso de cinta durante a gravidez é controverso. Se sentir muito desconforto com o peso da barriga pode usar cinta para ajudar a suportar, tendo atenção que deve usá-la apenas para dar conforto e nunca para adelgaçar. Se por outro lado não sentir um grande desconforto, não precisa usar cinta.

Sono e repouso

- No início da gravidez a mulher sente um grande cansaço e muita sonolência, se a sua vida lhe permitir aproveite para dormir;
- É normal cansar-se mais facilmente agora. É muito importante alternar períodos de atividade com períodos de repouso;
- Se o seu trabalho for de grande atividade, tente adotar uma postura correta com costas direitas, quando precisa baixar-se flita as pernas e não a coluna, aumente o número de pausas, mesmo que curtas para recuperar;
- Se o seu trabalho não implicar tanto esforço físico e passa mais tempo sentada, lembre-se de manter a coluna alinhada, evite traçar as pernas para promover a circulação sanguínea. Deve aumentar as pausas no trabalho, ainda que curtas para que possa mudar de posição;
- A dormir deve privilegiar as posições de lado, a posição mais favorável à grávida e bebé é o lado esquerdo. Com o avançar da gravidez pode sentir-se desconfortável na cama. Use almofadas para alinhar a coluna e suportar o abdómen de modo a proporcionar conforto. Pode usar uma almofada entre os joelhos, outra a suportar a coluna nas costas e uma terceira a suportar a barriga.



Exercício físico

- ✓ Durante a gravidez a mulher deve manter-se o mais ativa possível. É recomendado que continue a fazer exercício físico, mas estão excluídos todos os exercícios de grande impacto;

- ✓ Dar especial importância a exercícios de aquecimento antes do treino e alongamentos após o treino;
- ✓ A prática de exercício físico durante a gravidez irá permitir a sensação de bem-estar durante a gravidez e favorece trabalhos de parto mais curtos e naturais;
- ✓ O exercício ideal é a marcha, pilates, yoga, dança (mas sem saltos) ... Todas as grávidas devem fazer exercício exceto se tiver alguma contraindicação obstétrica!

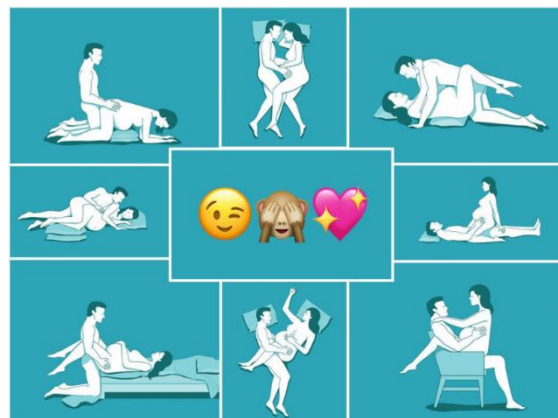


Contraindicações ao exercício na gravidez

- ✓ *Doença infecciosa aguda;*
- ✓ *Risco de parto pré-termo;*
- ✓ *Hemorragia;*
- ✓ *Hipertensão não controlada;*
- ✓ *Sofrimento fetal;*
- ✓ *Ausência de vigilância pré-natal;*
- ✓ *Outra que o obstetra considere.*

Sexualidade

- Na gravidez a atividade sexual do casal deve manter-se como previamente à gravidez, a não ser que haja contraindicação médica;
- O desejo sexual no casal pode sofrer alterações. Há casais que aumentam o desejo sexual e outros que diminuem. Alguns casais têm medo de magoar o bebê no ato sexual. Não há esse risco, o bebê apenas sentirá o bem-estar da mãe;
- Na gravidez a libido da mulher vai variando. O comum é uma redução da libido no primeiro e terceiro trimestre. Já no segundo trimestre, sendo uma fase com menos desconfortos e em que a mulher se sente mais atraente, é comum o aumento



da libido. Algumas mulheres têm aumento do desejo sexual durante toda a gravidez e outras mulheres redução durante toda a gestação, não é sinal de estar alguma coisa mal.

- Já os homens podem ter um aumento do desejo sexual por sentirem a mulher mais atraente. Ou redução pelo medo de magoar o bebê. É importante encontrar uma posição confortável para os dois que tenham em consideração o aumento abdominal da mulher.
- A ocorrência de contrações uterinas ou hemorragia durante ou após as relações sexuais, devem ser comunicadas ao médico para avaliação do caso e avaliar riscos.

Viagens e Segurança

- O uso de cinto de segurança é obrigatório em todas as pessoas, inclusive em grávidas. Deve ser usado da seguinte forma: a parte superior do cinto passa entre o peito e a parte inferior passa o mais abaixo possível da barriga (para que em caso de embate não exerça pressão sobre o bebê);
- Se usar transportes públicos saiba que tem direito a ir sentada, há lugares específicos para grávidas. Não deve ir em pé pelo risco de queda que pode causar lesões à mãe e ao bebê;
- É permitido ir de férias! Deve ter o cuidado de saber qual o hospital com cuidados obstétricos mais próximo do local para onde vai.
- Pode andar de avião até às 35 semanas, mas deve falar sempre primeiro com o seu obstetra. Países com risco de doenças estão desaconselhados.



Preparação para o Nascimento

Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

As alterações da gravidez, o parto, o pós-parto, a adaptação à parentalidade são situações que podem afetar/preocupar a grávida/casal. Para facilitar a relação com estas questões todas as grávidas/casais devem participar num curso de preparação para o nascimento e parentalidade, que os ajudará a preparar a chegada deste filho.

Nestes cursos são abordados os temas das alterações ao longo da gravidez, o parto, os cuidados ao recém-nascido entre outros. Pretende-se a aquisição (ou atualização) de conhecimentos e competências por parte da grávida/casal. É uma mais-valia pois permite-lhe antecipar situações e esclarecer algumas dúvidas e receios que vão surgindo com um profissional da área.



O curso deve iniciar-se por volta das 28 semanas e é organizado por uma enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, pode frequentar o curso na UCC da Marinha Grande. Se for do seu interesse a sua enfermeira de família poderá inscrevê-la.

Visita à Maternidade

No final da gravidez pode efetuar, com o seu companheiro, uma visita guiada ao serviço de Urgência Obstétrica/Bloco de Partos e Obstetrícia (internamento) do Hospital de Santo André. Essa visita permite-lhe ficar a conhecer o percurso que vai fazer e quais os procedimentos que irá realizar quando chegar esse momento tão desejado – o nascimento do seu filho.



Para tal basta ligar para o n.º 244817069 (secretária obstetrícia) cerca das 28 a 30 semanas de gestação e fazer a marcação.

Plano de Parto

A lei nº 110/2019, segunda alteração à lei nº 15/2014, no artigo 15º - E decretou que: “1 — Os serviços de saúde que acompanhem mulheres grávidas ou casais garantem o seu direito a um plano de nascimento, salvo se os mesmos declararem expressamente que não pretendem ter um plano de nascimento”.

A presente lei salvaguarda o plano de nascimento definido pela grávida/casal, desde que não ponha em risco a mãe e o bebé e que a equipa de parto esteja treinada para realizar os procedimentos que a grávida/casal pretendem. Por este motivo, deve sempre ter em conta que:

1. Pode e deve falar com casais que tenham tido o nascimento do seu filho na maternidade escolhida;
2. É fundamental informar-se junto da maternidade se conseguem dar resposta ao seu plano de nascimento;
3. Deve enviar atempadamente o plano de nascimento para a maternidade escolhida;
4. sempre que não estiverem reunidas as condições de segurança para mãe e bebé, o plano de nascimento terá de sofrer algumas alterações.



Mala da Maternidade

Sala de Partos	
Mãe	Bebé
1 Camisa de noite aberta à frente ou 1 t-shirt 1 Cuecas descartáveis ou de algodão	1 Conjunto interior com calças 1 Fatinho de uma ou duas peças 1 Par de botinhas ou meias 1 Fralda descartável 1 Fralda de pano 1 Touca/Gorro 1 Mantinha 1 Casaco de algodão ou de malha sem pêlos
Internamento	
Mãe	Bebé
4 Camisas de noite ou pijamas abertos à frente, de algodão e manga curta 8 Cuecas descartáveis ou de algodão confortáveis 2 Soutiens de amamentação (mínimo) 1 Robe 1 Par de chinelos de quarto e uns chinelos para o banho Artigos de higiene pessoal (Gel de banho, escova e pasta de dentes, champô e amaciador, escova de cabelo, creme hidratante para a pele) 1 Toalha de banho, 1 de rosto e 2 pequenas	6 Conjuntos interiores com calças 1 Casaquinhos de algodão ou de malha sem pêlos 6 Conjuntos exteriores 3 Pares de botinhas/meias 2 Mantos ou envoltas Alguns babetes 4 Fraldas de pano 1 pacote de fraldas descartáveis Toalhitas ou compressas 1 toalha de banho 1 Escovinha para o cabelo

A roupa do bebé deve ser macia, de algodão e folgada para ele se poder mexer à vontade.

Lavá-la, antes de utilizar, separada da roupa dos pais; deve passá-la sempre a ferro.

Cortar as etiquetas da roupa interior, pois incomoda a pele sensível do bebé.

Deve fazer a mala por volta das 28 semanas e ter em consideração que em situações normais estará 2 dias (parto vaginal) a 3 dias (cesariana) internada.

No dia em que for para a maternidade deve levar: os seus documentos de identificação, livro da gravidez, todos os exames realizados na gravidez e mala da maternidade.

Trabalho de Parto

O trabalho de parto não se restringe ao parto, divide-se em 3 fases: Dilatação (de latente para ativa); Período Expulsivo e Dequitação.

Dilatação - inicia-se com a instalação de contrações uterinas regulares e termina quando a mulher atinge a dilatação completa. Divide-se em duas fases:

- **Fase latente** - a dilatação ocorre de forma mais lenta, presença de uma contração a cada 10 – 15 minutos, esta fase pode durar até 8h;
- **Fase ativa** – ocorre uma aceleração na dilatação, o tempo entre contrações encurta até atingir a dilatação máxima para passagem do bebê, pode durar até 4 horas.

Para ser avaliada a progressão da dilatação será avaliada periodicamente com toque vaginal. Os batimentos fetais serão também avaliados periodicamente, salvo se por algum motivo tiver indicação para monitorização dos batimentos fetais continuamente.



Se tiver condições que permitam a liberdade de movimentos, saiba que movimentar a anca promove a dilatação e ajuda-a a lidar eficazmente com esta fase.

Deve informar a equipa de saúde sempre que haja redução dos movimentos fetais ou rompa a bolsa de águas.

Período Expulsivo – uma vez dilatação completa, ocorrerá a expulsão do feto. Esta fase numa primeira gravidez pode durar 1 hora, numa mulher com duas ou mais gravidezes podem durar apenas 20-30 minutos.

Nesta fase as contrações podem ter apenas de intervalo um minuto. A contração induzirá a fazer força, o que irá ajudar o bebé no seu caminho final para o nascimento. Terá consigo uma equipa a auxiliá-la a lidar com a contração, irá ser guiada para realizar os seguintes movimentos:

- ↪ Inspirar pelo nariz;
- ↪ Bloquear a respiração;
- ↪ Levanta a cabeça, encosta o queixo junto ao peito;
- ↪ Cotovelos para fora, à remadora;
- ↪ Puxa, fazendo força no períneo;
- ↪ Expirar pela boca, largar a cabeça.



Dequitação – após o nascimento do bebé sairá a placenta e os anexos ovulares. Esta fase pode durar até 30 minutos.

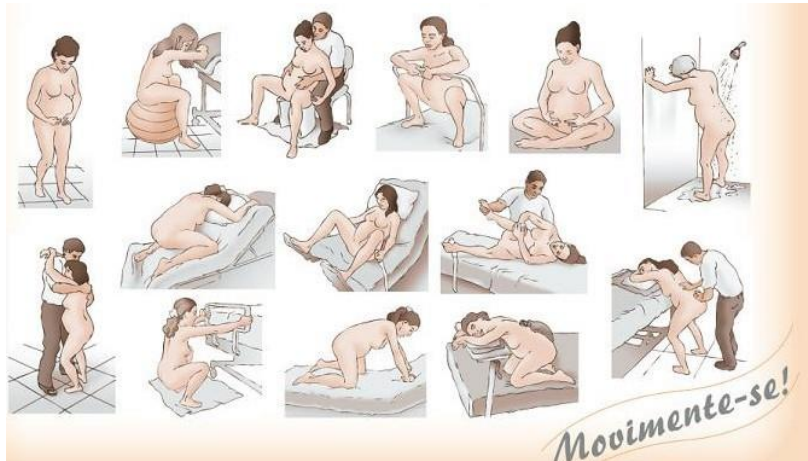
Controlo da Dor

A dor no trabalho de parto é uma realidade, é vivenciada entre mulheres de formas diferentes, dependendo da sua tolerância à dor.

Tenha em consideração que a dor é o que cada pessoa sente. Ter uma menor tolerância à dor não faz de si menos capaz para passar na fase do parto. Para alívio da dor existem técnicas não farmacológicas e farmacológicas.

As **técnicas não farmacológicas** são as que podem ser controladas por si:

- Para este controlo da dor pode ajudá-la manter uma **respiração consciente**. Para isto, pode inspirar quando vem a contração até ao seu pico e depois expirar lentamente;



- **Manter-se em movimento**, é fundamental o movimento da bacia para ajudar no controlo da dor

e na própria dilatação. Para estes movimentos pode recorrer ao uso da bola de pilates, ou simplesmente dançar ou escrever o nome do bebé com a bacia através de movimentos circulatorios;

- Manter-se num **ambiente calmo que a relaxe**, por exemplo onde possa ouvir uma música que gosta de ouvir e a mantém serena.

Já as técnicas farmacológicas serão controladas pelos profissionais de saúde e deve solicitá-las sempre que sente que as medidas não farmacológicas não são eficazes:

- **Medicação analgésica via endovenosa;**
- **Analgesia epidural** – consiste na administração de anestésicos através de um cateter colocado no espaço epidural, esta técnica irá diminuir a sensibilidade na parte inferior do corpo o que provocará um alívio rápido da dor. Após administração via epidural, à partida, começa a sentir as contrações como uma pressão. Deve ter em consideração dois aspetos quando pede este tipo de via de administração: quem decide o momento do início da administração por esta via é o médico; é provável que após esta medicação perca a liberdade de movimentos.

Episiotomia

A episiotomia é um corte na musculatura do períneo entre a vagina e o ânus. O períneo tem capacidade de elasticidade, no entanto, essa capacidade não é igual em todas as mulheres e algumas não é suficiente para permitir a passagem do bebê sem “rasgar” a pele. Nestes casos, faz-se a episiotomia para aumentar o diâmetro do canal através de um corte controlando e prevenindo lacerações anais.

As mulheres, nas quais foi necessário fazer episiotomia, devem ter cuidados de higiene acrescidos, pois tal como qualquer ferida tem um risco associado de infecção:



1. Não usar papel higiênico. É mais abrasivo e pode ficar com partículas na sutura que irão aumentar o risco de infecção;
2. Lave o períneo após cada utilização do wc. Seque a zona com uma toalha seca sem friccionar;
3. Troque o penso higiênico sempre que for à casa de banho, mesmo que não contenha muitos lóquios. O penso higiênico vai criar um ambiente quente e húmido favorável à proliferação de microrganismos se mantiver o mesmo por muitas horas;
4. Opte pelo uso de cuecas de algodão;
5. Pratique exercícios de kegel para fortalecer a musculatura do períneo;
6. O ideal é não retomar a atividade sexual antes das 6 semanas pós-parto. Se não lhe for possível tenha em consideração que já não deve ter pontos e que pode apresentar secreção vaginal, pode utilizar um lubrificante vaginal à base de água. Deve também usar um método de barreira (preservativo) para prevenir infeções.

Quando deve ir para a maternidade

1. Em caso de redução dos movimentos fetais;
2. Quando a bolsa de águas rebentar;
3. Quando apresentar contratilidade uterina regular rítmica e frequente e que se vai tornando mais intensa;

Quando começa a sair o rolhão mucoso não precisa de ir para a maternidade de urgência. É um sinal que o colo já começou a preparar-se para o parto. No entanto, desde que começa a perder rolhão mucoso até ao dia do nascimento do seu bebê podem passar dias ou semanas.

Aleitamento Materno

Amamentar é a forma ideal de alimentar o seu bebé, pois para além de o alimentar com um alimento adequado às suas necessidades de desenvolvimento, ainda ocorre passagem de anticorpos maternos que serão essenciais na sua proteção. Para além disto, ainda favorece a ligação entre mãe e bebé.

Os estudos realizados ao longo dos anos tem vindo a mostrar que a primeira mamada deve ocorrer o mais cedo possível. O ideal é que ocorra na **Golden Hour** – primeira hora de vida do bebé, nesta os bebés estão muito alerta, após esta primeira hora de vida terão um período de grande sonolência (menos favorável à amamentação).



São muitas as vantagens do aleitamento materno:

Mãe

- Permite à mãe o prazer único de amamentar;
- Favorece a rápida recuperação da forma física;
- Diminui o risco de hemorragia e indeção pós-parto;
- Associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama e dos ovários e diminui o risco de osteoporose.

Bebé

- Adaptado às suas necessidades nutricionais
- Está adaptado à insuficiência digestiva e renal do bebé;
- Rico em anticorpos;
- Promove relação afetiva, proximidade, segurança, tranquilidade, proteção;
- Ajuda no alívio da dor, pelas endorfinas que contém;
- Reduz risco para todas as infeções, Hipertensão arterial, diabetes, obesidade...;
- Reforça a musculatura oral, favorecendo a implantação dentária, mastigação e articulação de palavras.

Para além das vantagens para a mãe e o bebé, ainda tem vantagens para toda a família e ambiente.

A **família** terá menos gastos económicos pois poupa na compra de leite adaptado, biberões, tetinas, detergentes próprios para desinfeção destes materiais. Um bebé amamentado é um bebé menos susceptível a doenças, o que irá reduzir o número de consultas e terapêutica associada. Para além disto há alguma poupança de tempo uma vez que é um leite que “está sempre pronto a servir” e a temperatura ideal.

No que se refere **ao meio ambiente** à redução da pegada ecológica, uma vez que não gera lixo com embalagens, nem energia na preparação do leite.

Posições para amamentar



Não há posições melhores ou piores para amamentar. A posição correta é a que for mais confortável para a mãe e o bebé. É importante que o bebé faça uma boa pega. Considera-

se uma boa pega quando o bebê abocanha a mama com os lábios em bico de pato e pega grande parte da aréola mamária.



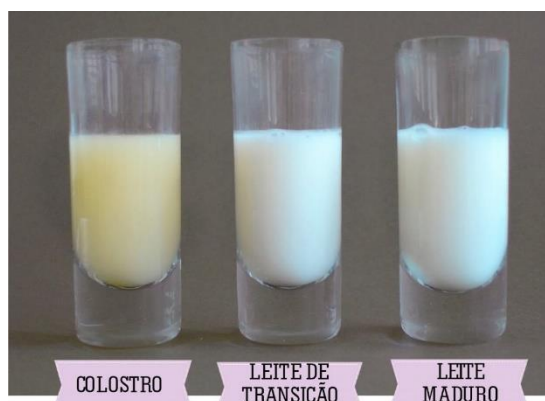
Fisiologia da lactação

Após o nascimento e saída da placenta, o perfil hormonal, que até então regulava a gravidez altera-se – permitindo que a prolactina inicie a secreção látea. Posteriormente com o funcionamento harmonioso de mais uma hormona – a oxitocina (hormona do amor) – irá ocorrer a ejeção do leite na mama.

Assim, quando o bebê suga o mamilo estimula a produção de prolactina, que irá produzir leite, e estimula também a produção de oxitocina, permitindo a saída do leite para o bebê.

O leite não é todo igual desde o dia do nascimento. Vai-se adaptando às necessidades nutricionais do recém-nascido. Assim, cada mulher a amamentar irá ver a seguinte evolução:

1. Colostro – já segregado ao longo da gravidez e até ao 7º dia pós-parto. É rico em proteínas, vitamina A, zinco, eletrólitos e fatores de crescimento. Fundamental para estimular o sistema imunológico do bebê;
2. Leite de transição – produzido do 7º dia até aproximadamente o 21º dia pós-parto;
3. Leite maduro – produzido aproximadamente após o 21º dia pós-parto.



Também do início ao fim da mamada o leite não é todo igual. No início o leite é rico em água e tem um sabor mais doce, posteriormente é que o leite fica mais gordo e permite que o bebê engorde. É por este motivo que os bebês devem sempre esvaziar a mama completamente. Assim, recomenda-se alternância da mama a oferecer. A primeira mama

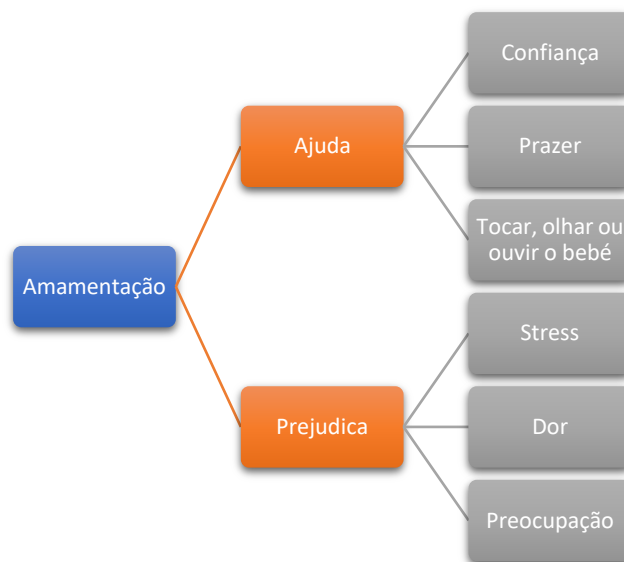
a oferecer deve ser completamente esvaziada pelo bebê e só depois é que se o bebê ainda desejar vai à outra mama. Como a segunda mama não ficou, provavelmente, completamente vazia na próxima mamada começa pela mama que não foi totalmente esvaziada.

Aumento da produção de leite

Quanto mais a mama é estimulada, mais leite a mulher produz. Assim, quanto mais a bebê mama, mais induzirá a produção de leite.

O bebê deve mamar em livre demanda, isto é, mamar sempre que quer. A livre demanda irá permitir que a mama produza a quantidade de leite adaptadas àquele bebê. Assim, é o bebê que fará com que a produção de leite aumente.

Fatores que interferem com a amamentação



Cuidados com as mamas

Nos primeiros dias a amamentar é possível que a mama esteja mais sensível. **Para prevenir macerações e gretas** no mamilo deve adotar alguns cuidados:

1. Após cada mamada deve apertar a mama para que saia uma gota de leite e deve espalhar pelo mamilo;
2. Nos primeiros dias, se tiver grandes perdas de leite para o soutien deve preferir usar conchas mamárias a discos, pois as conchas possibilitaram o arejamento o que irá favorecer a cicatrização do tecido. No entanto, deve tirá-las sempre para dormir para evitar pressionar a mama;

3. Após os primeiros dias se a sua mama não tiver fugas de leite não precisa de usar nenhum material de proteção para o soutien;
4. À partida o leite materno é suficiente na cicatrização do tecido da mama, caso não seja suficiente pode aplicar um creme que seja 100% lanolina no mamilo. Todos os cremes compostos com 100% lanolina são compatíveis com a amamentação, caso aplique um creme sem esta especificidade tem de retirar antes de o bebé mamar.

Durante o período de amamentação podem ocorrer infeções da mama – a mastite. **A mastite pode ser evitada** com os seguintes cuidados:

- 1) Após cada mamada palpe a mama para perceber se ficou completamente mole;
- 2) Se sentir algum “caroço” deve massajá-lo com a ponta dos dedos até o desfazer;
- 3) Se a mama estiver dura como pedra, de tal modo que o bebé não consegue pegar, aplique água quente. O calor irá ajudar a abrir os canais de leite o que facilitará a mamada do bebé.
- 4) Depois do bebé mamar deve sentir as mamas confortáveis. Se mantiver desconforto e sentir a mama como pedra massage no chuveiro com água quente até ficar confortável.
- 5) Após o bebé mamar pode aplicar frio.



Para quem está de fora da díade mãe-bebé a amamentação pode parecer algo fácil. Muitas vezes ocorre de forma natural e intuitiva, mas nem sempre é assim. Algumas vezes implica muito esforço da mãe e do bebé. O que importa é que seja um momento de prazer para a mãe e o bebé.

Se sentir dificuldades peça ajuda. Dor pode ser sinal de má pega do bebé. Um bebé que não está a engordar pode ser porque não chega à parte do leite materno mais gorda e a solução pode passar por suplementar o bebé, mas esta suplementação pode ser com o próprio leite materno que o bebé não conseguiu extrair recorrendo a uma bomba. Algumas mulheres têm mais tendência para a acumulação de leite que, por sua vez, leva à mastite e outras mulheres que por terem pele mais sensível facilmente ficam com mamilos gretados e nem sempre é fácil suportar a dor. Importa que, caso não queira desistir, a situação seja avaliada e possa ser encontrada a melhor solução para mãe e bebé, uma solução que se adapte aos dois.

E se não conseguir mesmo amamentar, não se culpe. Se tentou tudo e mesmo assim não deu, não se culpe. Importa então manter o seu bebé nutrido e dar o seu melhor independentemente do leite que ele bebe.

Puerpério

O puerpério é o nome que se dá ao período pós-parto. Inicia-se após o nascimento do bebé prolonga-se durante cerca de seis semanas. Neste período ocorre uma nova adaptação do corpo materno para voltar à fisiologia pré-gravídica.

Em termos físicos para vigiar a evolução deste período todas as senhoras têm uma última consulta associada à gravidez – a consulta de REVISÃO PÓS-PARTO – esta deve ocorrer 6 semanas após o parto no local onde fez a sua vigilância da gravidez.

Após o nascimento do bebé e saída da placenta a puérpera (nome que se dá à mulher durante o puerpério) mantém umas perdas vaginais – os lóquios. Os lóquios nos primeiros dias são mais abundantes e hemáticos e à medida que o tempo vai passando a quantidade diminui, assim como vão ficando menos hemáticos.



Para vigiar os seus lóquios deve imaginar esta hemorragia como o período: nos primeiros dias com um aspeto de sangue vivo, tornando-se cada vez mais acastanhado e em menor quantidade, até que cessa. A grande diferença é a quantidade de dias. Uma mulher pode manter estas perdas vaginais até seis semanas.

Sinais de alarme a que deve estar atenta:

- Aumento da quantidade de perda. Tendo como referência um penso cheio em pouco tempo, quando o penso já não ficava saturado;
- Odor fétido. O odor dos lóquios (quando estes têm odor) deve ser semelhante à menstruação;
- Dor suprapúbica que não cessa após medicação analgésica;
- Febre.

A presença de qualquer um destes sinais é motivo para se dirigir à urgência obstétrica para ser observada.

No período do puerpério, principalmente nos primeiros dias, pode sentir uma dor abdominal. Esta dor representa a involução do útero ao local anterior da gravidez, popularmente são conhecidas por “dores tortas” e por norma são mais intensas quanto mais gravidezes a mulher tenha tido.

Como esta dor está associada à involução do útero é comum senti-la durante a amamentação. Pois uma das hormonas responsáveis pela involução uterina é a mesma que é responsável pela saída do leite da mama – a Ocitocina.

Pode recorrer a medicação analgésica para o controlo desta dor. Se não for controlada através de medicação deve ser observada.

O Recém-Nascido

Vigilância de saúde

Depois da alta da maternidade deve ligar para o centro de saúde a avisar que o bebé já nasceu, para agendar:

- Teste do pezinho (diagnóstico precoce) – a realizar até ao 6º dia de vida;
- Peso – no dia do teste do pezinho e depois semanalmente durante, pelo menos durante o primeiro mês de vida.



Icterícia fisiológica do recém-nascido

Nos primeiros dias de vida é normal o bebé apresentar a zona dos olhos, nariz boca e rosto ictéricos, isto é, amarelados. Este processo é fisiológico e vai desaparecendo nas fezes do bebé. Deve garantir que o bebé está bem alimentado, para que faça as suas dejeções e esta coloração comece a desaparecer. O esperado é que a ictericícia fisiológica esteja resolvida no espaço de uma a duas semanas.

Nas consultas de vigilância de saúde infantil no centro de saúde os pais serão ajudados a perceber se está num processo normal ou precisa de ajuda de tratamentos para eliminar essa coloração. Mas saiba que é normal o rosto ficar amarelado, mas se começar a ver o seu bebé com torax e abdómen amarelado o bebé deve ser avaliado pela pediatria.

Cuidados de Higiene

Os cuidados de higiene no recém-nascido são muito importantes para a prevenção de infeção, observação da pele, interação com o bebé, entre outros.

1. Banho do recém-nascido:
 - ☆ O banho para o recém-nascido é nas primeiras semanas um momento de “stress” e passará rapidamente a ser um momento de prazer. Nas primeiras semanas é comum o bebé chorar, posteriormente começará a apreciar o banho e será um momento de cumplicidade com os pais;
 - ☆ Para o banho é importante aquecer a temperatura ambiente da divisão onde é dado o banho, temperatura nunca inferior a 22°C;
 - ☆ Deve ter todo o material necessário para o banho pronto, já com a roupa preparada para vestir. Este passo poupa-lhe tempo e previne acidentes;

- ☆ A temperatura da água deve ser tépida, 37°C aproximadamente, pois é esta a temperatura corporal aproximada do bebê. Pode avaliar a temperatura da água através de um termómetro de água ou através da imersão do cotovelo ou antebraço, deve sentir uma temperatura que não é quente nem é fria, essa sensação é a que se aproxima deste 37°C. Para atingir este valor na banheira deve colocar primeiro a água fria e temperar com a água quente;
- ☆ A quantidade de água necessária é apenas a suficiente para lavar o bebê, aproximadamente 3 a 4 dedos de altura desde o fundo da banheira;
- ☆ Após o banho é importante garantir que todas as pregas do bebê ficam bem secas;
- ☆ No inverno para conforto do recém-nascido pode pré-aquecer a roupa que este irá vestir. A roupa deve ser adaptada à estação do ano. Para ajudar os pais, devem ter em consideração que o bebê tal como nós também sente frio e calor. O bebê deve estar vestido como a mãe apenas com mais uma peça de roupa;
- ☆ O banho do recém-nascido não tem de ser diário, pelo contrário quanto menos banhos mais protege, numa fase inicial, a pele do recém-nascido. O banho pode ser dia sim, dia não. Privilegie a hora do banho próximo da noite e antes da mamada, isto irá permitir que beneficie do efeito de relaxamento do banho no período noturno e também irá evitar que o bebê bolce, como o sistema digestivo do recém-nascido ainda está em desenvolvimento após a mamada o bebê deve ficar algum tempo verticalizado e parado;
- ☆ Caso perceba que o bebê fica muito mais calmo após o banho e só dorme bem em dias de banho, não há problema em tornar o banho diário. Estas decisões fazem parte da gestão familiar, não se culpe.



2. Coto umbilical:

- ☆ Durante a gravidez o cordão umbilical liga a placenta ao recém-nascido e permite a chegada de nutrientes ao bebê que permite o desenvolvimento. Após o nascimento, o cordão é laqueado e cortado, passando a coto umbilical. Esta laqueação irá evitar uma hemorragia. A partir deste passo inicia-se logo a cicatrização do coto umbilical;
- ☆ O coto umbilical foi durante toda a gestação um canal central de circulação até ao bebê, é muito importante após o nascimento mantê-lo limpo e seco, prevenindo o risco de infeções;
- ☆ O coto umbilical deve ser higienizado, apenas com água, no momento do banho e deve garantir que fica bem seco;
- ☆ Atualmente, por rotina, já não se preconiza a higienização do coto umbilical com álcool;

- ☆ Para garantir que o coto umbilical se mantém limpo e seco, este deve permanecer fora da fralda. A fralda é um ambiente quente, húmido e sujo – favorável à infeção;
- ☆ O coto umbilical deve manter-se sem cheiro e a pele circundante não deve apresentar nem secreções, nem uma coloração rosada avermelhada. Alguma destas alterações deve ser observado por um profissional de saúde para avaliação.
- ☆ O coto umbilical deve ficar cada vez mais seco e escuro até ao momento em que cai. O momento da “queda” vai variar entre recém-nascidos, pode ir de 7 a 21 dias. Nos primeiros dias após queda pode apresentar o corrimento de uma secreção sanguinolenta porque aquela zona mantém-se em cicatrização, durante este período mantenha o, agora, umbigo fora da fralda.

3. Mudança da fralda:

- ☆ Ao mudar a fralda deve limpar o bebé de frente para trás;
- ☆ A fralda pode absorver várias micções, no entanto se perceber que o bebé tem uma dejeção deve trocar a fralda de imediato, prevenindo “assaduras”;
- ☆ No início de vida do ser bebé pode encontrar cristais alaranjados ou avermelhados, não se preocupe. Estes cristais chamam-se uratos e são produtos eliminados pelo rim;
- ☆ Os bebés do sexo feminino podem apresentar uma secreção esbranquiçada vaginal, não é motivo de alarme. Está relacionado com a hormonas que a mãe produziu durante a gravidez.



Sono

O recém-nascido alterna períodos de sono com períodos alerta. Respeite ambos os períodos. Aproveite os períodos de sono do bebé para também dormir.

Quando o bebé está acordado deve ser estimulado, brinquem com o bebé, deitem-se com ele no chão, falem-lhe da vossa vida e deixem-no responder. Tudo isto são atividades que irão ajudar no seu desenvolvimento.

Se o bebé apresentar períodos de alerta durante a noite não o deve manter acordado durante o dia para que ele durma à noite. Para que o bebé repouso em período noturno é fundamental ter períodos de repouso em período diurno. Ao aproximar-se da



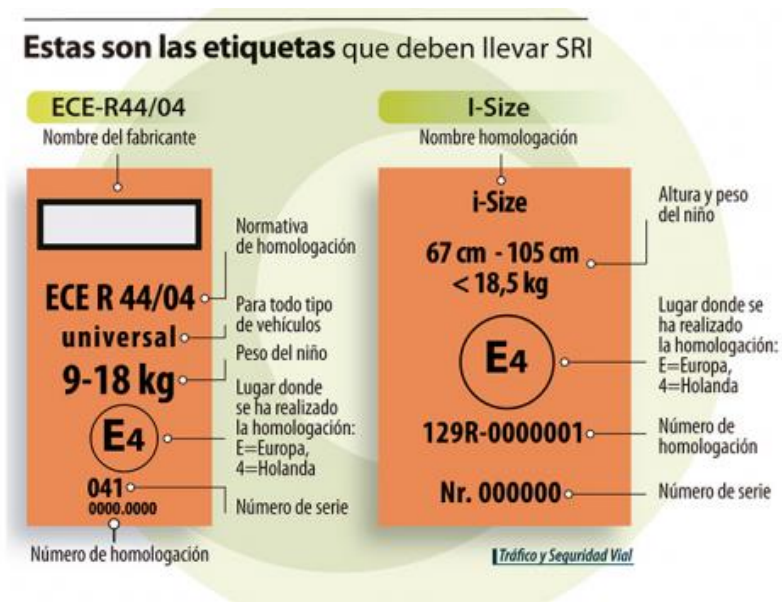
noite reduza os estímulos. Na última mamada da noite amamente já no quarto e com uma luz ténue. Estas ações poderão ajudar no sono do bebé.

Não espere que o bebé durma longos períodos nos primeiros meses, não se espera que um recém-nascido durma mais que 3 a 4 horas seguidas.

Segurança infantil e prevenção de acidentes

1) Viagens com Sistema de retenção (ovo)

- Quando o bebé viaja deve sempre ser transportado em cadeirinha adequado à idade e altura. A primeira cadeira do bebé é o conhecido ovo. Para estas idades a lei é clara: bebé transportado no sistema de retenção e em contramarcha. Esta primeira cadeira deve ser homologada pelo regulamento R44/04 ou para sistema isofix com o regulamento R129;



- Um sistema de retenção garante-lhe que é seguro se apresentar a etiqueta de homologação atual, autocolante com normas de instalação no carro e os cintos devidamente funcionais;
- Os cintos devem estar devidamente adaptados ao recém-nascido permitindo apenas a passagem de um dedo;
- No mercado existem alcofas que se adaptam ao carro, no entanto, o transporte do recém-nascido em veículos em alcofa não é permitido por lei, uma vez que a alcofa não garante a proteção da região cervical do recém-nascido em caso de embate.
- Quando os bebés passam para a cadeira seguinte devem manter-se em contramarcha, uma vez que a região cervical apenas está devidamente desenvolvida sensivelmente a partir dos 18kg/4 anos. No entanto, isto não está definido por lei, sendo uma opção dos pais.

2) Quedas

- Em idade pediátrica a queda é comum, os pais devem adotar medidas que previnam as quedas ou que minimizam o impacto da queda;
- Um bebé nunca deve ficar sozinho sob superfícies, pois o bebé adquirirá a capacidade de rodar/locomoção, não tendo noção do perigo. Um bebé sozinho sob superfícies é um bebé com risco de queda;
- Quando em cadeiras, espreguiçadeiras, carrinho de passeio se mantiver os cintos de segurança quando o bebé se começar a locomover terá menos risco de queda.

3) Queimaduras

- Mantenha líquidos quentes afastados do bebé;
- Proteja a zona da lareira para que o bebé não se possa aproximar;
- Verifique sempre a água do banho;
- Num bebé que se alimenta com biberão (com leite materno ou leite adaptado) confirmar sempre a temperatura para evitar queimaduras da cavidade oral.

4) Afogamento

- Nunca deixe o bebé próximo de água;
- Nunca se afaste da banheira durante o banho do bebé;
- Despeje a água de baldes, alguidares, banheiras após a sua utilização para evitar acidentes.

Mantenham-se atualizados no que se refere a segurança infantil e prevenção de acidentes no site da Associação Portuguesa de Segurança Infantil (APSI): www.apsi.org.pt

Transição para a Parentalidade

Com o nascimento do primeiro filho tudo muda. O casal que antes apenas tinha adultos em sua casa, passa a ter um bebê completamente dependente deles. Um ser que é totalmente dependente e que o seu bem-estar depende inteiramente deles.

Para a gravar a situação a transição no caso da mulher coincide com grandes alterações físicas e hormonais que irá influencia o seu estado emocional.

O corpo da mãe está a adaptar-se ao novo estado pós-gravídico, o útero vai retomando o anterior espaço, as roupas antigas ainda não servem, tem de lidar com mais ou menos dor (dependendo do tipo de parto). Alguns desconfortos da gravidez ainda persistem. Os primeiros tempos de amamentação são altamente desgastantes. Para além disto, a mãe está emocionalmente fragilizada, mais sensível.

Já o pai à partida não tem de lidar com estas questões físicas. Mas tem de lidar com todas as alterações maternas e com a sua própria transição para a maternidade. Ao mesmo tempo vê-se um pouco de lado porque muitos dos cuidados ao bebê estão relacionados com a amamentação.

Ambos estão a transitar para a parentalidade. Ambos são responsáveis pelos cuidados e pela segurança do filho.



Para além disto, cerca de 70 a 80%, das mulheres ainda passam por um período descrito como “*baby-blues*”. Este período é caracterizado por uma labilidade emocional, um choro sem motivo, apesar do sentimento de felicidade, uma preocupação excessiva, entre outros. Estes sintomas são autolimitados, se persistirem no tempo deve ser observada por um especialista para despistar a presença de depressão pós-parto.

É muito importante que ambos os pais assumam os cuidados ao recém-nascido. E se para a mulher é quase inato até pela pressão da sociedade. Para o pai, às vezes, pode ser um pouco difícil passar de uma díade mãe-bebê para a tríade pai-mãe-bebê.

O pai pode assumir funções como: pôr o bebê a arrotar após mamar; assumir o papel principal no banho do bebê; trocar a fralda; ficar com o bebê quando este está mais agitado para que a mãe tenha um momento para descansar; gerir as visitas ao recém-nascido; gerir as tarefas da casa agora que a mulher está mais debilitada, entre outras.



O assumir este papel cuidador por parte do pai traz vantagens para a mulher, mas também para o filho que beneficia muito com a sua presença.



Apêndice VII – Carta à Administração Regional de Saúde do Centro a solicitar acesso aos enfermeiros especialista em enfermagem de Saúde materna e obstétrica dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Mondego e Pinhal Litoral

Helena Paula Correia Gonçalves

E-mail: lenapcgoncalves@gmail.com

Telemóvel: 91 [REDACTED]

Exma. Sr^a. Presidente do conselho diretivo da
Associação Regional de Saúde do Centro
Dr^a Rosa Reis Marques
Alameda Júlio Henriques S/n, Apartado 1087
3001-553 Coimbra

Data: 04/11/2022

Assunto: Pedido de acesso aos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica com vínculo profissional aos ACESs Baixo Mondego e Pinhal Litoral

Eu, Helena Paula Correia Gonçalves, estudante do IX curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pretendo investigar a rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica na comunidade. Os objetivos do estudo são: identificar quais as áreas de competência utilizadas pelos EESMO nos ACESs Baixo Mondego e Pinhal Litoral; analisar os obstáculos à utilização das competências do EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e as forças que potenciam a sua realização; analisar o que motiva e/ou desmotiva o EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e qual a sua satisfação profissional.

Assim, como investigadora principal, orientada pelas professoras doutoras Maria Neto da Cruz Leitão e Ana Maria Poço dos Santos, venho por este meio solicitar o acesso aos locais de trabalho dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica a exercer funções nos ACESs acima mencionados, de modo a poder contactá-los solicitando a sua colaboração no estudo.

Grata pela atenção dispensada, fico a aguardar resposta.

Atenciosamente,

(Helena Paula Correia Gonçalves)

Apêndice VIII – Pedido de autorização para realização de investigação no Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego



Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

Pedido de autorização para realização de investigação

8 mensagens

Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

11 de novembro de 2022 às 11:16

Para: secretariado.acesbm@arscentro.min-saude.pt

Cc: Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Exmo. Sr Diretor Executivo do ACES Baixo Mondego Dr. José Luís Biscaia

Eu, Helena Paula Correia Gonçalves, estudante do IX curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pretendo investigar a rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO) na comunidade. Os objetivos do estudo são: identificar quais as áreas de competência utilizadas pelos EESMO nos ACESs Baixo Mondego e Pinhal Litoral; analisar os obstáculos à utilização das competências do EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e as forças que potenciam a sua realização; analisar o que motiva e/ou desmotiva o EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e qual a sua satisfação profissional.

Assim, como investigadora principal, orientada pelas professoras doutoras Maria Neto da Cruz Leitão e Ana Maria Poço dos Santos, venho por este meio solicitar autorização para contactar os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica a exercer funções no ACES Baixo Mondego, solicitando-lhes a participação numa entrevista semiestruturada. A identificação dos EESMO, após a vossa autorização e fornecimento de contactos, será também através da modalidade de bola de neve para identificar enfermeiros já com especialidade em saúde materna e obstétrica sem estarem na carreira de enfermeiro especialista.

Este projeto de investigação tem parecer favorável da comissão de ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC), que envio em anexo. Envio também em anexo o guião da entrevista semiestruturada e do termo de consentimento informado a entregar a todos os participantes do estudo.

Para quaisquer esclarecimentos estou disponível para contacto através do e-mail: lenapcgoncalves@gmail.com e do contacto telefónico: 913080291.

Grata pela atenção dispensada, fico a aguardar resposta.

Atenciosamente,
Helena Gonçalves

3 anexos

 **Consentimento informado.pdf**
31K

 **Parecer CE UICISA_E.pdf**
196K

 **guião de entrevista semiestruturada.pdf**
188K

Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

6 de dezembro de 2022 às 16:18

Para: secretariado.acesbm@arscentro.min-saude.pt

Bcc: Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Exmo. Srs.

No seguimento no e-mail abaixo, enviado no dia 11/11/2022, dirigido ao sr Diretor Executivo do ACES Baixo Mondego Dr. José Luís Biscaia, solicitando a autorização para realização de investigação sobre a rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO) na comunidade, gostaria de saber qual o ponto de situação relativo ao meu pedido.

Agradeço, desde já, urgência na resposta, uma vez que tenho prazos académicos a cumprir.

Grata pela atenção dispensada,

Helena Gonçalves

[Citação ocultada]

3 anexos**Consentimento informado.pdf**

31K

**Parecer CE UICISA_E.pdf**

196K

**guião de entrevista semiestruturada.pdf**

188K

Conselho Clínico e de Saude ACeS Baixo Mondego <ccs.bm@arscentro.min-saude.pt>

9 de dezembro de 2022 às 17:00

Para: "lenapcgoncalves@gmail.com" <lenapcgoncalves@gmail.com>

Bom dia!

Antes de mais os nossos agradecimentos por desejarem desenvolver o vosso projeto no nosso ACeS. Por forma a uma análise e síntese do projeto pedimos que responda a algumas questões:

Título do trabalho/ objetivos?

Foi submetido parecer a comissão de ética?

Se sim quando?

Tem parecer positivo?

Se não, quando pretende submeter?

Como está assegurada a confidencialidade dos dados dos participantes (incluindo profissionais de saúde caso se aplique)?

Está garantido que a execução do trabalho não põe em causa o funcionamento da unidade onde está a ser aplicado?

Como é feita essa garantia?

Tem o aval positivo do coordenador?

Tem consentimento informado nomeadamente com menção a possibilidade de desistência e eliminação de dados?

Se sim, anexar.

O autor compromete-se a divulgar os resultados do estudo ao CCS do ACeS Baixo Mondego?

Se sim, de que forma e quando?

Aguardando a vossa resposta,

Melhores cumprimentos

Pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Baixo Mondego

PENSE ANTES DE IMPRIMIR





De: Andrea Margarida Soares Lopes <AMLopes3@arscentro.min-saude.pt>

Enviado: 6 de dezembro de 2022 16:23

Para: Conselho Clínico e de Saude ACeS Baixo Mondego <ccs.bm@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: FW: Pedido de autorização para realização de investigação

De: Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

Enviado: 11 de novembro de 2022 11:16

Para: Secretariado ACES Baixo Mondego <secretariado.acesbm@arscentro.min-saude.pt>

Cc: Maria Neto <mneto@esenfc.pt>; Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação

[Citação ocultada]

Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

12 de dezembro de 2022 às 13:40

Para: Conselho Clínico e de Saude ACeS Baixo Mondego <ccs.bm@arscentro.min-saude.pt>

Cc: Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Bom dia,

Serve o presente e-mail para esclarecer as questões colocadas.

Título do trabalho/ objetivos?

O título do trabalho é: "Rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica na comunidade – obstáculos, forças e satisfação profissional". Este trabalho tem como objetivos:

- Identificar quais as áreas de competência utilizadas pelos EESMO (enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica) nos ACESs Baixo Mondego e Pinhal Litoral;
- Analisar os obstáculos à utilização das competências do EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e as forças que potenciam a sua realização;
- Analisar o que motiva e/ou desmotiva o EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e qual a sua satisfação profissional.

Foi submetido parecer a comissão de ética?

Foi submetido parecer à comissão de ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), tendo dado parecer positivo. Envio parecer em anexo.

Como está assegurada a confidencialidade dos dados dos participantes (incluindo profissionais de saúde caso se aplique)?

A população alvo deste estudo são os EESMO. Envio em anexo o guião da entrevista semiestruturada. Toda a informação de carácter pessoal reunida ao longo do estudo será confidencial. Para isto, o entrevistado será identificado através de um código para que as suas informações não sejam associadas à sua identificação. A codificação das entrevistas será pela ordem de entrevistas, tendo a primeira o código E1, a segunda E2 e assim sucessivamente. A gravação das entrevistas será destruída após a sua transcrição. Apenas será revelada a quantidade de ESMO em cada um dos ACES em estudo, não sendo possível a associação das intervenções realizadas às unidades de cuidados onde os participantes do estudo têm vínculo profissional. A análise qualitativa dos dados obtidos na entrevista será analisada no conjunto de todas as entrevistas. Na divulgação dos dados, não serão reveladas informações pessoais que comprometam a confidencialidade.

Está garantido que a execução do trabalho não põe em causa o funcionamento da unidade onde está a ser aplicado?

Para a execução deste trabalho cada participante no estudo terá de participar numa única entrevista. Assim, os custos com o participante prendem-se com o tempo disponibilizado na entrevista. Para minimizar este impacto, ser-lhe-á dada a possibilidade de marcação de entrevista em dia mais favorável para si, bem como escolher a hora e o local para realização de mesma, de modo a não afetar a sua vida profissional e pessoal. Caso pretenda é ainda dada a oportunidade de realizar a entrevista online. Será pedida autorização ao coordenador das unidades se necessário, após o parecer favorável do ACeS.

Tem consentimento informado nomeadamente com menção a possibilidade de desistência e eliminação de dados?

O nosso consentimento informado prevê a possibilidade de desistência em qualquer momento da entrevista. Envio-o em anexo.

O autor compromete-se a divulgar os resultados do estudo ao CCS do ACeS Baixo Mondego?

Os resultados do estudo serão divulgados em contexto científico, em publicações e eventos científicos. Caso seja do interesse do ACeS estou disponível para fazer apresentação oral dos resultados ou poderei enviar síntese escrita e/ou as publicações realizadas com resultados do estudo.

Estou disponível para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Agradeço celeridade na resposta.

Com os melhores cumprimentos,
Helena Gonaçlves

[Citação ocultada]

3 anexos**Consentimento informado.pdf**

31K

**Parecer CE UICISA_E.pdf**

196K

**guião de entrevista semiestruturada.pdf**

188K

Conselho Clínico e de Saude ACeS Baixo Mondego <ccs.bm@arscentro.min-saude.pt>

12 de dezembro de 2022 às 16:03

Para: Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

Cc: Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Bom dia!

Relativamente ao trabalho. Qual o tempo estimado para a entrevista estruturada? O momento das entrevistas será feito durante e no local de trabalho? Em caso negativo não nos parece ser necessário o parecer do Conselho Clínico do ACeS. Caso positivo é fundamental o parecer dos coordenadores ou Conselhos Técnicos das Unidades funcionais para que seja avaliado o pedido pelo Conselho Clínico do ACeS.

Melhores cumprimentos

Pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Baixo Mondego

Ângela Santos Neves

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



De: Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>**Enviado:** 12 de dezembro de 2022 13:40**Para:** Conselho Clínico e de Saude ACeS Baixo Mondego <ccs.bm@arscentro.min-saude.pt>

Cc: Maria Neto <mneto@esenfc.pt>; Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Assunto: Re: Pedido de autorização para realização de investigação

[Citação ocultada]

Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

13 de dezembro de 2022 às 11:43

Para: Conselho Clinico e de Saude ACeS Baixo Mondego <ccs.bm@arscentro.min-saude.pt>

Cc: Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Bom dia,

A entrevista tem uma duração prevista de 30 a 45 minutos e não tem de ser no local de trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Helena Gonçalves

[Citação ocultada]

10 anexos



Outlook-itvxbegx.png

22K



Outlook-ukbsvracs.png

10K



Outlook-rgl0ej15.png

8K



Outlook-wzkfhp2t.png

12K



Outlook-23fgojhr.png

22K



Outlook-tviya20o.png

10K



Outlook-republica_.png

8K



Outlook-1upkqdcf.png

12K



Outlook-pkr24yai.png

8K



Outlook-republica_.png

8K

Conselho Clinico e de Saude ACeS Baixo Mondego <ccs.bm@arscentro.min-saude.pt>

19 de dezembro de 2022 às

14:56

Para: Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

Bom dia

Nesse caso não nos parece pertinente o parecer do Conselho clínico.

Melhores cumprimentos

Pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Baixo Mondego

Ângela Santos Neves

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



De: Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

Enviado: 13 de dezembro de 2022 11:43

[Citação ocultada]

[Citação ocultada]

Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

21 de dezembro de 2022 às 23:32

Para: secretariado.acesbm@arscentro.min-saude.pt, Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Bom dia!

No seguimento do primeiro e-mail de contacto com o ACES Baixo Mondego a solicitar autorização para contactar os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica a exercer funções no ACES Baixo Mondego, solicitando-lhes a participação numa entrevista semiestruturada para a realização de investigação sobre a rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO) na comunidade.

Tendo em conta o vosso encaminhamento de informação para o Conselho Clínico e de Saúde do ACES Baixo Mondego, do nosso posterior esclarecimento às questões colocadas pelo conselho clínico e atendendo que o conselho clínico não considerou pertinente um parecer da sua parte, uma vez que não é condição da investigação que a entrevista ocorra no local de trabalho dos EESMO que aceitem participar no estudo.

Gostaria de saber qual o ponto de situação em relação ao meu pedido para a investigação.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Helena Gonçalves

[Citação ocultada]

Apêndice IX – Pedido de autorização para realização de investigação do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral



Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

Pedido de autorização para realização de investigação

2 mensagens

Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

11 de novembro de 2022 às 11:11

Para: secdir.pl@arscentro.min-saude.pt

Cc: Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Exmo. Sr Diretor Executivo do ACES Pinhal Litoral Marco das Neves

Eu, Helena Paula Correia Gonçalves, estudante do IX curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pretendo investigar a rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO) na comunidade. Os objetivos do estudo são: identificar quais as áreas de competência utilizadas pelos EESMO nos ACESs Baixo Mondego e Pinhal Litoral; analisar os obstáculos à utilização das competências do EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e as forças que potenciam a sua realização; analisar o que motiva e/ou desmotiva o EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e qual a sua satisfação profissional.

Assim, como investigadora principal, orientada pelas professoras doutoras Maria Neto da Cruz Leitão e Ana Maria Poço dos Santos, venho por este meio solicitar autorização para contactar os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica a exercer funções no ACES Pinhal Litoral, solicitando-lhes a participação numa entrevista semiestruturada. A identificação dos EESMO, após a vossa autorização e fornecimento de contactos, será também através da modalidade de bola de neve para identificar enfermeiros já com especialidade em saúde materna e obstétrica sem estarem na carreira de enfermeiro especialista.

Este projeto de investigação tem parecer favorável da comissão de ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), que envio em anexo. Envio também em anexo o guião da entrevista semiestruturada e do termo de consentimento informado a entregar a todos os participantes do estudo.

Para quaisquer esclarecimentos estou disponível para contacto através do e-mail: lenapcgoncalves@gmail.com e do contacto telefónico: 913080291.

Grata pela atenção dispensada, fico a aguardar resposta.

Atenciosamente,
Helena Gonçalves

3 anexos

**Consentimento informado.pdf**

31K

**Parecer CE UICISA_E.pdf**

196K

**guião de entrevista semiestruturada.pdf**

188K

Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

6 de dezembro de 2022 às 16:16

Para: secdir.pl@arscentro.min-saude.pt

Bcc: Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Exmo. Srs.

No seguimento no e-mail abaixo, enviado no dia 11/11/2022, dirigido ao sr Diretor Executivo do ACES Pinhal Litoral Marco das Neves, solicitando a autorização para realização de investigação sobre a rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO) na comunidade, gostaria de saber qual o ponto de situação relativo ao meu pedido.

Agradeço, desde já, urgência na resposta, uma vez que tenho prazos académicos a cumprir.

Grata pela atenção dispensada,

Helena Gonçalves

----- Forwarded message -----

De: **Helena Gonçalves** <lenapcgoncalves@gmail.com>

Date: sexta, 11/11/2022 à(s) 11:11

Subject: Pedido de autorização para realização de investigação

To: <secdir.pl@arscentro.min-saude.pt>

Cc: Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Exmo. Sr Diretor Executivo do ACES Pinhal Litoral Marco das Neves

Eu, Helena Paula Correia Gonçalves, estudante do IX curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pretendo investigar a rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO) na comunidade. Os objetivos do estudo são: identificar quais as áreas de competência utilizadas pelos EESMO nos ACESs Baixo Mondego e Pinhal Litoral; analisar os obstáculos à utilização das competências do EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e as forças que potenciam a sua realização; analisar o que motiva e/ou desmotiva o EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e qual a sua satisfação profissional.

Assim, como investigadora principal, orientada pelas professoras doutoras Maria Neto da Cruz Leitão e Ana Maria Poço dos Santos, venho por este meio solicitar autorização para contactar os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica a exercer funções no ACES Pinhal Litoral, solicitando-lhes a participação numa entrevista semiestruturada. A identificação dos EESMO, após a vossa autorização e fornecimento de contactos, será também através da modalidade de bola de neve para identificar enfermeiros já com especialidade em saúde materna e obstétrica sem estarem na carreira de enfermeiro especialista.

Este projeto de investigação tem parecer favorável da comissão de ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC), que envio em anexo. Envio também em anexo o guião da entrevista semiestruturada e do termo de consentimento informado a entregar a todos os participantes do estudo.

Para quaisquer esclarecimentos estou disponível para contacto através do e-mail: lenapcgoncalves@gmail.com e do contacto telefónico: 913080291.

Grata pela atenção dispensada, fico a aguardar resposta.

Atenciosamente,
Helena Gonçalves

3 anexos



Consentimento informado.pdf

31K



Parecer CE UICISA_E.pdf

196K



guião de entrevista semiestruturada.pdf

188K

Apêndice X – Guião de entrevista semiestruturado

GUIÃO DA ENTREVISTA

Rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica na comunidade – obstáculos, forças e satisfação profissional

PARTICIPANTES: Enfermeiros ESMO a exercer funções nos ACESs Baixo Mondego e Pinhal Litoral, da Administração Regional da Saúde Centro (ARSC), Portugal.

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.

OBJETIVOS

- Identificar quais as áreas de competência utilizadas pelos EESMO nos ACESs Baixo Mondego e Pinhal Litoral;
- Analisar os obstáculos à utilização das competências do EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e as forças que potenciam a sua concretização;
- Analisar o que motiva e/ou desmotiva os EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e qual a sua satisfação profissional

SOLICITAÇÃO DE DADOS DE CARATERIZAÇÃO

Caraterização sociodemográfica e profissional

- Nacionalidade
- Idade
- Habilitações académicas e profissionais
- Ano de conclusão do curso de enfermagem (Bacharelato / Licenciatura)
- Ano de conclusão da especialização / mestrado ESMO
- N° de anos de exercício profissional como enfermeira/o
- N° de anos de exercício profissional como enfermeira/o especialista ESMO
- N° de anos de exercício profissional em contexto comunidade
 - Como enfermeira cuidados gerais
 - Após concluir especialização ESMO
- Categoria profissional

QUESTÕES

TEMAS	QUESTÕES DE APROFUNDAMENTO
<i>Áreas de competência utilizadas pelos EESMO no ACES</i>	<ul style="list-style-type: none">- Quais são as competências dos EESMO que utiliza no exercício da sua atividade como enfermeira/o no ACES?<ul style="list-style-type: none">- pré-concepcional; período pré-natal; trabalho de parto; período pós-natal; período do climatério; mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; mulheres em idade fértil.- Qual /Quais as que mais utiliza?- Com que regularidade as utiliza?<ul style="list-style-type: none">- Diariamente / semanalmente / ...
<i>Obstáculos à utilização das competências do EESMO no ACES</i>	<ul style="list-style-type: none">- Quais os obstáculos à utilização das competências do ESMO no ACES?- Porquê?
<i>Forças que potenciam a concretização das competências do EESMO no ACES</i>	<ul style="list-style-type: none">- Quais são as forças que identifica que potenciam a concretização das competências do EESMO no ACES?- Porquê?
<i>Fatores que motivam e/ou desmotivam os EESMO no ACES</i>	<ul style="list-style-type: none">- Quais os fatores que motivam e/ou desmotivam durante o seu exercício profissional?
<i>Outros assuntos</i>	<ul style="list-style-type: none">- Que outros assuntos gostaria de acrescentar sobre a rentabilização das competências dos EESMO em contexto de comunidade?

REGISTO

Contacto:		Código entrevista:	
Local:	Data:	Início:	Fim:

Apêndice XI – Consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Helena Paula Correia Gonçalves, estudante do IX curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pretendo investigar a rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica na comunidade. Os objetivos do estudo são: identificar quais as áreas de competência utilizadas pelos EESMO nos ACESs Baixo Mondego e Pinhal Litoral; analisar os obstáculos à utilização das competências do EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e as forças que potenciam a sua realização; analisar o que motiva e/ou desmotiva o EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e qual a sua satisfação profissional.

Assim, gostaria de pedir o seu contributo para participar numa entrevista, em data e hora a agendar de acordo com as suas preferências. Durante a entrevista tem a liberdade para responder apenas às questões que considere pertinentes, bem como desistir a qualquer momento da entrevista ou revogar o consentimento previamente dado. É garantido o anonimato e a confidencialidade sobre toda a informação que nos facultar, sendo esta apenas utilizada para a concretização deste estudo. Caso seja do seu interesse, estamos disponíveis para partilhar os resultados obtidos com este estudo.

Este estudo é orientado pelas professoras doutoras Maria Neto da Cruz Leitão e Ana Maria Poço dos Santos.

Declaração

Declaro ter lido e compreendido o conteúdo deste documento. Concordo participar neste estudo e permito a utilização dos dados por mim fornecidos, confiando que apenas serão utilizados nesta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura: _____

Local / Data: _____

Contactos das investigadoras:

lenapcgoncalves@gmail.com; mneto@esenfc.pt; anapoco@esenfc.pt
tlm: 913080291

Anexo I – Autorização para a investigação



Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

Pedido de acesso aos EESMO nos ACES Baixo Mondego e Pinhal Litoral

8 mensagens

Gabinete Jurídico <gabjur@arscentro.min-saude.pt>

27 de janeiro de 2023 às 11:23

Para: "lenapcgoncalves@gmail.com" <lenapcgoncalves@gmail.com>

Cc: Marco Alexandre Santos Neves <MANeves@arscentro.min-saude.pt>, "jlpinto@arscentro.min-saude.p" <jlpinto@arscentro.min-saude.p>

Exma. Senhora

Enf.ª Helena Paula Correia Gonçalves

Aluna de mestrado de SMO da ESE Coimbra

Tendo presente o assunto acima mencionado, vimos pelo presente informar V. Exa., que foi deliberado pelo Conselho Diretivo autorizar o pedido para realização da atividade no âmbito do estágio de mestrado solicitada, atento a emissão dos pareceres favoráveis dos Senhores Diretores Executivos dos ACES Baixo Mondego e Pinhal Litoral.

Neste sentido, cumpre a V. Exa., encetar procedimentos e contactos com os serviços de apoio dos respetivos Diretores Executivos.

Os melhores cumprimentos,

Carla Baeta

Técnica Superior

Administração Regional de Saúde do Centro, I.P**Gabinete Jurídico e do Cidadão**

Alameda Júlio Henriques, s/n, Apartado 1087

3001-553 Coimbra, PORTUGAL

TEL.: +351 239 796 800

CMBaeta@arscentro.min-saude.ptwww.arscentro.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Anexo II – Parecer P889_07_2022 da Comissão de Ética Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº / P889_07_2022

Título do Projecto: Rentabilização das competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica na comunidade – obstáculos, forças e satisfação profissional

Identificação dos Proponentes

Nome(s):

Helena Paula Correia Gonçalves

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável: Helena Paula Correia Gonçalves

Orientador: Maria Neto da Cruz Leitão e Ana Maria Poço dos Santos

Relator: Carla Barbosa

Parecer

A investigadora através de um estudo qualitativo exploratório, em que terá como amostra EESMO's a exercer funções em ACES's Baixo Mondego e Pinhal Litoral (ARSCentro), pretende:

- Mapear os EESMO que trabalham no Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) do Baixo Mondego e no ACES Pinhal Litoral;
- Identificar quais as áreas de competência utilizadas pelos EESMO nos ACESs Baixo Mondego e Pinhal Litoral;
- Analisar os obstáculos à utilização das competências do EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e as forças que potenciam a sua realização;
- Analisar o que motiva e/ou desmotiva o EESMO nos ACESs do Baixo Mondego e Pinhal Litoral e qual a sua satisfação profissional.

A investigadora garante a confidencialidade e voluntariedade.

Quanto à confidencialidade serão realizadas entrevistas semiestruturadas que serão destruídas após a sua transcrição. A transcrição propriamente dita é identificada através de um código que não obstante não ser referido pela investigadora imaginamos fique na sua posse o que lhe permite re-identificar as pessoas que realizaram as entrevistas. Este facto leva a que esta informação transcrita seja informação pseudoanonimizada e nessa medida ser-lhe-ão aplicadas as regras de segurança equivalentes às usadas para os dados pessoais.

O termo de consentimento para estar mais completo deveria incluir a possibilidade de

COMISSÃO DE ÉTICA

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

os participantes poderem desistir a todo o tempo ou revogar o consentimento previamente dado.

Deveria também ser corrigido na parte em que refere que os dados são anonimizados porque de acordo com a informação escrita pela investigadora, na realidade vão sim ser pseudoanonimizados.

Aguardamos estas pequenas retificações no termo de consentimento.

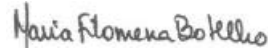
Após a comunicação das falhas encontradas a investigadora enviou novo protocolo e retificou o termo de Consentimento. Considerando as alterações operadas pela investigadora o parecer passa a favorável.

Parecer Favorável.



O relator: Carla Barbosa

Data: 26/10/2022 A Presidente da Comissão de Ética:



Anexo III – Pedido de esclarecimento da Administração Regional de Saúde do Centro



Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

Pedido de acesso aos EESMO nos ACES Baixo Mondego e Pinhal Litoral

3 mensagens

Gabinete Jurídico <gabjur@arscentro.min-saude.pt>
Para: "lenapcgoncalves@gmail.com" <lenapcgoncalves@gmail.com>

27 de dezembro de 2022 às 16:32

Exma. Senhora

Enf.^a Helena Paula Correia Gonçalves

Aluna de mestrado de SMO da ESE Coimbra

Na sequência do pedido supra mencionada, vimos pelo presente solicitar a V. Exa., que nos seja informado o modo ou forma de "acesso" e de "contacto" dos profissionais para efeitos da colaboração nos objetivos do v/ estudo, nos Aces do Baixo Mondego e Pinhal Litoral.

Os melhores cumprimentos,

Carla Baeta

Técnica Superior

Administração Regional de Saúde do Centro, I.P**Gabinete Jurídico e do Cidadão**

Alameda Júlio Henriques, s/n, Apartado 1087

3001-553 Coimbra, PORTUGAL

TEL.: +351 239 796 800

CMBaeta@arscentro.min-saude.ptwww.arscentro.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>

29 de dezembro de 2022 às 16:44

Para: Gabinete Juridico <gabjur@arscentro.min-saude.pt>, Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Bom dia!

Para contactar os profissionais de saúde, após a autorização dos ACES, será pelo contacto fornecido, ou através do contacto dos EESMO que de alguma forma já tiveram ligação à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Para além disto, pretendemos também identificar os profissionais através da modalidade de bola de neve para identificar enfermeiros já com especialidade em saúde materna e obstétrica sem estarem na carreira de enfermeiro especialista.

Enviámos, via e-mail, pedido para autorização da realização do estudo dirigido aos: senhor diretor executivo do ACES Baixo Mondego e senhor diretor executivo dos ACES Pinhal Litoral. Neste pedido foi anexado parecer da comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, guião de entrevista e termo de consentimento informado a entregar a todos os participantes. Estamos disponíveis para enviar estes documentos caso considerem pertinente.

Acrescentamos que foram esclarecidas questões levantadas pelo conselho clínico e de saúde do ACES Baixo Mondego, no entanto, ainda não recebemos parecer de qualquer das direções dos ACES contactados.

Com os melhores cumprimentos,
Helena Gonçalves

Gabinete Juridico <gabjur@arscentro.min-saude.pt> escreveu no dia terça, 27/12/2022 à(s) 16:32:

Exma. Senhora

Enf.ª Helena Paula Correia Gonçalves

Aluna de mestrado de SMO da ESE Coimbra

Na sequencia do pedido supra mencionada, vimos pelo presente solicitar a V. Exa., que nos seja informado o modo ou forma de "acesso" e de "contacto" dos profissionais para efeitos da colaboração nos objetivos do v/ estudo, nos Aces do Baixo Mondego e Pinhal Litoral.

Os melhores cumprimentos,

Carla Baeta

Técnica Superior

Administração Regional de Saúde do Centro, I.P

Gabinete Jurídico e do Cidadão

Alameda Júlio Henriques, s/n, Apartado 1087

3001-553 Coimbra, PORTUGAL

TEL.: +351 239 796 800

CMBaeta@arscentro.min-saude.pt

www.arscentro.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Helena Gonçalves <lenapcgoncalves@gmail.com>
Para: Gabinete Juridico <gabjur@arscentro.min-saude.pt>
Cc: Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

12 de janeiro de 2023 às 19:03

Bom dia.

No seguimento do e-mail abaixo, enviado a 29/12/2022, com o esclarecimento da forma de acesso aos EESMO dos ACES Baixo Mondego e ACES Pinhal Litoral. Gostaria de saber qual o ponto da situação em relação ao nosso pedido.

Para clarificar qualquer questão ética e legal, em anexo envio parecer da comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, guião de entrevista e termo de consentimento informado a entregar a todos os participantes. Agradeço brevidade na resposta, uma vez que tenho prazos académicos a cumprir.

Com os melhores cumprimentos,
Helena Gonçalves

----- Forwarded message -----

De: **Helena Gonçalves** <lenapcgoncalves@gmail.com>
Date: quinta, 29/12/2022 à(s) 16:44
Subject: Re: Pedido de acesso aos EESMO nos ACES Baixo Mondego e Pinhal Litoral
To: Gabinete Juridico <gabjur@arscentro.min-saude.pt>, Maria Neto <mneto@esenfc.pt>, Ana Poço <anapoco@esenfc.pt>

Bom dia!

Para contactar os profissionais de saúde, após a autorização dos ACES, será pelo contacto fornecido, ou através do contacto dos EESMO que de alguma forma já tiveram ligação à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Para além disto, pretendemos também identificar os profissionais através da modalidade de bola de neve para identificar enfermeiros já com especialidade em saúde materna e obstétrica sem estarem na carreira de enfermeiro especialista.

Enviámos, via e-mail, pedido para autorização da realização do estudo dirigido aos: senhor diretor executivo do ACES Baixo Mondego e senhor diretor executivo dos ACES Pinhal Litoral. Neste pedido foi anexado parecer da comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, guião de entrevista e termo de consentimento informado a entregar a todos os participantes. Estamos disponíveis para enviar estes documentos caso considerem pertinente.

Acrescentamos que foram esclarecidas questões levantadas pelo conselho clínico e de saúde do ACES Baixo Mondego, no entanto, ainda não recebemos parecer de qualquer das direções dos ACES contactados.

Com os melhores cumprimentos,
Helena Gonçalves

Gabinete Juridico <gabjur@arscentro.min-saude.pt> escreveu no dia terça, 27/12/2022 à(s) 16:32:

Exma. Senhora

Enf.ª Helena Paula Correia Gonçalves

Aluna de mestrado de SMO da ESE Coimbra

Na sequencia do pedido supra mencionada, vimos pelo presente solicitar a V. Exa., que nos seja informado o modo ou forma de "acesso" e de "contacto" dos profissionais para efeitos da colaboração nos objetivos do v/

estudo, nos Aces do Baixo Mondego e Pinhal Litoral.

Os melhores cumprimentos,

Carla Baeta

Técnica Superior

Administração Regional de Saúde do Centro, I.P

Gabinete Jurídico e do Cidadão

Alameda Júlio Henriques, s/n, Apartado 1087

3001-553 Coimbra, PORTUGAL

TEL.: +351 239 796 800

CMBaeta@arscentro.min-saude.pt

www.arscentro.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



3 anexos

 **Consentimento informado.pdf**
31K

 **guião de entrevista semiestruturada.pdf**
188K

 **Parecer CE UICISA_E.pdf**
196K