



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Perceção de conhecimentos na alta hospitalar: impacto do contexto sociodemográfico e obstétrico

Jessica Maria da Silva Santos

Viseu, maio de 2024



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Perceção de conhecimentos na alta hospitalar: impacto do contexto sociodemográfico e obstétrico

Jessica Maria da Silva Santos

Estágio com Relatório Final

7º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Paula Nelas

Viseu, março de 2024

“O fortalecimento de competências é o meio natural para o desenvolvimento de um bom ser humano.”

Vimala McClure

Agradecimentos

A concretização pessoal e profissional de dois longos anos, repletos de altos e baixos, merecem esta demonstração de afeto, em forma de agradecimento:

- À professora Doutora Paula Nelas, pela forma fácil de compreender e apoiar, em todos os momentos de avaliação, orientação e ensino.
- Ao Professor Doutor Eduardo Santos, pela paciência inesgotável, ao ajudar com o tratamento estatístico, para a concretização do presente estudo.
- Aos (às) EEESMO, que se cruzaram no meu caminho, ao longo dos vários estágios, pela sabedoria, dedicação, acompanhamento e amizade.
- Às minha colegas, futuras EEESMO, pelo carinho, ombro-amigo e compreensão que tiveram, ao longo deste percurso cheio de desafios.
- Aos meus colegas de trabalho, e em especial, ao enfermeiro coordenador do serviço, Enfermeiro Francisco Almeida, companheiros de profissão, que facilitaram todo o processo vivido;
- Às minha amigas, pela amizade incondicional, que nunca me deixaram desistir.
- À minha mãe, a minha maior força e inspiração, a mulher mais resiliente que conheço, o meu orgulho.
- Ao meu João, o meu melhor amigo, companheiro, porto-seguro, o meu futuro marido, por todo o amor que transmite, mas essencialmente por confiar em mim e nas minhas capacidades, e por ver sempre o “copo meio cheio”.
- A todos aqueles que me apoiaram.

Um obrigado sincero!

Resumo

Enquadramento: O presente Relatório Final foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular “Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica”, do 2º ano, do 7º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia e do 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Nele, está descrito o percurso para o desenvolvimento de competências para a obtenção do título de especialista e grau de mestre em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Na componente de investigação estudámos a perceção de conhecimentos das puérperas na alta hospitalar: impacto do contexto sociodemográfico e obstétrico.

Objetivos: Este relatório tem como objetivo descrever as competências comuns e específicas que foram adquiridas e desenvolvidas ao longo dos diversos estágios, tendo por base o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Regulamento n.º 391/2019) e avaliar a relação entre os conhecimentos das puérperas na alta hospitalar e as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Metodologia: Na primeira parte do relatório foram descritos todos os ensinamentos clínicos realizados, recorrendo para o efeito a uma análise crítico-reflexiva, baseada na evidência científica mais recente. Na segunda parte é apresentada a investigação desenvolvida, sendo esta um estudo analítico, descritivo-correlacional, transversal, quantitativo, numa amostra não probabilística por conveniência, com a recolha de dados através de um questionário a puérperas internadas num Serviço de Obstetrícia de um Hospital da região centro de Portugal Continental.

Conclusão: As competências comuns e específicas foram adquiridas. Através da investigação verificámos que 97,1% das puérperas apresentou níveis de conhecimentos percecionados elevados. São influenciados por fatores sociodemográficos, como o grupo etário ($p=0,012$), as habilitações literárias ($p=0,001$) e a profissão ($p=0,003$), que afetam os conhecimentos percecionados pela puérpera, em relação ao índice global; o rendimento mensal influencia os conhecimentos na dimensão “Informações Gerais” ($p=0,026$). Quanto aos fatores obstétricos, a inexistência de dúvidas ($p<0,001$) e a promoção do autocuidado da puérpera ($p=0,026$), durante o internamento hospitalar predizem os conhecimentos percecionados, em relação ao índice global; a presença de uma pessoa significativa durante o TP e parto influencia os conhecimentos nas dimensões “Cuidados ao bebé”, “Autocuidado da puérpera” e “Alimentação do bebé” ($p<0,05$) e o tipo de apoio prestado pelo acompanhante durante o TP e parto influi os conhecimentos na dimensão “Informações gerais” ($p=0,026$). O EEESMO é o principal responsável na promoção dos conhecimentos, habilidades e atitudes, que facilitam a autoeficácia e o desenvolvimento das competências parentais. Desta forma é garantida a adoção de comportamentos de saúde, pela puérpera, que sejam promotoras do autocuidado e cuidados ao recém-nascido.

Palavras-chave: puérperas, literacia em saúde materna, pós-parto, autocuidado, recém-nascido, competências parentais

Abstract

Background: This Final Report was developed as part of the course unit "Internship with Final Report: Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology Nursing" in the 2nd year of the 7th Master's Degree in Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology Nursing and the 12th Postgraduate Specialisation Course in Maternal Health and Obstetrics Nursing at the Escola Superior de Saúde of the Instituto Politécnico de Viseu. It describes the path to developing competences for obtaining the title of specialist and master's degree in Maternal, Obstetric and Gynaecological Health. In the research component, we studied the perception of puerperal women's knowledge at hospital discharge: the impact of the sociodemographic and obstetric context.

Objectives: The aim of this report is to describe the common and specific competences that were acquired and developed during the various internships, based on the Regulation on the specific competences of nurses specialising in maternal health and obstetric nursing (Regulation 391/2019) and to assess the relationship between the knowledge of postpartum women at hospital discharge and sociodemographic and obstetric variables.

Methodology: The first part of the report describes all the clinical training carried out, using a critical-reflexive analysis based on the latest scientific evidence. The second part presents the research carried out, which was an analytical, descriptive-correlational, cross-sectional, quantitative study with a non-probabilistic sample for convenience, using a questionnaire to collect data from puerperal women admitted to the Obstetrics Department of a hospital in the central region of mainland Portugal.

Conclusion: Common and specific competences were acquired. The research found that 97.1 per cent of puerperal women had high levels of perceived knowledge. They are influenced by sociodemographic factors such as age group ($p=0.012$), educational qualifications ($p=0.001$) and profession ($p=0.003$), which affect the puerperal woman's perceived knowledge in relation to the overall index; monthly income influences knowledge in the "General Information" dimension ($p=0.026$). As for obstetric factors, the absence of doubts ($p<0.001$) and the promotion of self-care by the puerperal woman ($p=0.026$) during hospitalisation predict perceived knowledge, in relation to the overall index; the presence of a significant person during labour and delivery influences knowledge in the "Baby care", "Self-care of the puerperal woman" and "Feeding the baby" dimensions ($p<0.05$) and the type of support provided by the companion during labour and delivery influences knowledge in the "General information" dimension ($p=0.026$). The EHESM is primarily responsible for promoting the knowledge, skills and attitudes that facilitate self-efficacy and the development of parenting competences. This ensures that the puerperal woman adopts health behaviours that promote self-care and care for the newborn.

Keywords: puerperal women, maternal health literacy, postpartum, self-care, newborn, parenting skills

Sumário

Lista de tabelas	15
Lista de figuras	17
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	19
Introdução Geral	23
I Capítulo – Relatório da componente clínica	27
1. Relatório da componente clínica.....	29
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	33
3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	35
4. Reflexão Crítica das competências específicas desenvolvidas nos ensinos clínicos	37
4.1 Enfermagem em Sala de Partos	37
4.2 Enfermagem em Puerpério	63
4.3 Enfermagem em Patologia Materno-Fetal.....	74
4.4 Enfermagem em Ginecologia	80
4.5 Enfermagem em promoção da saúde da mulher.....	85
II Capítulo – Relatório final da componente de investigação	93
1. Justificação do estudo	97
2. Conhecimentos maternos no período puerperal promotores do autocuidado e dos cuidados ao recém-nascido	99
2.1 Impacto do contexto sociodemográfico e obstétrico na perceção de conhecimentos da puérpera na alta hospitalar	102
2.2 Papel do EEESMO na promoção da literacia em saúde materna na alta hospitalar....	105
3. Metodologia	109
3.1 Métodos	109
3.2 Objetivos.....	109
3.3 Tipo de estudo	110
3.4 Participantes	111

3.5 Instrumento de colheita de dados	111
Parte I – Caracterização Sociodemográfica.....	112
Parte II – Caracterização Obstétrica	112
Parte III – Escala.....	112
Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar	113
3.6 Procedimentos	114
3.6.1. Análise dos dados.....	115
3.6.2. Operacionalização das variáveis	117
4. Resultados	121
4.1 Análise descritiva	121
4.2 Análise inferencial.....	137
5. Discussão	153
5.1 Discussão dos resultados	153
Conclusão	169
Implicações para a prática clínica	173
Referências Bibliográficas	175
Anexos	191
Anexo I – Questionário	193
Anexo II – Pedido de autorização para efetuar colheita de dados.....	203
Anexo III – Autorização para colheita de dados	205
Anexo IV - Pedido de autorização da Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar (ECPPAH).....	207

Lista de tabelas

Tabela 1 - Número de partos realizados e colaborados	62
Tabela 2 - Prática de episiotomia e perineorrafia	62
Tabela 3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em trabalho de parto	62
Tabela 4 - Vigilância de puérperas e recém-nascidos.....	73
Tabela 5 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério.....	79
Tabela 6 - Vigilância da gravidez, incluindo 100 exames pré-natais	92
Tabela 7 - Consistência Interna da Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar (ECPPAH).....	114
Tabela 8 - Estatísticas relativas à idade das puérperas	121
Tabela 9 - Caracterização sociodemográfica das puérperas	122
Tabela 10 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do grupo etário	124
Tabela 11 - Existência de outros filhos.....	125
Tabela 12 - Número de filhos	125
Tabela 13 - Relação entre a existência de filhos em função do grupo etário.....	125
Tabela 14 - Vigilância da gravidez.....	126
Tabela 15 - Número de consultas e profissional de saúde que vigiou a gravidez	127
Tabela 16 - Frequência de um programa de preparação para o parto.....	127
Tabela 17 - Idade gestacional e número de sessões do programa de preparação para o parto	128
Tabela 18 - Ensinos realizados no programa de preparação para o parto.....	129
Tabela 19 - Tipo de parto e Acompanhante durante o TP e parto	130
Tabela 20 - Apoio prestado pelo acompanhante.....	130
Tabela 21 - Plano de Parto.....	131
Tabela 22 - Classificação da experiência de TP, parto e pós-parto (enfermaria)	132
Tabela 23 - Informações fornecidas no internamento do puerpério	133
Tabela 24 - Existência de dúvidas durante o internamento	134
Tabela 25 - Profissional de Saúde que ajudou no esclarecimento das dúvidas	134
Tabela 26 - Auxílio dos enfermeiros nos cuidados ao bebé	135
Tabela 27 - Promoção do autocuidado	135
Tabela 28 - Cuidados prestados pelos enfermeiros na promoção do autocuidado	136
Tabela 29 - Estatísticas relativas ao valor global da ECPPAH e suas dimensões	136
Tabela 30 - Estatísticas relativas aos conhecimentos percecionados pelas puérperas na alta hospitalar, pelo score global da ECPPAH.....	137
Tabela 31 - Nível do conhecimento percecionado pelas puérperas em função do grupo etário.....	138
Tabela 32 - Teste U Mann-Whitney entre o grupo etário e os conhecimentos percecionados pela puérpera	138
Tabela 33 - Teste U Mann-Whitney entre o estado civil e os conhecimentos percecionados pela puérpera	139
Tabela 34 - Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e os conhecimentos percecionados pela puérpera.....	139
Tabela 35 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e os conhecimentos percecionados	140
Tabela 36 - Teste de Kruskal-Wallis entre a profissão e os conhecimentos percecionados pela puérpera	141
Tabela 37 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre as profissões e os conhecimentos percecionados.....	141
Tabela 38 - Teste U Mann-Whitney entre a situação laboral e os conhecimentos percecionados pela puérpera	142

Tabela 39 - Teste U Mann-Whitney entre o local de residência e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	142
Tabela 40 - Teste de Kruskal-Wallis entre o rendimento mensal e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	143
Tabela 41 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento mensal e os conhecimentos percebidos.....	143
Tabela 42 - Teste de Kruskal-Wallis entre o agregado familiar e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	144
Tabela 43 - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de filhos e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	145
Tabela 44 - Teste U Mann-Whitney entre o número de consultas de vigilância da gravidez e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	146
Tabela 45 - Teste U Mann-Whitney entre a frequência de um programa de preparação para o parto e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	146
Tabela 46 - Teste de Kruskal-Wallis entre a idade gestacional e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	147
Tabela 47 - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de sessões e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	147
Tabela 48 - Teste U Mann-Whitney entre o tipo de parto e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	148
Tabela 49 - Teste U Mann-Whitney entre acompanhante no TP e parto e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	148
Tabela 50 - Teste de Kruskal-Wallis entre o apoio prestado pelo acompanhante e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	149
Tabela 51 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre o apoio prestado pelo acompanhante e os conhecimentos percebidos.....	149
Tabela 52 - Teste U Mann-Whitney entre a elaboração de um plano de parto e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	150
Tabela 53 - Teste U Mann-Whitney entre a existência de dúvidas durante o internamento e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	150
Tabela 54 - Teste U Mann-Whitney entre a promoção do autocuidado e os conhecimentos percebidos pela puérpera.....	151

Lista de figuras

Figura 1 – Representação esquemática da relação entre as variáveis	110
---	-----

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APPT	Ameaça de Parto Pré-Termo
BCG	Bacilo Calmette–Guérin
BP	Bloco de Partos
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
CE	Cateter Epidural
CID	Coagulação Intravascular Disseminada
CMESMOG	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia
CPLEESMO	Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DG	Diabetes Gestacional
DPPNI	Descolamento da Placenta Normalmente Inserida
DUM	Data da última menstruação
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
EP	Erro Padrão
ESMO	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Et al	E outros
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
GIG	Grande para a Idade Gestacional
GSP	Globo de Segurança de Pinard
HPP	Hemorragia Pós-Parto
HTA	Hipertensão Arterial
IG	Idade Gestacional
IPV-ESSV	Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu

IST	Infeção Sexualmente Transmissível
ITP	Indução do Trabalho de Parto
K	Kurtose
K-S	Kolmogorov-Smirnov
KW	Kruskal-Wallis
LIG	Leve para a Idade Gestacional
LSM	Literacia em Saúde Mental
MCEESMO	Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
MCEESMP	Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
MMF	Medicina Materno-Fetal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Pré-Eclâmpsia
PF	Planeamento Familiar
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNSR	Plano Nacional de Saúde Reprodutiva
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PPT	Parto Pré-Termo
RCF	Restrição do Crescimento Fetal
RCIU	Restrição de Crescimento Intrauterino
RCT	Registo CardioTocográfico
RN	Recém-Nascido
RPM	Rotura Prematura de Membranas
SK	Skewness
SMO	Saúde Materna e Obstétrica
TDP	Teste do Diagnóstico Precoce
TP	Trabalho de Parto

UCIRN	Unidade de Cuidados Intensivos do Recém-Nascido
ULS	Unidade Local de Saúde
UMW	U de Mann Whitney
USF	Unidade de Saúde Familiar
VCE	Versão Cefálica Externa
VHB	Vírus da Hepatite B

Introdução Geral

A unidade curricular “Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica” integra-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (CMESMOG) – 7ª edição e do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CPLEESMO) – 12ª edição, do Instituto Politécnico de Viseu. Decorre no 2º ano do curso, com a realização de um estágio de 36 semanas, em diferentes áreas de intervenção da Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO): Promoção da Saúde da Mulher, Ginecologia, Puerpério, Patologia Materno-Fetal e Sala de Partos (Instituto Politécnico de Viseu, 2023).

A concretização do plano de estudos do CMESMOG permite a obtenção do título de especialista e o grau de mestre em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, com o objetivo geral de desenvolver conhecimento e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), para conceber, planear, executar e avaliar intervenções para a promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, assim como prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de intervenção de Saúde Materna e Obstétrica (SMO) (Instituto Politécnico de Viseu, 2023).

O Relatório Final é uma ferramenta crítico-reflexiva, das atividades realizadas, segundo os objetivos traçados nos projetos individuais de cada ensino clínico, descrevendo a aquisição das competências inerentes ao Exercício profissional do EEESMO, assim como demonstrar o cumprimento ao exposto na diretiva nº 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, transposta para o direito interno português pela Lei 9/2009 de 4 de março no que respeita à experiências mínimas obrigatórias a atingir (Lei n.º 9/2009 de 4 de março, 2009). A 2 de maio de 2014, procedeu-se a uma atualização desta, de acordo com o ponto 5.1-A, do Anexo II, da Lei n.º 25/2014, de 2 de maio (Lei nº 25/2014 de 2 de maio de 2014).

O EEESMO assume a responsabilidade pelo exercício das diferentes áreas de intervenção, desde o planeamento familiar, preconceção, gravidez, parto, puerpério, climatério e ginecologia, através dos cuidados centrados na mulher, recém-nascido, família e comunidade, para a promoção da saúde e prevenção de processos de doença.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica descreve que “O EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida

normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (Portugal, Regulamento n.º 391/2019, p. 13561).

O Estágio com Relatório Final inclui um estudo de investigação relacionado com uma área da especialização curso, com a temática “Perceção de conhecimentos na alta hospitalar: impacto do contexto sociodemográfico e obstétrico”. Além do desenvolvimento de competências e conhecimentos especializados na área de SMO, através da prática clínica nos diversos campos de estágio, este estudo permitiu-me fortalecer competências de investigação na procura da evidência científica mais recente.

A Literacia em Saúde é fundamental para a promoção da saúde, para a prevenção da doença e para a utilização eficaz e eficiente dos serviços (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2019), no que respeita à comunidade, em particular, a literacia em saúde materna corresponde à competência cognitiva e social das mães, em assumir o controlo da tomada de decisão, no contexto dos cuidados de saúde. Níveis de literacia em saúde materna adequados facilitam o envolvimento das mães no acesso aos cuidados de saúde, e consequentemente na promoção e manutenção do bem-estar da díade (Renkert & Nutbeam, 2001, cit por Khajeei et al., 2022).

Reconhece-se que a Literacia em Saúde é uma prioridade de saúde pública e, simultaneamente, um desafio para toda comunidade, no que respeita à partilha de conhecimento fidedigno, quer na sua compreensão e aplicação, para melhores escolhas de saúde no dia-a-dia (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2019).

À alta hospitalar, e face ao período de exigência, que é característico do puerpério, a mulher depara-se com inúmeros desafios. O pós-parto representa um processo de transição com transformações fisiológicas e emocionais, em que a mulher assume o seu papel de mãe. Durante o período de internamento, o EEESMO assume a responsabilidade de informar e apoiar a mulher nos cuidados, ao fortalecer os seus conhecimentos, autoeficácia, autonomia e competências parentais no cuidar do recém-nascido e no seu autocuidado. Desta forma, é garantida a adoção de comportamentos promotores da saúde e bem-estar, convergindo numa melhor qualidade de vida pós-parto para a díade.

Este relatório final tem como objetivos gerais:

- Discriminar as estratégias e intervenções de enfermagem especializadas essenciais à concretização dos objetivos definidos em cada ensino clínico, com a finalidade de desenvolver competências comuns e específicas do EEESMO, através de uma reflexão crítica da minha evolução, prática clínica e desempenho em todo o processo formativo;
- Apresentar os resultados obtidos através do estudo de investigação sobre os conhecimentos percecionados pelas puérperas na alta hospitalar e a sua relação com as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Por fim, o presente documento está dividido em duas partes distintas, mas complementares. O primeiro capítulo corresponde à componente clínica, com a descrição de cada ensino clínico e análise crítico-reflexiva dos procedimentos e competências específicas desenvolvidas na área de SMO, apresentando a concretização das experiências mínimas obrigatórias, exigido pela Lei 9/2009, de 4 de março de 2009. O segundo capítulo corresponde à componente de investigação, expondo os resultados obtidos quanto aos conhecimentos maternos percecionados na alta hospitalar e o impacto das variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Todo o Relatório Final foi construído de acordo com o Plano de Atividades da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia e o guia orientador de trabalhos escritos, do Instituto Politécnico de Viseu-Escola Superior de Saúde de Viseu (IPV-ESSV).

I Capítulo – Relatório da componente clínica

1. Relatório da componente clínica

O plano de estudo do 7º CMESMOG e do 12º CPLEESMO da Escola Superior de Saúde de Viseu, compreende um conjunto de unidades curriculares e ensinamentos clínicos, de forma a manter uma adequada articulação entre as componentes teóricas e práticas.

A unidade Curricular “Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica” é a conclusão do percurso formativo do EEESMO, através da concretização da prática clínica nos diversos campos de estágio. Este processo formativo assenta na proposta de operacionalização das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, descritas nos Regulamentos nº 140/2019 e nº 391/2019, respetivamente (Portugal, Regulamento nº 140/2019; Portugal, Regulamento nº 391/2019).

O estágio final teve a duração de 36 semanas, com ensinamentos clínicos em cinco campos de estágio distintos, correspondentes às áreas de intervenção da Saúde Materna e Obstétrica, em que também foi realizado um estudo de investigação, com a temática “Perceção de conhecimentos na alta hospitalar: impacto do contexto sociodemográfico e obstétrico”, contribuindo para o meu percurso académico e profissional.

Os ensinamentos clínicos foram desenvolvidos em contexto de internamento hospitalar e em cuidados de saúde primários. O ensino clínico Enfermagem em Sala de Partos foi realizado em dois locais diferentes, durante 18 semanas: 9 semanas num Hospital Público da Zona Centro e 9 semanas numa Maternidade Pública da Zona Centro. O ensino clínico Enfermagem em Puerpério foi realizado numa Maternidade Pública da Zona Centro em dois serviços distintos, no serviço de puerpério (pisos 3) e no serviço de cirurgia obstétrica (pisos 2), durante 5 semanas. Os ensinamentos clínicos Enfermagem em Patologia Materno-Fetal e Enfermagem em Ginecologia decorreram no serviço de Obstetrícia/Ginecologia, de um Hospital Público da Zona Centro, durante 5 e 3 semanas, respetivamente. Por fim, o ensino clínico Enfermagem em promoção de saúde da mulher decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Zona Centro, durante 5 semanas.

De forma a garantir o título de especialista e grau de mestre em ESMO foi necessário cumprir com o exposto na diretiva nº 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, transposta para o direito interno português pela Lei 9/2009 de 4 de março (com atualização a 2 de maio de 2014, de acordo com o ponto 5.1-A, do Anexo II, da Lei nº 25/2014), no que respeita às experiências mínimas obrigatórias a atingir (Lei nº 9/2009 de 4 de março, 2009):

- Consulta de grávidas, incluindo 100 exames pré-natais;
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em trabalho de parto;
- Realização de 40 partos, número que poderá ser reduzido para 30 partos se a falta de parturientes o justificar e na condição de o estudante participar em mais de 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica;
- Prática de episiotomia/perineorrafia;
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em situação de risco durante a gravidez, trabalho de parto ou puerpério;
- Vigilância e prestação de cuidados, incluindo exames a 100 puérperas;
- Vigilância e prestação de cuidados a 100 recém-nascidos normais.

Neste Relatório Final foram descritos todos os ensinamentos clínicos, quanto às diversas oportunidades de aprendizagem, aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e atividades práticas das áreas de intervenção da SMO, cumprindo o número das experiências mínimas obrigatórias.

A análise crítico-reflexiva de cada ensinamento clínico permitiu-me avaliar o meu percurso formativo, no contexto de ensino-aprendizagem, através da criação de planos de atividades e estratégias que fossem eficazes a ultrapassar certas dificuldades e obstáculos, com a procura da evidência científica mais recente, que contribuísse para o meu desempenho no contexto clínico.

De forma a complementar a componente clínica e também a componente de investigação, baseei a minha prática num modelo teórico de Enfermagem, a Teoria das Transições Humanas de Afaf Meleis.

A Teoria de Afaf Meleis surgiu em 1985, reforçando a importância das transições na vida humana e a necessidade da intervenção dos enfermeiros no cuidar daqueles que passavam por tais transformações (Lima et al., 2016 cit por Amaral, 2023). O significado de Transição significa o ato ou efeito de passar de um lugar, de um estado ou de um assunto para outro, isto é um trajeto (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010, cit por Santos et al., 2015). O ser humano vive diversas transformações, com mudança de um estado para outro e momentos de instabilidade e estabilidade, balanceando-se entre estes (Meleis, 2013 cit por Santos et al., 2015). A prática de enfermagem baseia-se na Teoria das Transições, em que os Enfermeiros planeiam os cuidados com o objetivo de apoiar e auxiliar a pessoa no processo de mudança, promovendo a saúde, prevenindo a doença e potenciais complicações e conseqüentemente

potencializando uma melhor qualidade de vida e ganhos em saúde (Costa, 2016 cit por Amaral, 2023). Os enfermeiros auxiliam a pessoa no desenvolvimento de competências facilitadoras para enfrentar a transição, ao mobilizar conhecimentos e os recursos existentes no meio envolvente (Schumacher & Meleis, 2010 cit por Santos et al., 2015).

Todo o ciclo gravídico-puerperal é composto por mudanças, destacando-se o puerpério como o processo de transição mais exigente para a mulher. Posto isto, considero que a Teoria das Transições Humanas de Afaf Meleis se enquadra no presente relatório e estudo de investigação.

Nas diversas dimensões, a mulher vive uma adaptação funcional, emocional e social às novas condições de saúde, assim como a incorporação de um novo papel. Além disso vive um processo de transformação corporal, que exige um ajuste e auxílio nos cuidados (Cerejeira et al., 2022). O EEESMO como o profissional responsável no acompanhamento da mulher, durante o pós-parto, promove processos eficazes de adaptação às novas condições de saúde da mulher, ao identificar as necessidades, planear cuidados especializados e assegurar a continuidade dos mesmos, favorecendo o autocuidado da puérpera e capacitando-a para os cuidados ao recém-nascido (Cerejeira et al., 2022).

O EEESMO promove a literacia em saúde materna, durante o internamento hospitalar, ao mobilizar os conhecimentos e intervenções, para garantir o desenvolvimento das competências parentais. Assim é assegurado o acesso aos cuidados promotores da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida da díade.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº 140/2019, descreve que o Enfermeiro Especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

As competências comuns são “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Perante o descrito, a minha prática clínica baseou-se no desenvolvimento das competências comuns, tendo presente os seguintes domínios (Portugal, Regulamento n.º 140/2019):

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Desta forma foi importante integrar-me na equipa multidisciplinar, de cada ensino clínico, para promover um trabalho eficaz e organizado, bem como conhecer toda a estrutura física, funcional, organizacional e dinâmica dos serviços, para me tornar um elemento facilitador na prestação dos cuidados especializados e mais eficaz e proativa em situações de urgência/emergência.

Procurei conhecer e respeitar as normas e orientações, protocolos e técnicas específicas e também investir no meu percurso formativo, ao estudar, investigar e praticar procedimentos e toda a componente teórica desenvolvida em sala de aula, de forma a sentir-me mais empoderada e confiante no momento de clarificar dúvidas, ensinar e instruir as mulheres/casais, para o cuidar do bebé e do seu autocuidado.

Neste contexto, como estudante da especialidade e mestrado procurei ser correta na forma de ser, estar e comunicar, assim como desenvolvi competências interpessoais, de responsabilidade ética e legal e prática profissional, entre outras, tendo presente o código ético e deontológico, criado pela Ordem dos Enfermeiros.

Na minha prática clínica procurei executar cuidados de enfermagem especializados de acordo com o código ético e deontológico, ao respeitar a dignidade, individualidade e privacidade da mulher/casal, ao cuidar de forma holística e humanizada, criando um ambiente acolhedor, seguro e de confiança em cada fase do ciclo vital e gravídico-puerperal, e também ao assegurar a confidencialidade e segurança da informação oral e escrita.

Os ensinamentos clínicos permitiram-me desenvolver o pensamento crítico e reflexivo, na aquisição e aplicação de competências especializadas, para garantir a melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados, face às prioridades.

O processo formativo foi dinâmico, de forma a garantir a concretização dos objetivos definidos, o sucesso dos ensinamentos clínicos e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica enumera as competências do EEESMO, assim como as intervenções e critérios de avaliação, que facilitam a sua prática profissional. Este regulamento foi alvo de leitura e análise por mim, para o desenvolvimento de atividades e planos de intervenção para dar resposta às competências específicas na área de SMO (Portugal, Regulamento n.º 391/2019):

- 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.

A visão dos cuidados especializados em ESMO assentam em três fatores essenciais, como a **competência profissional**, isto é, a gestão e a execução dos cuidados, ao garantir a continuidade da qualidade dos mesmos, em que o EEESMO tem a capacidade de lidar com desafios e dificuldades com confiança, segurança e satisfação; a **prática baseada na evidência**, para garantir a atualização dos procedimentos e da prática, para assim garantir a viabilidade, a adequação e os melhores resultados em saúde; e o **respeito pela(o) cliente dos cuidados**, isto é, o EEESMO reconhece a capacidade de decisão e o empoderamento da(o) cliente, como responsável pela sua saúde, e considera-se como um elemento facilitador e orientador dos mesmos, criando uma relação empática e de confiança (Cerejeira et al., 2022). Foi através desta visão definida nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO que desenvolvi e procurei atingir todos os objetivos traçados para cada ensino clínico.

4. Reflexão Crítica das competências específicas desenvolvidas nos ensinos clínicos

A prática clínica refletiu-se nas competências desenvolvidas na teoria e permitiu-me uma análise crítico-reflexiva do meu percurso formativo, de todas as situações de aprendizagens e do meu desempenho, bem como a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao exercício profissional do EEESMO.

Seguidamente estão descritos todas as atividades e competências desenvolvidas, através de uma reflexão crítica de todos os ensinos clínicos, onde procurei aplicar a metodologia dos cuidados especializados e procedimentos baseados na evidência científica.

4.1 Enfermagem em Sala de Partos

O ensino clínico em Enfermagem em Sala de Partos tem como objetivo geral o desenvolvimento de competências no cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extrauterina. O objetivo específico prende-se por desenvolver conhecimentos e técnicas adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar da parturiente/família durante o trabalho de parto, parto eutócico e distócico, à puérpera, ao recém-nascido normal e de risco.

O estágio decorreu em duas maternidades de Instituições de Saúde da Região Centro de Portugal, num total de 18 semanas. A primeira maternidade, onde realizei um período de estágio de 9 semanas é constituído por sete quartos, onde a parturiente, após inscrição e admissão do serviço de urgência obstétrica/ginecológica ou do serviço de obstetrícia/ginecologia (patologia materno-fetal), é acolhida num quarto onde decorrerá a vigilância do trabalho de parto (TP) e parto. Todos os quartos são constituídos por uma cama, mesa do recém-nascido, material necessário para as respetivas fases de trabalho de parto e ainda um cadeirão que permite receber o convivente significativo, que acompanha a parturiente. Além disso, o serviço é composto por dois quartos, cada um com duas camas, que se destinam para opós-parto imediato, antes de transferir a puérpera e o/os recém-nascido(s) para o Serviço de Obstetrícia.

O EEESMO é natural e instintivamente holístico na sua forma de cuidar, ao aceitar a Mulher nas suas dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste sentido e tendo presente todas estas dimensões, procurei executar cuidados culturalmente sensíveis, respeitando valores e crenças espirituais da

mulher/casal. A multiculturalidade é uma realidade cada vez mais presente em Portugal e na cidade de Viseu, tendo cuidado de mulheres de nacionalidade brasileira, espanhola, venezuelana e ucraniana.

Perante o ensino clínico Enfermagem em Sala de Partos, foquei-me na competência “Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Portugal, Regulamento n.º 391/2019, p. 13562).

Quando a mulher é recebida na Sala de Partos, e na sequência dos cuidados especializados em ESMO, a mulher assume vários papéis e especificidades quanto aos seus cuidados, pois é mulher-grávida, mulher-parturiente, mulher-puérpera, mulher-mãe e essencialmente, mulher-mulher, na sua perspetiva individual. No momento da admissão e acolhimento, a mulher vinha acompanhada pelo convivente significativo que escolheu.

Após a transmissão das informações clínicas por parte do EEESMO do serviço de urgência obstétrica, procurei apresentar-me e identificar-me como enfermeira de cuidados gerais e essencialmente como estudante da especialidade em ESMO, através de uma conversa acolhedora. Posteriormente, o meu foco era apresentar o bloco de partos e o quarto destinado, assim como todo o material presente; com a leitura do processo individual procurei ler o plano de parto (sempre que presente) e discuti-lo com a mulher/convivente significativo, de forma a explicar alguns procedimentos e intervenções de enfermagem, esclarecer dúvidas e receios, através de uma linguagem simples e objetiva. Desta forma sinto que promovi um ambiente seguro e de confiança, ao estabelecer uma relação empática com os mesmos. Esta relação terapêutica entre o EEESMO e a mulher é dos elementos centrais para que esta seja proativa e a protagonista principal na adaptação às novas circunstâncias da vida/processos (Cerejeira et al., 2022).

O EEESMO é o responsável por assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto *in útero* pelos meios clínicos e técnicos apropriados a cada momento, tendo sempre presente o Plano de Parto decidido pela mulher/casal e, tendo presente, todas as decisões e preferências que transmitem (Pinheiro et al., 2012).

A mulher no papel de mulher-parturiente, em sala de partos, pressupõe-se a necessidade de Indução do Trabalho de Parto (ITP), por vários fatores. A ITP é uma prática que se caracteriza pela indução artificial das contrações uterinas, de forma a iniciar-se o trabalho de parto. A evidência científica corrobora este procedimento, quando o benefício de induzir um TP, para a grávida e o respetivo feto, é superior ao manter a gravidez (Fonseca, 2016). As

indicações mais frequentes de ITP, que passaram neste ensino clínico, foram a gravidez pós-termo com idade gestacional superior ou igual a 41 semanas, rotura prematura de membranas (RPM), patologia materna, como Hipertensão (HTA) prévia ou gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e restrição de crescimento fetal. Como métodos para ITP existem os farmacológicos e os mecânicos. Nos farmacológicos os mais utilizados, no bloco de partos deste hospital, foram as prostaglandinas (misoprostol e a dinoprostona) e a ocitocina.

As prostaglandinas são utilizadas para maturação cervical, quando este é desfavorável, enquanto a ocitocina é um agente uterotónico utilizado para induzir contratilidade uterina (Fonseca, 2016). O EEESMO é o responsável por manter a vigilância materno-fetal, os efeitos secundários e riscos inerentes, como a atividade uterina excessiva e a hipoxia fetal. No acompanhamento da ITP, o meu papel foi de manter a continuidade da monitorização da atividade uterina e da Frequência Cardíaca Fetal (FCF), ao longo de todo o processo, para o caso de acontecer uma taquissístolia ou hipertonia uterina, e consequentemente alterações no padrão da FCF, e cooperar com a equipa para esses riscos.

Uma mulher que não está em TP significa, por vezes, estar 2 a 3 dias internada neste serviço. Ao realizar turnos em dias seguidos, consegui acompanhar algumas mulheres/casais e compreendi que são fases difíceis para os mesmos; senti emoções fortes, como ansiedade, medo, frustração e até algum cansaço, pela incerteza e demora em conhecerem o seu bebé. Nestes momentos, procurei falar com eles, explicar e validar a informação dos procedimentos e garantir que toda a equipa coopera mutuamente para o bem-estar da tríade, e que o foco principal é a promoção de um TP e parto o mais fisiológico e natural possível, deixando o corpo da mulher “trabalhar”, em simultâneo com o feto.

Numa perspetiva da mulher-parturiente, esta pode encontrar-se numa fase latente ou ativa do 1º estágio do TP. A Fase latente é caracterizada por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis das características do colo do útero, até uma dilatação cervical de 5 cm; a fase ativa é caracterizada por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de extinção do colo do útero e dilatação uterina dos 5cm aos 10cm (World Health Organization [WHO], 2018).

A mulher apresenta comportamentos e atitudes diferentes no 1º estágio de trabalho de parto, que são consequência da vivência da gravidez atual, da sua história obstétrica, e claro da sua personalidade e forma de ser/estar. Como futura EEESMO, considero que fui um elemento fundamental e ativo no acompanhamento da mulher/casal neste estágio.

Quando se fala em Dor no TP e Parto, o medo pode ser determinante para a não colaboração, a falta de autodeterminação e também para uma experiência menos positiva. Esta dor advém das contrações uterinas e da dilatação cervical, no 1º estágio do TP e da dilatação da vagina e do pavimento pélvico, no 2º estágio, mas esta percepção da dor por parte da mulher-parturiente é também uma dor afetiva e que está intimamente ligada ao medo e à ansiedade (Pedro & Carvalho de Oliveira, 2016).

O bloco de partos oferece e promove medidas não farmacológicas de controlo da dor como a deambulação, hidroterapia (com o recurso ao chuveiro), uso da bola de nascimento, massagem, ouvir música, leitura ou atividades de relaxamento através da respiração ou outras que a mulher prefira. Neste campo, procurei promover, juntamente com o casal, o controlo da dor, ansiedade, associada à promoção da verticalidade e liberdade de movimentos. O incentivo à liberdade de movimentos, durante todos os períodos do trabalho de parto, empodera e orienta a parturiente na adoção da posição que lhe for mais confortável, permitindo-lhe optar por várias posições (Amaro et al., 2021).

A evidência científica tem demonstrado com inúmeros estudos efetuados nos últimos anos que a liberdade de movimento, a deambulação, a verticalização do parto e as mudanças de posição desencadeiam numa experiência e vivência do parto mais positiva, natural, fisiológica e humanizada, permitindo à mulher viver o trabalho de parto ao seu ritmo (Cardoso et al., 2020).

A utilização da bola de nascimento promove a postura vertical, o relaxamento, o controlo da dor, o conforto e o bem-estar, como também favorece a evolução e progressão do TP. Uma vez que este tipo de recurso existe na sala de partos, o meu papel foi de incentivar à sua utilização, por todos os benefícios descritos, através da demonstração e ensinamentos, mantendo a vigilância do bem-estar materno-fetal, concomitantemente com o Registo CardioTocográfico (RCT).

A vigilância do bem-estar materno-fetal é um dos principais objetivos dos cuidados especializados em ESMO, ao longo do TP e parto. A cardiotocografia contínua é constituída por dois transdutores, um capta a FCF e o outro capta as contrações uterinas (Santana & Figueiredo, 2016). Na colocação do RCT à parturiente tive o cuidado da correta colocação dos transdutores, o posicionamento da mulher e consequentemente da avaliação do registo, quanto à linha de base, a variabilidade da FCF, a resposta fetal às variações da atividade contrátil do útero, assim como a presença ou ausência de acelerações/desacelerações. Numa fase latente de TP e de forma a promover a verticalidade e a mobilidade, a parturiente realizou os exercícios na bola de nascimento, com o RCT; quando o desejo era deambular, numa parturiente de baixo risco, tive

o cuidado de avaliar o foco fetal durante, aproximadamente 5 minutos, e registrar em partograma. A interpretação e avaliação do RCT foi um dos aspetos mais desafiantes para mim, tendo sido importante a discussão das dúvidas com os enfermeiros, assim como estudar a componente teórica.

Numa perspetiva mais intervencionista e após decisão da parturiente, o recurso a medidas farmacológicas, como a Analgesia Epidural, também é implementada. Procurei colaborar com o médico anestesista na colocação do cateter epidural, tornando-me autónoma, na preparação do material necessário, posicionamento e monitorização da parturiente, administração do lactato de ringer e posteriormente na avaliação e interpretação da resposta materno-fetal à analgesia epidural. Nesta fase, a minha perspetiva crítico-reflexiva assenta na importância da nossa presença, junto da parturiente, pois o medo do desconhecido e o não controlo dos movimentos, aquando das contrações uterinas dolorosas, durante o procedimento, era algo que assustava a mulher. Procurei manter a calma, dando apoio e ensinar/relembrar os movimentos respiratórios importantes para manter o relaxamento e o autocontrolo.

A identificação e monitorização do trabalho de parto e dos estádios é percebida, quer pelas sensações e descrições que a mulher transmite, quer pela avaliação do índice de *Bishop*, através do exame vaginal (toque vaginal). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o toque vaginal deve ser executado com um intervalo de 4/4h, a partir da fase ativa do primeiro estágio de trabalho de parto, em mulheres de baixo risco (WHO, 2018).

A determinação do índice de *Bishop* avalia o grau de dilatação cervical, o apagamento do colo, assim como a posição e consistência e o nível da apresentação fetal. Considero que este procedimento foi desafiante para mim, no início do ensino clínico, pela dificuldade em compreender os parâmetros anteriormente descritos, contudo com a prática sinto que desenvolvi a minha sensibilidade e competências neste sentido, com a consciência da necessidade de treinar e praticar no próximo estágio.

Um dos critérios de decisão para internamento na sala de partos deste serviço, para além da ITP, a mulher estar em TP, entre outras, é a RPM. O líquido amniótico é um indicador importante que traduz o ambiente intrauterino, assim como o bem-estar fetal, através da sua coloração. Este pode ser esverdeado, vulgo, mecónio que indica sofrimento fetal atual ou anterior; sanguinolento, quando descolamento da placenta, acastanhado, quando morte fetal e límpido/claro que indica características normais (Sequeira et al, 2020a). Perante uma RPM superior a 12h, está recomendado a administração de antibióticos, para a prevenção e o tratamento de infeções maternas no período periparto (Organização Mundial da Saúde, 2015),

sendo o mais comum a ampicilina 2g, seguida de 1g de 4/4h.

Quando a rotura das membranas amnióticas acontece em contexto de TP e já na sala de partos, a mulher transmite-nos essa informação. É importante validar o acontecimento e registar em partograma, assim como observar as características do líquido amniótico e atuar consoante as mesmas. Neste momento e perante um líquido amniótico meconial, a avaliação do RCT antes e após a rotura é também importante; este foi o pensamento crítico que procurei desenvolver e até discutir com as enfermeiras tutoras quando senti dificuldade em interpretar algum momento, de forma a desenvolver uma atitude ativa.

Com a dilatação completa, inicia-se o 2º estágio do TP, em que a mulher sente uma pressão na região perianal e no pavimento pélvico, manifestando a vontade de evacuar e a necessidade de expulsar. Nesta fase, recorro que mantive uma atitude de encorajamento e confiança para com a mulher, ao transmitir-lhe pensamentos positivos e de força e a agir instintivamente, isto é, a ouvir o seu corpo e a dar-lhe resposta, assim como a adotar a posição mais favorável e confortável, e ao mesmo tempo ia preparando todo o material necessário para a fase seguinte - o parto. Reconheço a importância da presença do EEESMO em encorajar e apoiar as mulheres, no período expulsivo, a seguirem o seu próprio impulso, aquando da contração, dirigindo a mulher nesse pensamento (WHO, 2018). A pessoa significativa/acompanhante é também alvo da nossa atenção, e por isso, procurei envolvê-lo para auxiliar a mulher, pois a sua presença é essencial e contribui para uma experiência positiva e de apoio no parto.

Entende-se por Parto Normal, o parto de início espontâneo, de baixo risco, mantendo-se assim até ao nascimento, em que o bebé nasce espontaneamente e em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas de gestação (Pinheiro et al., 2012). O parto pode ser eutócico, ou culminar num parto distócico.

Neste ensino clínico, relembro dois momentos inesperados e de grande atuação. Num, enquanto me preparava para auxiliar um parto, aparentemente de conduta eutócica, em que a mulher manifestava vontade de puxar e o bebé apresentava o pólo cefálico no plano de *Hodge -1*, o RCT mostrou uma desaceleração fetal sem recuperação, mantendo bradicardia fetal (FCF+/- 70 bpm), havendo a necessidade imediata de chamar o obstetra, que instrumentou o parto por Ventosa. Nesta fase procurei atuar de forma proativa, perante uma situação de urgência. A vigilância materno-fetal durante o parto revela-se essencial para rastreio de urgências obstétricas, através monitorização fetal contínua, mas também no ouvir dos batimentos cardíacos fetais, que nem sempre correspondem ao visualizado no cardiotocógrafo.

Considero que esta sensibilidade auditiva e perspicácia é uma competência essencial a ser desenvolvida, pois esta experiência anteriormente descrita, mostrou-me o poder da responsabilidade inerente ao EEESMO e o quão inesperado é o mundo da obstetrícia.

O momento do parto é, sem dúvida, um momento especial e de grande responsabilidade, com a manifestação de diversas emoções por parte da mulher/casal. Nesta fase procurei manter a privacidade e dignidade, respeitar as suas decisões e informá-los de todos os passos e procedimentos, garantido o consentimento dos mesmos.

Os mecanismos do parto correspondem à sequência de movimentos passivos da apresentação fetal, pelo canal de parto. Identificar e conhecer a relação do feto com os eixos uterinos e os pontos de referência do canal de parto foi extremamente importante para mim, para uma correta avaliação obstétrica, no momento de conhecer a estática fetal, pela atitude, situação, apresentação, posição e variedade do feto, de forma a adotar uma atitude correta no decorrer do TP e parto.

A episiotomia é uma incisão cirúrgica no períneo realizada no final do 2º estágio do trabalho de parto, a fim de alargar o orifício vaginal. Deve ser realizada de forma seletiva e não por rotina (evidência moderada; recomendação forte +++). Os critérios para a sua realização são o encurtamento do 2º estágio do trabalho de parto quando existe suspeita de hipoxia fetal (evidência baixa qualidade ++-; fraca recomendação), na prevenção da lesão obstétrica do esfíncter anal nos partos vaginais distócicos ou quando ocorreu lesão do esfíncter anal em partos anteriores (evidência qualidade moderada +++-; evidência forte) (Santo, 2022). Contudo o pensamento crítico na decisão desta intervenção e o consentimento por parte da mulher é fundamental e decisivo para a concretização do procedimento.

A decisão de episiotomia foi sempre alvo de “discussão” entre mim e a enfermeira tutora, tendo presente as indicações/critérios descritos anteriormente, conjuntamente com a parturiente, que era informada e esclarecida em todas as dúvidas e que tinha o consentimento final.

Após a expulsão da cabeça fetal e do bebé restituir, o passo seguinte é avaliar a existência de circular cervical e atuar em conformidade. Aconteceu-me haver circular do cordão umbilical larga que, facilmente atravessou a cabeça do bebé, mas também vivenciei uma situação em que foi necessário o clampeamento e corte imediato do cordão. Assim que o corpo fetal nasce, a minha intervenção é de avaliar a necessidade de limpeza das vias aéreas, através de uma expressão torácica e limpeza oronasal com auxílio de uma compressa; verificar a hora

de nascimento e posteriormente avaliar o índice de APGAR ao 1º, 5º e 10º minuto.

Posteriormente, o bebê é colocado de imediato em contacto pele com pele com a mãe, sempre que ambos hemodinamicamente estáveis e seja a vontade e o desejo da própria.

O terceiro estágio de trabalho de parto inicia-se com a expulsão do feto até à expulsão da placenta, designado por dequitação. Os sinais de descolamento da placenta são contração uterina, mudança da forma do útero de discóide para ovóide, à medida que a placenta se desloca para o segmento inferior, saída súbita de sangue à vulva e descida do cordão umbilical à medida que a placenta desce para o introito vaginal. Existem dois mecanismos de descolamento da placenta, o de *Schultze*, em que surge primeiro a superfície fetal e o de *Duncan*, em que surge em primeiro lugar a superfície materna (Fatia & Tinoco, 2016).

Em todos os partos que auxiliei, o mecanismo de *Schultze* aconteceu em todos eles. Uma manobra que me foi ensinada, foi a manobra de *Kustner*: com uma mãe efetuar uma pressão acima da sínfise púbica, na vertical, em direção à coluna vertebral, se o cordão retrai ainda não se deu o descolamento; se o cordão se mantém estático, é sinal que se deu o descolamento (Sequeira et al., 2020b). Na exteriorização da placenta tive o cuidado de a remover gentilmente, usando o seu peso e a força da gravidade, com movimentos circulares, para auxiliar na exteriorização completa das membranas e mantê-las intactas. Tendo presente o que está descrito anteriormente considero ter desenvolvido esta competência, tornando-me autónoma.

Numa das experiências de parto, a dequitação não se deu numa conduta expectante/fisiológica, e na tentativa de uma conduta ativa, da equipa, foi necessária uma intervenção no Bloco Operatório para revisão manual interna. Outra experiência de parto que me marcou foi na exteriorização da placenta, as membranas fragmentaram-se, por isso, coloquei nos registos de enfermagem e no partograma, a suspeita de membranas incompletas, para que no dia seguinte fosse realizado uma ecografia para despiste de complicações.

Na Sala de Partos, após a dequitação é realizada a administração de fármacos uterotómicos, como a ocitocina 10 Ui em 100cc de Soro Fisiológico (Protocolo do Pós-Parto da instituição) para profilaxia da hemorragia pós-parto (HPP), associada a uma massagem uterina, de forma a garantir a formação do Globo de Segurança de Pinard (GSP).

A observação da placenta e do cordão umbilical é de extrema importância, para que seja possível rastrear complicações, como retenção de fragmentos placentares, HPP, atonia uterina, inversão uterina e coagulopatia (Sequeira et al., 2020b). Tendo presente este cuidado, após cada parto, procurei observar a placenta, de forma minuciosa e rigorosa e avaliar o seu tamanho

forma, a presença de vasos ou cotilédones aberrantes; observar as membranas fetais e o cordão umbilical, ao verificar a sua inserção, número de vasos sanguíneos e a presença de anomalias. Numa das experiências encontrei um cotilédone e um vaso aberrante, tendo ficado registado em partograma.

Após a dequitação, a intervenção que se segue é avaliar o períneo e o canal de parto para identificar possíveis lacerações existentes. Das experiências de parto que tive, suturei lacerações de 1º e 2º grau, umas mais extensas que outras, utilizando o método de sutura contínua. Esta técnica é considerada a mais vantajosa no encerramento de todos os planos (mucosa vaginal, músculo e pele) das episiotomias e lacerações de 2º grau, pois reduz a dor perineal e o uso de analgésicos até ao décimo dia após o parto (Mascarenhas, 2020). A perineorrafia foi dos procedimentos que mais dificuldade senti, mas toda a equipa de enfermeiros EESMO procurou ajudar e colmatar a falta de técnica que tinha, ensinando-me várias formas, e ao permitirem-me suturar. Sinto que consegui, em parte, desenvolver esta competência, com consciência da necessidade de continuar a praticar no próximo ensino clínico.

Todas as experiências que tive, momentos de atuação urgente e decisão imediata provocaram em mim, um forte crescimento, ao nível teórico e prático, mas também profissional, nesta área de atuação dos cuidados especializado em ESMO.

O período pós-parto imediato, caracterizado pelas primeiras 2 horas após o nascimento, é determinante para o estabelecimento do vínculo materno-infantil, e apesar de ser caracterizado por um momento de inúmeras mudanças e sentimentos (Matos et al., 2010 cit por Almeida e Silva et al., 2013), a vinculação vai-se refletir em inúmeros fatores, como a emoção, a intimidade, a proteção e a preocupação que a mãe desenvolve perante o bebé e consequentemente caracteriza-se em comportamentos como o olhar, sorrir, tocar e conversar com este.

Em Portugal existem inúmeras recomendações e diretrizes que fomentam a importância da prática do EEESMO na promoção da vinculação mãe-bebé, em que “O EEESMO...assume a responsabilidade...pela implementação das intervenções, no âmbito dos seguintes domínios - Comportamento interativo: Ligação mãe-filho” (Cerejeira et al., 2022, p.10). A promoção da vinculação precoce e imediata após o parto é essencial, para fortalecer a ligação afetiva na díade mãe-bebé e também da tríade. Face a esta complexidade, o EEESMO é a pessoa com o papel mais importante no pós-parto imediato, pois tem um forte impacto na promoção deste vínculo.

As intervenções do EEESMO que facilitam a vinculação são a promoção do contacto pele-a-pele imediato e de forma ininterrupta após o parto, o início precoce da amamentação, receber e envolver o acompanhante/pessoa significativa no apoio à mulher e facilitar o alojamento conjunto da díade, associado à promoção de um ambiente seguro, através do apoio, da comunicação e da relação de empatia estabelecida com a mulher/mãe (WHO, 2018, Centers for Disease Control and Prevention, 2021 e Ordem dos Enfermeiros, 2015), foram todas executadas no pós-parto imediato e são realizadas no bloco de partos deste hospital. Em todas as experiências consegui desenvolver estas intervenções, salvo raras exceções em que, a puérpera e/ou o bebé não estavam hemodinamicamente estáveis.

Após as duas horas pós-parto são realizados os cuidados ao recém-nascido e à puérpera. Nesta fase, do 4º estágio de TP, realizei a avaliação antropométrica do RN, pela avaliação do peso, comprimento e perímetro cefálico; administrei a Vitamina K, fármaco que previne as doenças hemorrágicas, explicando sempre ao casal a sua necessidade e importância, vesti o bebé e coloquei a pulseira de identificação. Procurei sempre envolver o pai neste cuidado específico, pedindo para que se aproximasse e tira-se fotografias. Além disso considero ser um momento oportuno para a realização de ensinamentos de educação para a saúde e para a transição para uma parentalidade consciente e positiva, pois percebi que através de uma conversa cuidada, fui esclarecendo dúvidas e receios, principalmente em pais de primeira viagem.

À mulher-puérpera são também realizados os cuidados pós-parto. Nesta fase realizei os cuidados vulvoperineais, ao avaliar o estado do períneo e sinais de edema e/ou hematoma, as perdas hemáticas, a formação do GSP e realizei a expressão uterina para garantir a saída de eventuais coágulos, assim como a eliminação vesical. A puérpera é estimulada a urinar, mas no caso de insucesso, ou na verificação de globo vesical, realizei esvaziamento por cateterismo vesical, uma medida essencial para evitar a descontração uterina e o risco de HPP.

Nesta fase, é importante a avaliação dos sinais vitais (TA, FC, T°C), assim como a dor, quer associado à sutura perineal, quer associado à contratilidade uterina ou outra manifestação de dor. No caso do cateter epidural, este é removido, mantendo-se o cateter venoso periférico obturado. Tendo também presente a vertente mulher-mulher, é oferecida a possibilidade de realizar uma higiene parcial, de forma a promover o bem-estar e a sua individualidade. É também promovido o levantar parcial, com a elevação da cabeceira do leito e oferecida uma refeição, tendo o cuidado de vigiar alguma intercorrência ou complicação. A mulher ainda permanece, nesta fase, no serviço de bloco de partos.

Posteriormente, realiza-se a transferência para o serviço de obstetrícia, da mulher-

mãe/puérpera e do recém-nascido.

Cada vez mais, a decisão de engravidar é adiada, atingindo idades maternas extremas, e consecutivamente o número de mulheres com patologia associada é muito frequente. Neste ensino clínico, acompanhei mulheres em TP com Diabetes Gestacional, Pré-eclâmpsia ou HTA prévia.

Na Diabetes Gestacional em que o controlo metabólico é concretizado com o auxílio do exercício físico e da alimentação, o parto decorre entre as 40 e 41 semanas de gestação. No caso de mulher-grávida que foi necessário implementar antidiabéticos orais (1000mg, no caso da metformina) ou insulina, o parto deve ser induzido mais cedo, às 39 semanas (Inácio, 2016).

Neste ensino clínico monitorizei mulheres nestes dois contextos, mantendo um controlo metabólico otimizado, através da vigilância da glicemia capilar e administração de Polieletrolítico com glucose por bomba perfusora, assim como vigilância de complicações.

No caso de mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia, e pelo risco de evoluir para um quadro de eclâmpsia ou síndrome de HELLP, um quadro grave de morbilidade materna e perinatal, o tratamento efetivo é o parto. Nestas situações, as intervenções de enfermagem foram a avaliação dos valores de tensão arterial de forma seriada ou segundo prescrição médica, a vigilância dos sinais e sintomas de agravamento da HTA, como edemas, cefaleias, dor epigástrica, fotofobia, a vigilância analítica materna e o controlo da terapêutica anti-hipertensoraa, assim como do bem-estar fetal, pelo RCT

O EEESMO na prestação dos cuidados especializados obstétricos assume uma conduta importante, para garantir uma vigilância do bem-estar materno-fetal rigorosa. Os acessos aos protocolos da instituição hospitalar ajudaram-me no desenvolvimento de competências nesta área mais específica.

Além de todas as experiências que vivi ao longo deste ensino clínico, tive a oportunidade de participar no plano de ação formativa da equipa dos EEESMO do serviço, com a temática “Posição Horizontal Vs Posição Vertical no segundo estágio do trabalho de parto – Revisão Sistemática da Literatura”. Esta revisão foi um estudo desenvolvido em grupo, no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Avançada, do 1º semestre do 7º CMESMOG e 12ºCPLEESMO. No debate final da apresentação, a equipa partilhou experiências, conhecimentos e formações, tendo sido bastante enriquecedor para o meu processo formativo.

A segunda parte do ensino clínico Enfermagem em Sala de Partos, num total de 9 semanas, decorreu num outro Serviço de Bloco de Partos, de uma Maternidade Pública da Zona Centro. Este serviço dispõe de sete quartos (numerados de 1 a 7), quatro boxes para o recém-nascido, *hall*, gabinete de enfermagem, gabinete de trabalho, zona de sujos, arrecadação e vestiário. O quarto 1 está equipado para ser utilizado como bloco operatório. As vias de acesso para a utente (mulher-grávida/mulher-parturiente) são duas: uma através do elevador diretamente do serviço de Urgência e outra através do corredor que liga o serviço de Medicina Materno Fetal (MMF) ao Bloco de Partos (BP). A equipa de enfermagem é constituída por uma Enfermeira Gestora e por enfermeiros detentores do título de EEESMO, sendo a metodologia de trabalho adotada o método individual (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2021).

A decisão de divisão deste ensino clínico teve como objetivo principal viver novas experiências e realidades, em locais de estágio e cidades distintas, ao sair da minha zona de conforto. Se inicialmente foi difícil e exigente esta mudança, ao longo do ensino clínico e agora no seu término, reconheço a importância de viver novas perspetivas, conhecer outras realidades e consequentemente novas experiências, que me enriqueceram como futura EEESMO, como Enfermeira e como pessoa. Foi desta forma que procurei melhorar a minha conduta pessoal e profissional, desenvolver competências inerentes ao Exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ao tornar-me mais autónoma e consistente na minha prática clínica, através do pensamento crítico-reflexivo, da compreensão e resolução de problemas em contextos novos e multidisciplinares.

Tendo presente as dificuldades e dúvidas existentes no estágio anterior, a minha principal missão foi colmatá-las. Desde o início, que integrar-me na equipa multidisciplinar, era fundamental para o sucesso deste ensino clínico. Procurei estabelecer uma relação profissional e de empatia com todos os elementos, de forma a cooperar com toda a equipa, e assim facilitar toda a minha adaptação neste processo de aprendizagem.

Criar um ambiente acolhedor, seguro e de confiança em cada fase de TP, parto e pós-parto foi determinante para estabelecer uma relação de empatia e confiança, assim como assegurar a confidencialidade e segurança da informação oral e escrita, quer no processo individual e sistemas informáticos.

Na cidade desta segunda maternidade, a multiculturalidade é uma realidade ainda mais vincada e presente, daí a minha sensibilidade em conseguir prestar cuidados direcionados à presente realidade. “Cada Enfermeiro que exerce a sua profissão no âmbito da saúde materna e obstétrica tem um papel ativo na obtenção de informações e na orientação do caminho a seguir, que lhe permita o desenvolvimento da competência cultural.” (Parreira et al., 2016, p. 91).

A admissão no serviço de BP da mulher centra-se na sua perspectiva de grávida e consequentemente de parturiente. O cuidar do EEESMO foca-se na própria mulher, ao garantir o seu bem-estar, num ambiente seguro e de confiança e no estabelecer de uma relação empática. Nesta maternidade, a proveniência das mulheres pode ser do serviço de urgência obstétrica ou do serviço de Medicina Materno-Fetal, local onde é realizado a indução do trabalho de parto, com prostaglandinas.

Após a receção das informações clínicas por parte do EEESMO, procurei apresentar-me e identificar-me como enfermeira de cuidados gerais e essencialmente como estudante da especialidade em ESMO, através de uma conversa acolhedora. Posteriormente, apresentava o serviço, o quarto destinado, assim como a box do Recém-Nascido, onde são prestados os primeiros cuidados, pela equipa multidisciplinar e todo o material existente e necessário às fases do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Como principal foco de atenção do EEESMO é o de proporcionar a vivência de uma experiência de parto positiva, assim como um cuidado digno durante o trabalho de parto e parto, incluindo o diagnóstico precoce e prevenção de complicações, isto é significativamente influenciado por um ambiente de parto positivo (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2020). Desta forma, considero que a promoção de um ambiente seguro, de confiança e passível de esclarecer dúvidas, receios e expectativas com a mulher/convivente significativo, tornou-se um dos meus focos de atenção na prestação dos cuidados especializados.

É desta forma que a realização de um plano de parto/plano de nascimento é fundamental. A maternidade criou um plano de parto institucional que é fornecido à mulher/casal nos Programas de Preparação para o Parto e durante as consultas finais do 3º trimestre. O plano de parto/plano de nascimento caracteriza-se por um texto personalizado, elaborado pela grávida/casal, onde descreve as suas expectativas, preferências e vontades quanto ao tipo de envolvimento pessoal e assistência clínica durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2020). Após a acomodação do casal no quarto e a realização dos procedimentos de enfermagem, o plano de parto era discutido, como forma de verificar limitações e potencialidades do mesmo, promovendo a máxima autonomia da mulher/casal, quanto à sua tomada de decisão, em todas as fases do TP.

A vigilância do TP de baixo risco é da responsabilidade de um EEESMO, como o profissional competente e com formação especializada (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023a). É através da cardiotocografia que se monitoriza o bem-estar fetal ao avaliar o registo, quanto à linha de base, a variabilidade da FCF, e consequentemente, a resposta fetal às variações da atividade contrátil do útero, assim como a presença ou ausência de

acelerações/desacelerações. A avaliação do bem-estar materno inclui a avaliação do bem-estar geral, quanto ao comportamento da parturiente, emocional e psíquico, dos sinais vitais, aspeto essencial para despiste de complicações, fluídos administrados, eliminação vesical e hidratação oral (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A cardiotocografia contínua externa deve ser realizada preferencialmente, e sempre que possível, por telemetria, pois facilita a liberdade de movimentos e a alternância de decúbitos. Na maternidade existe uma box de parto em que foi promovido a utilização da bola de nascimento, utilizando telemetria, como fator facilitador.

Perante um traçado cardiotocográfico não tranquilizador, ou de difícil captação, recorre-se à monitorização interna da FCF. Esta caracteriza-se pela aplicação de um elétrodo no escalpe fetal, em que avalia os intervalos de tempo entre batimentos cardíacos sucessivos através da identificação das ondas R no complexo QRS da eletrocardiograma fetal. É um método com uma avaliação mais precisa e eficaz, apesar de invasiva (Ayres-de-Campos et al., 2015), sendo particularmente útil no diagnóstico de hipóxia fetal, quando se verifica uma diminuição da variabilidade da FCF. Durante o ensino clínico tive a oportunidade de auxiliar o Médico Obstetra, na colocação de dois elétrodos, facilitando a minha compreensão e interpretação do traçado cardíaco fetal.

Uma das principais diferenças entre os dois campos de estágio verifica-se com a indução do trabalho de parto, que é realizada no serviço de Medicina Materno-Fetal. A mulher quando é transferida para o serviço de BP, na sua vertente de mulher-parturiente, encontra-se, maioritariamente, numa fase ativa de trabalho de parto, intervalo que decorre entre a dilatação cervical superior ou igual a 5cm com apagamento/extinção superior ou igual a 80% e a dilatação completa (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023a) associada a contração uterina dolorosa regular (WHO, 2018).

Nesta fase, a dor e o desconforto é a preocupação central da parturiente, em que esta refere pretender o recurso à analgesia epidural, como método farmacológico de alívio da dor. A dor é um processo multifatorial e individual a qualquer pessoa; o EEESMO é essencial nesta fase, pois assume um papel de apoio, escuta ativa e tranquilidade, onde gere junto da mulher as medidas não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Como medidas não farmacológicas de controlo da dor, o bloco de partos incentiva e oferece o uso da bola de nascimento, a massagem, ao promover a participação e o envolvimento do convivente significativo, a aplicação de calor, em zonas corporais com maior tensão e desconforto, musicoterapia, leitura ou atividades de relaxamento, como a respiração profunda e calma, assim como a promoção de um ambiente adequando, com redução de estímulos auditivos e visuais através da regulação do som e luz e da temperatura ambiente.

Todos estes fatores foram determinantes para facilitar a vivência de uma experiência de parto positiva e diferenciada, e por isso procurei promover, juntamente com o casal, o controle da dor, do medo, da ansiedade, associada à promoção da verticalidade e liberdade de movimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2013b).

Instintivamente, a mulher adota posições de trabalho de parto e parto que a facilitam para a vivência desta experiência, ao ouvir o seu corpo e dando-lhe uma resposta. Permitir a liberdade de movimentos e alternância de decúbitos, promove, conseqüentemente, a participação ativa da parturiente.

Inúmeros estudos realizados nos últimos anos referem as vantagens da verticalização do parto e da mobilidade, através de uma pelve livre, como: a ação da gravidade favorece o encravamento, a descida da apresentação e a expulsão do feto; os esforços expulsivos são maximizados, pois a posição vertical potencia a direção da força materna; o ângulo da curva da escavação pélvica é menos evidenciado e ocorre uma retificação do canal de parto, e conseqüentemente, o alinhamento do feto na pelve materna; as contrações uterinas tornam-se mais eficazes e verifica-se uma melhoria no fluxo uteroplacentário; alívio da dor, maior conforto e confiança; menos alterações do registo da frequência cardíaca fetal e possíveis complicações; diminuição da incidência de partos distócicos e intervenção médica; aumento dos diâmetros ântero-posterior e transversos da pelve; melhora a estática fetal e diminui a percentagem de posições anómalas da cabeça fetal; menor necessidade de realizar episiotomia e menor ocorrência de lacerações perineais (Amaro et al., 2021; Gupta et al., 2017; Lawrence et al., 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2013a).

Das competências especializadas da área de SMO que mais desenvolvi e procurei ter o maior número de experiências foi a avaliação do índice de *Bishop*. É um procedimento invasivo, e por vezes, desconfortável para a parturiente e por isso a nossa conduta foi de encontro com as recomendações emanadas pela OMS, em que a observação vaginal deve ser executada com um intervalo de 4/4h, a partir da fase ativa do primeiro estágio de trabalho de parto, em mulheres de baixo risco (WHO, 2018).

Um dos procedimentos de enfermagem em que sentia alguma dificuldade era a amniotomia. Esta define-se pela rotura artificial das membranas ovulares, recorrendo ao amniótomo, que é inserido no cérvix através do toque vaginal (Sequeira et al., 2020a). Esta prática não é recomendada para acelerar o trabalho de parto (WHO, 2018), com início espontâneo, uma vez que não há evidência de ser um método eficaz. A rotura deve ser efetuada quando a apresentação fetal se encontra insinuada, dilatação cervical igual ou superior a 5 cm e sem que haja contraindicações maternas e/ou fetais (Montenegro et al., 2014 cit por Sequeira

et al., 2020a), e em TP disfuncionais pelo seu efeito indutivo e estimulante em trabalhos de parto prolongados.

No contexto do ensino clínico, e tendo presente o descrito anteriormente, tive possibilidade de realizar este procedimento, durante uma contração uterina, com as membranas ovulares a tufarem, posteriormente avaliar as características do líquido amniótico, mantendo os dedos próximos do orifício da rotura, para auxiliar a descida e o apoio da apresentação fetal até se encontrar no plano III de *Hodge*, de forma a prevenir a compressão e prolapso do cordão umbilical. Após a técnica é essencial explicar à parturiente que é normal continuar a sair líquido amniótico e que perante alguma sensação diferente ou desconforto, deve comunicar à equipa; mantém-se a vigilância atenta da FCF, dos sinais vitais da parturiente e características do líquido amniótico.

O segundo estágio do TP, divide-se em 2 fases: a fase latente caracteriza-se pelo intervalo entre a dilatação cervical completa e o início dos esforços expulsivos maternos e a fase ativa define-se pelo intervalo entre o início dos esforços expulsivos maternos e o nascimento completo do feto (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023a).

Como descrito anteriormente, a mulher adota instintivamente a posição mais benéfica para parir, deve ser incentivada à mudança de posição e orientada no caso de estar sob efeito da analgesia epidural. As posições no parto podem ser em decúbito dorsal (litotomia e semi-sentada), sentada (num banco de parto ou na extremidade da cama/marquesa), em decúbito lateral, posição de quatro apoios e cócoras (Torres et al., 2018). É evidente e reconhecido os benefícios das posições verticais no período expulsivo, contudo e perante a realidade que experienciei ao longo do ensino clínico, a maioria das mulheres recorrem à analgesia epidural. Quando referem os esforços expulsivos, e perante o bloqueio dos membros inferiores e diminuição da sensibilidade, estas posições nem sempre são passíveis de concretizar. Procurei facilitar a alternância de decúbitos, de semi-sentada para lateral, com a cabeceira do leito mais elevada, de forma a potenciar a ação da gravidade, e a utilizar coadjuvantes deformáveis sob o osso do sacro para garantir a mobilidade da pelve e assim a abertura dos estreitos da bacia, facilitando a descida da apresentação fetal.

Uma das oportunidades que tive foi na assistência a um parto em posição lateral, com uma variedade fetal occipito posterior (Occipito-Sagrada). A posição materna no parto tem uma grande influência sobre estas variedades posteriores que causam um grande desconforto e lombalgias. A posição de quatro apoios é a mais facilitadora para a rotação das variedades posteriores para anteriores (Torres et al., 2018).

Neste caso, a posição lateral contribuiu também para a progressão da apresentação fetal,

pois promove a assimetria dos estreitos da bacia, está associada a uma maior taxa de períneos intactos, uma vez que os esforços expulsivos assentam num menor risco de laceração e necessidade de episiotomia; possibilita a maior amplitude do estreito inferior e facilita a expulsão fetal e, ainda permite a facilidade do acesso ao períneo pelos profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2013a). Além disso em parturientes sob o efeito da analgesia epidural, esta posição apresenta uma menor incidência de partos distócicos e maior incidência de partos eutócicos (Torres et al., 2018), facto que experienciei neste contexto, um parto eutócico com uma laceração de 1º grau.

O período expulsivo pode causar lacerações e trauma perineal. Está recomendado a utilização de uma conduta ativa para a manutenção de um períneo intacto e cuidado, como a massagem perineal, técnica que deve ser iniciada e incentivada ainda nos cuidados pré-natais, a utilização de compressas mornas no períneo, como forma de prevenção das lacerações graves (3º e 4º grau) e a utilização de uma abordagem protetora de “*hands-on*”, como uma potencial forma de reduzir a incidência de lacerações perineais de 1º grau (WHO, 2018; Aasheim et al., 2017). No ensino clínico tive a possibilidade de utilizar estas técnicas, como abordagens não invasivas e de prevenção da episiotomia, para promover um períneo intacto.

Neste ensino clínico, houve situações em que a parturiente recusou a realização da episiotomia e em que foi respeitada a sua decisão. Através da discussão do plano de parto e no caso de não ter havido o planeamento de um, procurei ter um pensamento crítico na decisão desta intervenção, avaliando o períneo, os tecidos e tendo presente outros fatores e os critérios, assim como, e principalmente, o consentimento por parte da mulher. É dos procedimentos que procurei desenvolver e aperfeiçoar ao longo do ensino clínico, tendo sempre presente a conduta seletiva.

Com a expulsão da cabeça do feto, o passo seguinte é avaliar a existência de circular cervical e decidir a intervenção clínica a realizar. Quando uma circular cervical é larga, esta é facilmente transponível pela cabeça fetal. Perante uma circular mais apertada surge a responsabilidade quanto a uma conduta clínica: corte imediato do cordão umbilical, pelo risco de asfíxia ou realizar a manobra de *Somersault* (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Esta manobra representa uma cambalhota, e consiste em colocar a palma da mão sobre o occipital do feto e empurrar suavemente a cabeça do bebé em direção à coxa da mãe. Desta forma, o pescoço do bebé fica junto ao períneo da mãe e a flexão da cabeça favorece a flexão do resto do corpo, o que resulta na saída deste através do esforço expulsivo materno (Hutchon, 2013), garantido que o cordão umbilical se mantenha intacto e que a laqueação tardia seja possível.

Esta intervenção é recomendada e deve ser realizada 1-2 minutos após o nascimento, pelos benefícios nutricionais tanto para a saúde materna como infantil (WHO, 2018), exceto se o RN nasce hipotónico ou sem movimentos respiratórios eficazes, perante uma malformação major, suspeita de restrição de crescimento fetal grave ou no caso de existir uma rotura do cordão umbilical (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023a). Neste ensino clínico deparei-me com circulares cervicais apertadas, com necessidade de corte imediato do cordão. O EEESMO tem grande responsabilidade de atuação e pensamento crítico, tendo presente a situação e balanceando os riscos/benefícios da intervenção escolhida.

Após o nascimento do bebé, dá-se início ao terceiro estágio do TP, caracterizado pela dequitação – expulsão da placenta. O descolamento placentário ocorre por mobilização transabdominal do fundo uterino e retração do cordão umbilical; posteriormente é realizada a extração da mesma, através da tração cuidada e controlada do cordão umbilical, associada aos esforços expulsivos maternos e, se necessário, da massagem uterina externa (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023a). Enquanto no ensino clínico no Bloco de Partos do Hospital Público, o descolamento da placenta que ocorreu em todos os partos assistidos, foi o mecanismo de *Schultze*, neste estágio assisti ao descolamento da placenta pelo mecanismo de *Duncan*, em que a face materna surge em primeiro, facto que tive em consideração ao envolver a placenta com as membranas ovulares, para assim garantir a sua exteriorização completa e evitar que possíveis restos placentares ficassem retidos. O passo seguinte é avaliar minuciosamente a placenta, quanto à inserção do cordão, o número de vasos, o comprimento, peso e inspeção da face fetal e materna e as membranas ovulares. Na ausência de algum cotilédone da face materna ou no caso de vasos seccionadas no bordo placentário da face fetal, estes devem ser comunicados ao Médico Obstetra (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023a) e registado em notas de enfermagem e partograma.

O procedimento importante a seguir, é o de avaliar o estado da contratura uterina, isto é, se o GSP está formado. A principal causa de HPP é a atonia uterina, pela incapacidade do miométrio se contrair de forma eficaz ou de permanecer contraído após a dequitação (Mascarenhas et al., 2020).

De forma a prevenir a HPP são administrados fármacos uterotónicos, como a ocitocina 10 UI, por via EV ou IM. Outra abordagem preventiva é a massagem uterina, contudo não está recomendado em mulheres a quem foi administrada a ocitocina profilática (World Health Organization [WHO], 2012; WHO, 2018). A mnemónica dos Quatro T's é uma ferramenta essencial para identificar e tratar as quatro causas mais comuns de hemorragia pós- parto 1T: *Tone* (atonia uterina), 2T: *Trauma* (laceração, hematoma, inversão, rutura), 3T: *Tissue* (tecido

retido ou placenta invasiva) e 4T: *Thrombin* (coagulopatia) (McLintock, 2020). A perspicácia e a atuação rápida do EEESMO, juntamente com a equipa multidisciplinar, minimizam a morbilidade e a mortalidade associadas à hemorragia pós-parto.

A revisão do canal de parto, quanto à integridade vulvar e perineal, é essencial para despiste de lacerações, hemorragia, edema e hematomas. Na presença de lacerações de 1º e 2º grau estas devem ser corrigidas, de forma a manter a anatomia e simetria dos tecidos. Na presença de lacerações de 1º grau, estas apenas devem ser suturadas quando há hemorragia ativa ou distorção anatómica. O EEESMO deve ter em consideração a avaliação sistemática da integridade do esfíncter anal (interno e externo), e perante uma laceração de 3º e 4º grau contactar o Médico Obstetra (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023a).

Neste campo de estágio consegui praticar outro tipo de técnicas de sutura, como sutura intradérmica e contínua. A sutura contínua é a mais benéfica no encerramento de todos os planos (mucosa vaginal, músculo e pele) das episiotomias e lacerações de 2º grau, pois reduz a dor perineal e o uso de analgésicos até ao décimo dia após o parto (Mascarenhas, 2020), assim como reduz a necessidade de remoção dos pontos de sutura e utilização de menos material (Kettle et al., 2012). Considero que ao longo dos 4 meses de estágio, esta competência da área da SMO foi das mais desafiantes e complexas para mim; sinto que a desenvolvi em parte, contudo permaneceram algumas dificuldades a colmatar num possível futuro, com a prática e a atualização teórica, tendo sempre presente a evidência científica mais atual.

Neste ensino clínico tive a oportunidade de colaborar e observar uma versão cefálica por manobras externas, perante um feto que se encontrava em apresentação pélvica. Foi uma experiência nova e enriquecedora para o meu crescimento académico e profissional.

A Versão Cefálica Externa (VCE) caracteriza-se por uma manobra externa executada com o objetivo de converter um feto em apresentação pélvica em apresentação cefálica, através da manipulação fetal no abdómen materno. É considerada uma manobra segura, com o intuito de reduzir as taxas de cesarianas; está indicada a partir das 36 semanas de gestação (Clode et al., 2021). Contudo existem contra-indicações para a sua realização, como placenta prévia, vasa prévia, malformação fetal, quando traçado cardiotocográfico não tranquilizador, patologia associada como uma pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, uma cabeça fetal desfletida, ou no caso de existirem duas ou mais circulares cervicais. No caso de uma hemorragia vaginal ativa, em que se suspeite de um descolamento da placenta, a VCE não deve ser executada, assim como em casos de uma rotura prematura de membranas, pelo risco do prolapso do cordão umbilical (Clode et al., 2021).

No contexto do ensino clínico, a maternidade tem um protocolo de atuação e preparação

da mulher-grávida para a realização da manobra. Após a admissão no serviço de Bloco de Partos, punção de uma veia periférica e colocação do registo cardiotocográfico, para vigilância do bem-estar fetal, a mulher é monitorizada e inicia perfusão de Salbutamol, um fármaco tocolítico, que relaxa a musculatura uterina, inibindo as contrações e assim ser mais fácil perceber a anatomia fetal. A vigilância da frequência cardíaca materna é essencial, daí a monitorização, pelo efeito adverso provocado pelo fármaco, como a taquicardia, que consequentemente tem efeitos no bem-estar fetal.

Quando é decidida a conduta da VCE, o EEESMO tem um papel importante na preparação e vigilância do bem-estar materno e fetal. Realiza-se a monitorização externa contínua, com o RTG, de forma a avaliar o traçado cardiotocográfico quanto aos seus critérios de normalidade (mínimo 20 minutos) e a existência de contratilidade uterina; a grávida deve urinar antes do procedimento e no caso de não conseguir, realiza-se esvaziamento vesical. Perante a existência de contratilidade uterina inicia perfusão, em bomba perfusora, de Salbutamol 1 ampola de 5mg em 100ml de Soro Fisiológico, a 3ml/h, com indicação de aumentar 3ml/h a cada 15 minutos, até palpação de partes fetais ou frequência cardíaca materna superior ou igual a 100bpm. As manobras de VCE não devem ultrapassar as 3 tentativas e nos seus intervalos deve-se avaliar a frequência cardíaca fetal (Clode et al., 2021).

Após o procedimento, é importante a realização de registo CTG durante 60 minutos, pelo risco de alterações da FCF (Clode et al., 2021). A presença do EEESMO é imprescindível, para a vigilância contínua e atenta dos focos principais deste procedimento: a mulher-grávida e o feto, antes, durante e após a VCE, com ou sem sucesso. O EEESMO é o profissional competente para monitorização de riscos, despiste de complicações e garantir o bem-estar e conforto, perante intervenções interdependentes, que são realizadas em contexto de Bloco de Partos. Além disso, o cuidado pelo registo contínuo da monitorização da FCF e dos sinais vitais maternos, o início do protocolo para VCE e a preparação da terapêutica, demonstra um sentido autocrítico, de responsabilidade e perspicácia, quanto as competências inerentes à área de SMO.

Posto isto, a possibilidade de observar e colaborar neste procedimento, assim como procurar o maior número de experiências possíveis, permitiu-me desenvolver este pensamento crítico, atento e eficaz, ao desenvolver competências e capacidades técnicas, instrumentais e pessoais, quanto à minha forma de ser, estar e fazer, como estudante da especialidade, do mestrado, como enfermeira e como pessoa.

Todas as experiências que tive e momentos de atuação provocaram em mim, um forte crescimento, ao nível teórico e prático, mas também profissional, nesta área de atuação dos cuidados especializado em ESMO.

O puerpério imediato, caracterizado pelas duas primeiras horas pós-parto, é um período particularmente sensível, pelas inúmeras alterações anatómicas e fisiológicas que ocorrem e afetam os diversos órgãos e sistemas (Lima et al., 2017 cit por Santos et al., 2020b).

Neste período a mulher-puérpera e o RN, acompanhados sempre que possível e de acordo com a preferência, do convivente significativo, permanecem no serviço de Bloco de Partos. Tanto no Hospital Público como na Maternidade Pública, onde realizei o ensino clínico, o pós-parto imediato é também da responsabilidade dos EEESMO, garantindo uma vigilância mais rigorosa e cuidada quanto aos potenciais riscos para a puérpera e para o RN. Esta fase requer uma vigilância contínua e cuidados específicos por parte dos profissionais de saúde, em particular dos EEESMO, pelo risco associada para a ocorrência de complicações (Santos et al., 2020b).

Logo após o nascimento e sempre que houver concordância e condições de segurança, em que ambos estejam hemodinamicamente estáveis, deve-se colocar o RN em contacto pele com pele durante, pelo menos uma hora, e de forma ininterrupta. A evidência científica demonstra a importância desta intervenção, como crucial para o estabelecimento do vínculo materno-infantil e para o seu fortalecimento (WHO, 2018 e Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Na maternidade, o RN era maioritariamente recebido pelo pediatra e acompanhado pelo EEESMO, que lhe prestavam os primeiros cuidados imediatos, até 5 minutos pós-parto. Os cuidados imediatos ao RN começam pela avaliação do peso, apenas, contrariamente da minha experiência no ensino clínico anterior, em que eram realizadas as medidas antropométricas. Este facto fez-me refletir e concordar, que a avaliação do comprimento e perímetro cefálico, fariam todo o sentido em ser apenas no dia seguinte. Posteriormente é administrada a vitamina K, 1 mg IM na coxa esquerda do RN, seguido da colocação da pulseira de identificação e eletrónica. De seguida o bebé é colocado em contacto pele com pele sobre a mãe: em decúbito ventral, em contacto direto e simétrico dos ombros e tórax com o peito da mãe, de deverá ter o tronco ligeiramente elevado; o RN deve ter os membros inferiores em flexão e a cabeça rodada para a face da mãe ou do convivente significativo; a face, o nariz, e a boca devem estar destapados, bem visíveis e não ocluídos e o RN é coberto por um lençol aquecido e ter um gorro colocado; o EEESMO deve assegurar esta prática, assim como a permeabilidade da via aérea, respiração regular, coloração rosada, tónus e vitalidade e resposta a estímulos adequados (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023a).

Neste 4º estágio do TP, a nossa presença e observação, muitas vezes mais distante e discreta, tem o objetivo de promover a privacidade e intimidade do casal com o RN e entre eles.

O meu papel, como futura EEESMO, passou por procurar envolver o pai de forma que ele se aproximasse, tirasse fotografias e vivesse o momento em pleno. Todos somos seres particulares e únicos e nem sempre é fácil chegar a todas as personalidades. No momento de vestir o bebé, é fundamental envolver o pai nestes cuidados, e muitas vezes é uma iniciativa dos próprios. A sua presença é fundamental para o desenvolvimento dos laços afetivos entre eles, e consequentemente provocam na mulher-mãe uma sensação de leveza, tranquilidade e confiança.

O início precoce da amamentação é também promovido no pós-parto imediato. Esta intervenção é fundamental para a mãe e para o bebé, não só porque aumenta a produção de ocitocina que permite a manutenção do aleitamento materno, assim como tem uma relação direta em assegurar a contratilidade uterina, reduzindo o risco de HPP (Lowdermilk & Perry, 2008, Winber, 2005 cit por Santos et al., 2020).

A importância da amamentação e do leite materno é tão grande que a Organização Mundial de Saúde recomenda que todos os bebés devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os 6 meses de idade. Posteriormente devem ser oferecidos ao bebé alimentos complementares e nutritivos, e manter a amamentação até aos dois anos ou mais (World Health Organization [WHO], 2022).

É desta forma, que reconheço a importância de atuação do EEESMO ao promover e apoiar a amamentação precoce. Nesta fase do pós-parto é essencial avaliar a primeira mamada, ensinar a identificar os sinais de fome do RN, ensinar os sinais de boa pega, instruir sobre os cuidados à mama/mamilo e essencialmente envolver a pessoa significativa (reforço da importância do seu papel no apoio à mulher quanto à amamentação). Desta forma também é possível avaliar a ligação afetiva de mãe-filho e pai-filho e da tríade.

A promoção da vinculação precoce e imediata após o parto é essencial, para fortalecer a ligação afetiva entre eles. Face a esta complexidade, o EEESMO é a pessoa com o papel mais importante no pós-parto imediato, pois tem um forte impacto na promoção deste vínculo.

Após as duas horas pós-parto são realizados os cuidados à mulher-puérpera. Começa-se pela higiene parcial, através dos cuidados vulvoperineais, em que se avalia o estado do períneo e sinais de edema e/ou hematoma, a perineorrafia e sinais de alerta, as perdas hemáticas, o estado da contração uterina pós-parto, através da formação do GSP, concomitantemente com a realização da expressão uterina para garantir a saída de eventuais coágulos, assim como a eliminação vesical. A puérpera é estimulada a urinar, mas no caso de insucesso, ou na verificação de globo vesical, deve-se realizar esvaziamento por cateterismo vesical, uma medida essencial para evitar lesões da bexiga, descontração uterina e risco de HPP.

A vigilância e avaliação dos sinais vitais é de extrema importância, para garantir o bem-estar físico da mulher, especialmente a dor quer associada à sutura perineal, quer associado à contratilidade uterina ou outra manifestação de dor. No caso do cateter epidural, este é removido, salvo raras exceções por indicação do Médico Anestesiologista ou quando nível de dor se mantiver moderado a intenso. Além disso promove-se um levantar parcial, com a elevação da cabeceira do leito e é oferecida uma pequena refeição, como chá, gelatina e/ou sumo, tendo o cuidado de vigiar alguma intercorrência ou complicação.

Nesta fase a mulher apresenta várias vertentes, a mulher-puérpera que requer todos os nossos cuidados, a mulher-mãe, que é invadida por inúmeras dúvidas e receios e a mulher-mulher que, muitas vezes, pode passar despercebida, pelo facto de nos concentrarmos nas duas primeiras vertentes. O papel do EEESMO passa também por promover a sua privacidade e individualidade, ao garantir o seu bem-estar físico, psicológico e emocional.

Posteriormente, é contactado o serviço de Obstetrícia, que realiza a transferência mulher-mãe/puérpera e do recém-nascido. Ao EEESMO do serviço de bloco de parto cabe-lhe transmitir todas as informações relevantes sobre o TP e pós-parto imediato.

Neste ensino clínico, a maioria das parturientes de risco, apresentavam diagnóstico de Diabetes Gestacional. Esta define-se como qualquer grau de intolerância aos hidratos de carbono, desenvolvida pela primeira vez na gravidez. Manter um controlo metabólico apropriado é essencial como forma de evitar complicações obstétricas e neonatais associadas à hiperglicemia (Carvalho & Centeno, 2018). As complicações maternas mais frequentes são as infeções do trato urinário, que devem ser pesquisadas e tratadas de forma rápida e eficaz. Como complicações cardiovasculares, estas podem culminar numa HTA preexistente à gestação, descontrolada, ou numa pré-eclâmpsia. Além disso verifica-se com maior frequência o risco de hemorragia pós-parto, associado à hiperdistensão uterina, e consequente atonia, por macrosomia fetal, ou no caso de partos distócicos e traumáticos que levam a perdas hemáticas superiores (Carvalho & Centeno, 2018).

Neste ensino clínico monitorizei mulheres que apresentavam controlo metabólico, apenas com a alimentação e exercício físico. Os cuidados de enfermagem assentam na manutenção do controlo metabólico, através da vigilância da glicemia capilar e administração de Polieletrólito com glucose por bomba perfusora, assim como vigilância de complicações.

Após o parto, suspende-se a vigilância das glicémias e da terapêutica farmacológica. No pós-parto tardio, a mulher deve realizar novamente uma prova de tolerância à glicose oral (Carvalho & Centeno, 2018), facto que é transmitido à mulher-puérpera como forma de ensino para a saúde.

Além da Diabetes gestacional, a hipertensão arterial associada à gravidez é uma das complicações médicas mais comuns. É considerada como um sintoma de uma doença multissistêmica específica do estado gestacional, designada genericamente por pré-eclâmpsia. A síndrome de pré-eclâmpsia/eclâmpsia caracteriza-se pelo aparecimento da HTA associada à proteinúria e/ou edema patológico, a partir da 20ª semana de gestação em mulheres que eram previamente normotensas. A eclâmpsia define-se como um quadro complicado, caracterizado por convulsões ou coma (Graça, 2018).

Perante este antecedente patológico, o EEESMO deve manter uma vigilância materno-fetal rigorosa e alertar a mulher-parturiente para os seguintes sintomas, como epigastralgias e/ou dor no hipocôndrio direito, cefaleias, alterações da visão e oligoanúria ou anúria (Graça, 2018), como frequentes nestes quadros hipertensivos e alarmantes quanto à agravação da situação clínica.

O risco de evoluir para um quadro de eclâmpsia ou síndrome de HELLP é bastante frequente, quadro esse que é dos mais graves quanto à morbidade materna e perinatal. Nestas situações, as intervenções de enfermagem foram a avaliação dos valores de tensão arterial de forma seriada ou segundo prescrição médica, a vigilância dos sinais e sintomas de agravamento da HTA, a vigilância analítica materna e o controlo da terapêutica anti-hipertensora, assim como do bem-estar fetal, pelo RCT.

Uma das diferenças que senti relativamente ao ensino clínico anterior foi na realização dos registos; enquanto no primeiro campo de estágio, os registos eram manuais e em papel, com diversos impressos, inclusive o partograma, na maternidade os registos são realizados em registo informático. Inicialmente foi bastante desafiante para mim, principalmente quanto aos registos no sistema Informático *SClinico*, pois a minha prática profissional, como enfermeira de cuidados gerais também não está utilitária deste programa. No *SClinico* são levantados os focos de atenção, os diagnósticos de enfermagem e posteriormente as intervenções a executar, tendo presente a fase de TP em que a mulher-parturiente se encontra e atualizando sempre que haja evolução. É também realizado notas de enfermagem sempre que necessário e perante alguma situação que exija uma vigilância rigorosa. O *Maternum*, o partograma digital, é um sistema informático incrível e de acesso facilitado para os profissionais de saúde. Considero ser bastante intuitivo e de preenchimento fácil; quanto à minha experiência no partograma em papel, a maior desvantagem requeria na compreensão de alguns tipos de letra e prescrições terapêuticas (por exemplo), enquanto no digital esse aspeto é mais acessível e facilitado.

O *ObsCare* é o sistema informático onde é realizado o preenchimento dos dados quanto

ao trabalho de parto e parto, também bastante intuitivo, que posteriormente transita a informação para o programa *Sclinico*. Considero que desenvolvi e atingi este objetivo, pois procurei efetuar registos claros nos sistemas informáticos, através da identificação dos diagnósticos de enfermagem, seguidos de intervenções a cada estágio do trabalho de parto e parto e essencialmente garantir a confidencialidade dos mesmos, de forma a promover a continuidade dos cuidados, ao manter focos de atenção ativos para os profissionais de saúde estarem alertas.

O ensino clínico na Maternidade Pública foi o complemento ao estágio anterior, como a última peça do puzzle, para o cumprimento dos objetivos traçados. Dividir o estágio, em dois sítios diferente, para além de ter suscitado em mim algum receio, dificuldade inicial, dúvidas e desilusão (inicial), o facto de ter saído da minha zona de conforto permitiu-me crescer, reconhecer a minha capacidade de resiliência e responsabilidade por estudar, ler e aprender mais e melhor, ao procurar a evidência científica mais recente.

Procurei atingir o pensamento crítico e reflexivo perante diversas situações, ao colmatar dúvidas e dificuldades ainda sentidas do estágio anterior, comparar procedimentos e intervenções como formas de crescimento e práticas distintas que permitiram desenvolver as minhas capacidades e competências na área da SMO.

Houve inúmeros momentos e experiências importantes que me permitiram refletir, tanto para o presente, como para um possível futuro nesta área. O meu autoconhecimento e capacidade de estar na especialidade certa também contribuíram para o sucesso deste ensino clínico, e a minha conduta assemelhou-se ao ensino clínico anterior, ao manter um papel ativo e proativo, ao demonstrar sentido autocritico, empenho, espírito de iniciativa e autonomia na execução dos cuidados de enfermagem especializados.

Nos dois campos de estágio tive a oportunidade de acompanhar trabalhos de partos de parturientes com fetos em apresentação pélvica, em que a conduta clínica foi a realização de cesariana. Num dos casos, no bloco cirúrgico fui a primeira profissional de saúde que recebeu o bebé, após extração do útero materno, e realizei os 1º cuidados ao recém-nascido, juntamente com o pediatra. Estes bebés são encaminhados para ortopedia pediátrica, com o objetivo de despistar a Doença displásica da anca. A temática dos partos pélvicos vaginais foi abordada na componente teórica, em sala de aula, e no contexto do ensino clínico junto da equipa multidisciplinar.

No término do ensino clínico Enfermagem em Sala de Partos, em dois campos de estágio diferentes, consegui atingir as experiências mínimas obrigatórias, tendo realizado 40 partos eutócicos, colaborado em 3 partos eutócicos e colaborado em 12 partos distócicos, por ventosa

(cf. tabela 1). Realizei a técnica episiotomia, em 13 partos eutócicos e suturei (perineorrafia) 31 períneos, em situações de episiotomia e/ou lacerações de 1º e 2º grau (cf. tabela 2).

Tabela 1- Número de partos realizados e colaborados

Parto	Com episiotomia	Com laceração	Sem laceração	Total
Eutócico realizado	13	19	8	40
Eutócico colaborado	-	-	3	3
Distócico colaborado	12	-	-	12

Tabela 2- Prática de episiotomia e perineorrafia

Episiotomia	Perineorrafia
13	31

Na vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em trabalho de parto, prestei cuidados especializados a 112 parturientes (cf. tabela 3).

Tabela 3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em trabalho de parto

	Total
Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em trabalho de parto	112

Além de todas as experiências que vivi ao longo deste ensino clínico, tive a oportunidade de participar no plano de ação formativa da equipa dos EEESMO do serviço, com a temática “Intervenções do enfermeiro obstetra na promoção da vinculação mãe-bebé no período pós-parto imediato”. A temática enquadrou-se no ensino clínico do Bloco de Partos, através da apresentação do trabalho de investigação - *Scoping Review*, que foi desenvolvida de forma individual, no âmbito da Unidade Curricular Seminário em Promoção da Saúde da Mulher, do 2º semestre do 7º CMESMOG e 12ºCPLEESMO.

Realizei a apresentação em dois tempos diferentes, para conseguir transmitir todo o conhecimento ao maior número de EEESMO, de forma a promover o reconhecimento do papel do Enfermeiro Obstetra, como um elemento facilitador no Bloco de partos, na promoção da vinculação na díade mãe-bebé, num período crítico, determinante e crucial que é o puerpério imediato. No final houve a possibilidade de um debate, avaliando as vantagens e desvantagens

das intervenções, dos recursos humanos necessários e das condições ideais.

4.2 Enfermagem em Puerpério

O ensino clínico Enfermagem em Puerpério tem como objetivo geral o desenvolvimento de competências no cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Além disso, como objetivo específico, prende-se por desenvolver conhecimentos e técnicas adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar da puérpera/família durante o período puerperal, assim como, ao recém-nascido normal e de risco.

Este decorreu numa Maternidade Pública da Zona Centro, durante 5 semanas, em dois serviços distintos, no serviço de puerpério (piso 3) e no serviço de cirurgia obstétrica (piso 2). Ambos os serviços têm uma disposição de quartos, gabinetes e armazenamento de material semelhante, no entanto o serviço de puerpério possui 21 camas e destina-se a puéperas e recém-nascidos após um parto vaginal (eutócico ou distócico), enquanto que o serviço de cirurgia obstétrica, é constituído por 19 camas para mulheres-grávidas com cesariana eletiva, puéperas submetidas a cesariana, por vários fatores, quer sejam urgentes/emergentes, por causa materna e/ou fetal ou por não progressão do trabalho de parto e, também mulheres reinternadas por patologia puerperal.

A equipa multidisciplinar é constituída por 31 enfermeiras, das quais 25 são especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 Enfermeira Chefe, assistentes operacionais, equipa médica e administrativos, que exercem funções em ambos os serviços, de forma rotativa.

O facto de realizar turnos em dois serviços distintos revelou-se ser desafiador e um pouco difícil, pois foi necessário conhecer a organização e dinâmica dos serviços, que apesar de semelhante, inicialmente tornou-se confuso e um fator de ansiedade para mim. Contudo, sinto que a integração na equipa multidisciplinar, foi-me facilitada, ao estabelecer uma relação profissional e de empatia com todos os elementos, de forma a cooperar com toda a equipa.

Na primeira semana, em ambos os serviços, foi fundamental para mim conhecer e respeitar as normas e orientações, protocolos e técnicas instituídas e específicas do período pós-parto quer em relação aos cuidados à mulher-puérpera, quer ao recém-nascido, de forma a colmatar dúvidas.

O puerpério é um período particularmente sensível, pelas inúmeras alterações anatómicas e fisiológicas que ocorrem e afetam os diversos órgãos e sistemas (Lima et al., 2017 cit por Santos et al., 2020b). É designado pelo quarto trimestre e pode ser dividido em três fases: puerpério imediato, (as primeiras duas horas, que é realizado em contexto de sala de partos), o puerpério precoce (decorre até ao final da primeira semana) e o puerpério tardio (decorre até ao final da sexta semana) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A intervenção do EEESMO inicia-se na receção da puérpera e do recém-nascido, da sala de partos ou recobro do bloco operatório, onde nos é transmitido a anamnese da díade, ao longo do parto/cesariana, intercorrências e aspetos essenciais para a continuidade dos cuidados no internamento.

A OMS refere que no período pós-parto, a díade mulher-recém-nascido, são o centro dos cuidados por parte do EEESMO (WHO, 2022). A mulher-puérpera e a mulher-mãe são duas vertentes da mulher, que necessita da nossa atenção e cuidados, assim como o recém-nascido e o homem-pai, quanto à paternidade e/ou companheiro (conjugalidade) (Cerejeira et al., 2022).

Este período exige cuidados de enfermagem especializados e centrados nas necessidades destes protagonistas. Perante esta premissa, procurei reconhecer o papel de cada um e ajustar o meu plano de cuidados, ao envolver-me positivamente nos cuidados prestados, através de uma relação empática e escuta ativa.

Após o nascimento, é responsabilidade do EEESMO promover a saúde, identificar problemas e complicações (prevenção) e apoiar na transição para cuidados às mulheres e aos bebés, assim como na sua recuperação da saúde (WHO, 2022).

O internamento no serviço de Puerpério varia de 48-72 horas (previsivelmente), isto é, um internamento curto e exigente quanto à transmissão de toda a informação. O EEESMO informa, orienta e apoia a mulher, assim como planeia, implementa e avalia todos as intervenções, no processo de ensino-aprendizagem para com a puérpera/casal.

Este ensino clínico demonstrou-me que muitas mulheres/casais se sentem confusos e frustrados, após a avalanche de informações, recomendações, procedimentos e dicas, pois são muita das vezes mal-entendidas e, posteriormente transformam-se em dúvidas e receios no dia da alta. É desta forma que a transmissão da informação assume uma relevância especial, quanto à qualidade e uniformidade da mesma e dos cuidados a prestar, tendo por base a evidência científica mais recente (Santos & Baptista, 2016).

O acolhimento e integração no serviço de puerpério/cirurgia obstétrica é um aspeto fundamental para tranquilizar a puérpera/casal, ao estabelecer uma relação empática e de confiança. Seguidamente, é importante realizar uma avaliação cuidada e rigorosa à puérpera, tendo por base o tipo de parto, antecedentes patológicos/pessoais e fase do pós-parto.

Após o parto (via vaginal), a mulher pode iniciar a alimentação de forma progressiva, avaliando a sua tolerância. Desta forma prestei cuidados à puérpera, através da avaliação dos sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e dor), reforçando os sinais de alarme que pudessem surgir, de forma a comunicar-nos. O primeiro levante é realizado 6 horas pós-parto, e este aspeto é fundamental explicar à puérpera de forma que não o tente realizar, sem a nossa presença. Assim assisti no primeiro levante, avaliando os sinais vitais, a força muscular nos membros inferiores e estado de consciência (quanto a um quadro de tonturas ou cefaleias fortes), permitindo à puérpera ir ao WC. Assistir no autocuidado sanitário/higiene é essencial para vigiar a eliminação vesical: a primeira micção pós-parto, muitas vezes comprometida pela analgesia epidural. Nesta fase é importante reforçar a necessidade de manter o seu autocuidado, quanto à higiene pessoal (como uma necessidade básica que é escovar os dentes), pois é válido e importante manter a sua rotina, promovendo o seu bem-estar físico e emocional.

Após um parto por cesariana, a vigilância do bem-estar da puérpera é mais minuciosa e rigorosa, pelo facto de ser uma intervenção cirúrgica. A mulher fica monitorizada, inicia a alimentação 6 horas pós-parto e só realiza levante 12 horas após. Além disso encontra-se com sonda vesical para vigilância do débito urinário, que é removida aquando do primeiro levante.

A puérpera, quando submetida a analgesia epidural, mantém cateter epidural (CE) até perfazer 5 tomas de analgesia. A maternidade tem um protocolo de administração de Morfina, para controlo da dor e promoção de conforto. Quando manifestam alguma reação adversa, administramos ropivacaína. A remoção do CE fica ao encargo do médico anestesista, sendo uma intervenção do EEESMO, a vigilância do penso do cateter epidural e possíveis sinais de alarme. Além destes analgésicos é administrado analgesia por via sistémica, ao avaliar o 5º sinal vital através da escala numérica ou visual analógica. A avaliação e tratamento da ferida cirúrgica e do penso pós-operatório é uma intervenção de enfermagem importante, pois permitiu-me avaliar o processo de cicatrização, presença/ausência de sinais inflamatórios e alertar para sinais de alarme.

Outro dos cuidados que prestei à puérpera foram os cuidados vulvoperineais, ao avaliar o estado do períneo e sinais de edema e/ou hematoma, as perdas hemáticas, a formação do GSP,

a altura do fundo do útero e a expressão uterina, apenas quando suspeita de coágulos retidos. Este momento foi essencial para ensinar à puérpera a importânciada vigilância dos lóquios, quanto às suas características (cor, quantidade e cheiro) e higiene dosgenitais/períneo.

Os lóquios são hemáticos e abundantes, nos três primeiros dias após o parto, sero-hemáticos (rosados) e em quantidade moderada, do quinto ao décimo dia após o parto e serosos (cor amarelada/acastanhada) e em quantidade reduzida/escassa do décimo até às três semanas pós-parto (Santos et al., 2020a). Quando falamos em avaliar o cheiro desta secreção, expliquei à puérpera que os lóquios apresentam um cheiro *sui generis*, semelhante aofluxo menstrual e que a forma de quantificar o volume de perdas hemáticas é através da quantificação e saturação dos pensos higiênicos utilizados.

Outro ensino transmitido à puérpera, é que sempre que for ao WC, é importante a mudança do penso higiênico. Espera-se que o volume tenha uma progressão regressiva e no caso de na segunda semana pós-parto, a puérperaverificar um aumento do fluxo dos lóquios e associado a febre, cheiro fétido e dor abdominal deve dirigir-se ao serviço de urgência, pelo risco de infecção puerperal e de HPP. Normalmente, o fluxo dos lóquios é maior no parto vaginal do que no parto por cesariana, nas primeiras 24 horas, contudo as alterações da cor são semelhantes (Murray & McKinney, 2014 cit in Santos et al., 2020a).

A hemorragia pós-parto ocorre em 5-10% dos partos e é a principal causa de morbimortalidade materna (Carvalhas et al., 2018). A subinvolução uterina, associada à paragem da contratilidade do útero (atonia uterina) é a causa principal de HPP (Sequeira et al., 2020c). Desta forma procurei ter uma conduta ativa, ao avaliar o tónus uterino de forma a identificar precocemente alguma complicação.

O início precoce da amamentação é fundamental, pois promove o aumento da ocitocina, assegurando uma melhor contratilidade uterina e reduzindo o risco de hemorragia (Sequeira et al., 2020c), assim como é essencial, para a mãe e o recém-nascido, no processo de vinculação.

Neste ensino clínico, a maior ambição das puérperas era amamentar, contudo verifiquei que a maioria referia algum receio, medo do insucesso e dificuldades no início deste processo. Neste tema da amamentação necessitei de estudar e procurar a evidência mais recente de forma a empoderar-me para transmitir toda a informação fidedigna e apoiar as mulheres no ato de amamentar. Foi das minhas maiores dificuldades, mas felizmente houve inúmeras oportunidades de aprendizagem e ensino, aperfeiçoando as minhas competências nesta área.

Amamentar é um ato natural e inato ao recém-nascido. A 1ª hora de vida é especial e o

bebé demonstra sinais de fome e procura do mamilo. Promover a amamentação o mais precoce possível é uma das intervenções do EEESMO, assim como o apoiar. Apesar de ser natural, há bebês que necessitam de alguma orientação e as mães necessitam de ser ensinadas e treinadas para amamentar.

No serviço de puerpério, após verificar que a mulher se encontrava hemodinamicamente estável, auxiliei na colocação do bebê à mama. Comecei por ensinar como posicionar o bebê para que se adapte bem à mama, como a mulher deve segurar a mama e efetuar uma ligeira pressão na aréola de forma a extrair umas gotas de colostro, e assim facilitar o início da mamada, os sinais de boa pega e a importância dos reflexos de sucção e deglutição, que podem ser percebidos pela mulher, enquanto está a amamentar o seu bebê. Também tive momentos em que foi importante ensinar outras posições para amamentar, principalmente em bebês que demonstravam alguma resistência ou em mulheres após cesariana, de forma a ser mais confortável. Considero este aspeto importante, uma vez que a mudança de posição em diferentes mamadas, ao longo do dia, ajuda a esvaziar os diferentes quadrantes da mama e prevenir eventuais complicações futuras (Sequeira et al., 2020d).

“As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida” (Levy & Bértolo, 2012, p. 8). Contudo a mulher pode decidir não amamentar e optar por alimentar o seu bebê com leite artificial, por diversas razões (pessoal, médica, patologia incompatível com a amamentação), que são sempre respeitadas pelos profissionais de saúde. Nestes casos, foi importante ensinar e instruir sobre a preparação do leite/biberão, a sua conservação e armazenamento, através da oferta de um folheto informativo que a maternidade tem instituído.

No período puerperal, a mulher debate-se muitas vezes com complicações relacionadas com a amamentação, como o trauma e a maceração do mamilo. A principal causa é a pega incorreta ou na presença de mamilos curtos ou invertidos que dificultam o abocanhar correto do bebê (Pousa et al., 2020a). Neste ensino clínico presenciei esta dificuldade sentida pela mulher e foi importante uma atuação precoce, através de medidas corretivas e preventivas destas complicações: o ensino correto da técnica de amamentar, ensino da importância de colocar uma gota de leite materno para proteção do mamilo e do seu arejamento e o uso correto de protetores e soutien de amamentação. O apoio e orientação do EEESMO é imprescindível para garantir o sucesso da amamentação e o estabelecimento e continuidade da amamentação exclusiva, e na prevenção de complicações futuras, como o ingurgitamento mamário e a mastite.

Perante uma mulher que quisesse amamentar e o seu bebé se encontrava internado na Unidade de Cuidados Intensivos do Recém-Nascido (UCIRN), por complicações do parto, um quadro infeccioso, prematuridade, restrições de crescimento, patologias associadas, entre outros, esta era incentivada a realizar a extração do leite materno, como forma de garantir a estimulação e produção de leite materno através da bomba extratora. Desta forma, ensinei como utilizar a bomba extratora, a importância de recipientes herméticos para um correto armazenamento do leite e a rotulagem do mesmo com dia/mês/ano e hora da sua extração. Sempre que a puérpera se deslocava à UCIRN levava o seu leite extraído para que o seu bebé fosse alimentado e também como forma de garantir a continuidade na estimulação e produção de leite materno.

Além de todas as alterações anatomo-fisiológicas no corpo da mulher que foram descritas, o puerpério é um período marcado por diversas alterações psicológicas e emocionais na vida da mulher (Oliveira et al., 2019), que conseqüentemente criam dúvidas, medos e receios quanto à adaptação e transição para a parentalidade.

Para cuidar do recém-nascido, a mulher deve permitir-se cuidar de si. A promoção do autocuidado, quer físico, quer emocional foi um dos cuidados que procurei exercer, de forma a promover a saúde mental da mulher, do casal e da família. As intervenções de enfermagem especializadas neste âmbito, baseiam-se em capacitar a mulher sobre a importância de expressar as suas emoções e sentimentos, assim como envolver a pessoa de referência/companheiro, para acompanhar e reconhecer possíveis sinais de alarme. Também os ensinamentos sobre a gestão da dor e da gestão terapêutica são importantes.

Neste sentido, informei sobre a existência de uma plataforma on-line, que é a *E-lactancia*, que permite validar a compatibilidade de medicamentos e doenças com a amamentação. Além disso, reforcei a importância do autocuidado: higiene, cuidados mamários, gestão do sono, períodos de descanso e atividade física, a adoção de estilos de vida saudáveis, como uma alimentação variada e equilibrada, reforço da hidratação oral, eliminação de comportamentos de risco, momentos de lazer e ainda a importância de ter uma rede de apoio familiar. Também a adaptação a um novo elemento no seio familiar foi alvo dos meus cuidados, de forma a garantir um processo de vinculação segura.

Os cuidados ao recém-nascido suscitam muitas dúvidas na mulher/casal, principalmente naqueles que vivem pela primeira vez a parentalidade. O ensino e instrução destes cuidados são essenciais para facilitar o processo de adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, assim como da mãe e pai, na readaptação ao novo elemento. Além disso permite ao enfermeiro EESMO ensinar sobre a prevenção de complicações e conseqüentemente, ensinar sobre a

promoção da saúde e bem-estar (Freitas & Baptista, 2016).

A OMS recomenda que o primeiro banho do recém-nascido saudável e de termo, deve ser adiado por pelo menos 24 horas após nascimento (WHO, 2022). No serviço de puerpério e num contexto de ensino-aprendizagem o primeiro banho do bebé, em que é ensinado e instruído à mãe, é realizado no dia a seguir ao parto. Comecei por ensinar sobre a importância da preparação do ambiente, quanto à temperatura e luminosidade, e da preparação da roupa, disposta pela ordem correta de vestir. De seguida ensinei e instruí sobre a preparação da banheira, quantidade e temperatura da água e produtos de higiene a utilizar.

Estes aspetos são determinantes para a prevenção de acidentes, mas também para evitar longos tempos de exposição do bebé ao ambiente, minimizando a sua exposição ao frio e aos mecanismos de perda de calor. Ensinei a forma correta de pegar no bebé, como executar o banho, começando pela cara, cuidado com os olhos, nariz e ouvidos, e seguir uma ordem cefalo-caudal, deixando por último os genitais.

A demonstração de todos os cuidados de higiene permite capacitar os pais para a sua autonomia, assim como garantir bons cuidados de higiene e vestuário adequado para o bem-estar do RN.

Os cuidados com o coto umbilical suscitam algum receio e preocupação. Neste ensino clínico avaliei as características do coto umbilical, da pele circundante, quanto à presença/ausência de sinais inflamatórios e processo de mumificação, e ensinei aos pais estes aspetos e a importância de o manter o mais limpo e seco possível, deixando-o fora da fralda. Não está recomendado a aplicação de qualquer soluto antisséptico, como forma de prevenção da infeção, apenas a higiene do coto umbilical com água, no banho, e a higiene diária com compressas de forma a mantê-lo limpo e seco (WHO, 2022).

“A eliminação, tanto intestinal como vesical, é um aspeto importante para o bem-estar do RN e é uma fonte de preocupação e ansiedade para os pais” (Ventura, 2016, p. 504). Neste sentido ensinei sobre como trocar a fralda, a sua otimização, a importância de vigiar as eliminações e o padrão normal das fezes, que irão sofrer alterações, quanto ao aspeto e coloração, nos primeiros dias de vida do seu bebé.

Outro processo fisiológico do recém-nascido recai sobre a coloração da pele. Neste campo reforcei a importância de vigiar a cor da pele do bebé e a possibilidade de esta ficar com uma coloração amarela, provocada pela acumulação de bilirrubina devido à imaturidade hepática, entre o segundo e o quarto dia de vida (icterícia fisiológica). Num dos turnos que

realizei, prestei cuidados à díade, onde o bebê estava a realizar fototerapia, vigiando frequentemente a temperatura e instruindo a mãe da importância de amamentar o bebê, com frequência, e vigiar as eliminações.

Além dos cuidados descritos, o foco de atenção dos EEESMO recai sobre a facilitação e preparação dos pais para a adaptação à parentalidade, ao promover estratégias e intervenções de enfermagem que permitam o desenvolvimento das competências parentais. Desta forma, ensinei sobre o choro do bebê, as causas físicas e emocionais que o levam a chorar, para que os pais desenvolvam conhecimentos de forma a interpretar o recém-nascido. Outras das competências parentais a desenvolver é a importância de gerir o sono do bebê, vigiando o seu padrão de sono-vigília e garantindo as medidas de segurança. Ensinei sobre a importância de o bebê ser deitado em decúbito dorsal, em plano horizontal e posicionado no berço, livre de objetos espalhados e excesso de roupa/edredons pesados.

A prevenção de riscos e acidentes também foram ensinados aos pais ao longo do internamento hospitalar. Ensinei e instruí sobre a necessidade de criarem medidas de proteção/prevenção para evitarem queimaduras, quedas, risco de asfixia, síndrome da morte súbita do lactante, assim como, a forma correta de pegar num bebê, as medidas de segurança para o transporte do bebê no automóvel e ainda conhecerem e compreenderam os estádios comportamentais do padrão de crescimento normal e saudável do recém-nascido.

Os pais também foram instruídos sobre a importância da vigilância da saúde infantil do recém-nascido, seguindo o programa nacional de saúde infantil e juvenil e o plano de vacinação. Neste campo, desenvolvi competências, ao administrar a primeira vacina do plano, a vacina da VHB e em determinados contextos (grupos de risco), a BCG, tendo apenas assistido à administração de uma, com a enfermeira tutora. Neste ensino clínico também tive a oportunidade de realizar uma colheita de sangue a um recém-nascido para a realização do Teste de Diagnóstico Precoce (TDP), que diagnostica doenças hereditárias do metabolismo e do hipotiroidismo congénito. Os pais são instruídos, no momento da alta, da importância de realizar o TDP entre o 3º e 6º dia de vida, de marcarem a primeira consulta de vigilância até ao 15º dia de vida do bebê, assim como da importância de vigiarem o peso do bebê no centro de saúde, durante o primeiro mês.

Às 48 horas de vida é realizado o Rastreio das Cardiopatias Congénitas ao RN. Consiste num teste simples, não invasivo e indolor, que avalia a hipoxia, um sinal presente nas cardiopatias, através da oximetria de pulso, que monitoriza a saturação periférica de oxigénio e frequência cardíaca (Sequeira et al., 2020e). Realizei este procedimento ao longo do ensino

clínico, tendo o cuidado de explicar aos pais todo o rastreio e o seu objetivo.

A monitorização do SpO₂ é realizada na mão direita e num dos pés do bebé, com o objetivo de obter um valor > 95% nos dois membros e o diferencial não ser > a 3% em ambos. Quando isto não se verifica deve-se comunicar ao pediatra/neonatologista (Sequeira et al., 2020e). O resultado do rastreio é registado no processo do recém-nascido, quer em papel, como no programa informático.

A maternidade criou um protocolo de vigilância das glicémias capilares em determinados contextos. Recém-nascidos de mães com diabetes gestacional/prévia, recém-nascidos considerados grandes para a idade gestacional (GIG) ou leves para a idade gestacional (LIG), com restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e prematuros são alvo da nossa atenção para vigilância da glicémia capilar, em determinados horários (segundo o protocolo) pelo risco de hipoglicémias. Aos recém-nascidos LIG, com peso \leq 2500 gramas, também é importante a vigilância da temperatura, pelo maior risco a que estão expostos de perda de calor. Os cuidados que realizei passam pela vigilância da temperatura axilar, colocação em berços aquecidos quando a temperatura < a 36,5°C e também a promoção do contacto pele-com-pele e método *kanguru* com a mãe, a melhor fonte de calor para o seu bebé. Desta forma, ainda promovi o processo de vinculação, isto é, o desenvolvimento de laços afetivos na díade.

Para além de desenvolver competências na promoção da saúde, o EEESMO intervém em processos de doença, através da sua prevenção e despiste de complicações. Na saúde materna e obstétrica também existem padrões que podem sair da normalidade e que necessitam da nossa intervenção. Neste ensino clínico acompanhei várias puérperas com diagnóstico de pré-eclâmpsia e num dos casos evoluiu para Síndrome de HELLP. É considerado uma complicação obstétrica, caracterizada pela hemólise, elevação das enzimas hepáticas e diminuição das plaquetas (trombocitopenia), um quadro grave e a causa importante de morbilidade materna. A síndrome de HELLP ocorre em cada 5-9% por 1000 gestações e em 10-20% dos casos com Pré-Eclâmpsia grave. No período pós-parto, a sintomatologia associada a esta síndrome aparece nas primeiras 48 horas, embora possa-se estender até sete dias após o parto (Lastra & Fernández, 2020).

Nesta situação é importante a vigilância rigorosa dos valores de tensão arterial, a vigilância dos sinais e sintomas de agravamento da HTA, como edemas, cefaleias, dor epigástrica, fotofobia, a vigilância do débito urinário, a vigilância analítica materna e o controlo da terapêutica anti-hipertensora.

Neste caso em específico, um dos sintomas foi a presença de oligoanúria, e após colheita de sangue, os valores analíticos encontravam-se alterados, quanto às transaminases (elevados) e à presença de trombocitopenia. A puérpera foi transferida para o hospital central a cargo da medicina intensiva, pelo risco de desenvolver hematoma subcapsular hepático (acontece em cerca de 1% dos casos de síndrome HELLP (Lastra & Fernández, 2020)) e um caso mais grave de evoluir para coagulação intravascular disseminada (CID), que tem sido descrita em 20% das mulheres (Lastra & Fernández, 2020).

Outra situação delicada aconteceu com uma puérpera após um parto por cesariana, que desenvolveu um quadro de fadiga, alteração dos parâmetros vitais (taquicardia e diminuição dos valores de SpO₂) e dispneia, um quadro compatível de suspeita de tromboembolia pulmonar. A vigilância atenta dos sinais e sintomas manifestados pela mulher, assim como dos sinais vitais garantem uma intervenção precoce de toda a equipa multidisciplinar. Neste caso a puérpera também foi transferida para o hospital central, para cuidados diferenciados e realizar exames complementares.

Nestas situações de gravidade, a consulta e leitura dos protocolos da instituição hospitalar e a procura da evidência mais recente ajudaram-me no desenvolvimento de competências nesta área mais específica e a cooperar de forma ativa com a equipa multidisciplinar.

No dia da alta hospitalar considerei importante perguntar que dúvidas ainda existem relativamente aos cuidados com o recém-nascido e para com a puérpera. Nesta fase o papel do EEESMO destina-se a validar todos os ensinamentos, cuidados e informação transmitida ao longo do internamento, assim como esclarecer possíveis dúvidas. Também presenciei famílias que referiam alguma ansiedade com o regresso a casa, e foi dessa forma que adotei uma postura de suporte e empatia, reforçando o papel dos pais no processo de transição para a parentalidade, de forma segura e saudável.

Contudo, no dia da alta reforço os sinais de alarme que são alvo de avaliação e acompanhamento pelos profissionais de saúde e/ou ida ao serviço de urgência. No caso da puérpera alertei para o caso de surgir febre, dor abdominal e/ou pélvica persistente, dor na mama, persistente e com sinais inflamatórios, lóquios em quantidade abundante e com cheiro fétido e dor nos membros inferiores, associado a sensação de calor e rubor (Santos & Baptista, 2016). Quanto aos sinais de alarme no recém-nascido, transmiti os seguintes: coloração amarela pele de forma generalizada, recém-nascido muito sonolento e apático, o não aumento de peso ou recusa da amamentação/alimentação, choro persistente e incontrolável, cordão umbilical

com sinais inflamatórios, febre ($T^{\circ}C$ axilar $> 38^{\circ}C$), vômitos persistentes e dificuldade em respirar/gemidos (Santos & Baptista, 2016).

A maternidade criou o projeto “Telecuidar”, onde os EEESMO contactam os casais no pós- alta, de forma a compreender como decorre o dia-a-dia daquela família, que dúvidas se mantêm, que dificuldades surgiram, e assim encaminhá-los para os profissionais e serviços de saúde corretos e competentes a ajudar.

Capacitar a mulher, no seu papel de mãe e ser individual e capacitar o homem, no seu papel de pai e companheiro é empoderar uma família no cuidar do próprio, de ambos, como casal e essencialmente no cuidar do recém-nascido, ao estabelecer uma ligação afetiva entre eles. “O EEESMO cuida a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pós-parto, no sentido de potenciar a saúde da puérpera/mãe e homem-pai, promovendo a adaptação à parentalidade, a recuperação pós-parto e a gestão saudável da conjugalidade pós-parto” (Cerejeira et al., 2022).

Como profissional de saúde e futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica considero o puerpério como um puzzle, com peças que se vão encaixando. Às vezes é difícil de perceber onde, como os momentos de dúvidas e receios, mas que passo a passo, dia-a-dia, um de cada vez se reorganizam e encaixam na “perfeição”. O pós-parto é um processo de ensino-aprendizagem do casal e os EEESMO são os elementos facilitadores na educação para a saúde. Neste ensino clínico procurei ser este elemento promotor de tranquilidade, equilíbrio e bem-estar.

No término do ensino clínico Enfermagem em Puerpério consegui atingir as experiências mínimas obrigatórias, tendo cuidado de 123 puérperas (113 de baixo risco e 10 de risco) e de 119 recém-nascidos (106 de baixo risco e 13 de risco, como em caso de prematuridade e/ou leves para a idade gestacional, entre outros (cf. tabela 4).

Tabela 4 - Vigilância de puérperas e recém-nascidos

	Puérperas	Recém-nascido
Baixo Risco	113	106
Risco	10	13
Total	123	119

4.3 Enfermagem em Patologia Materno-Fetal

O ensino clínico Enfermagem em Patologia Materno-fetal tem como objetivo geral o desenvolvimento de competências no cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, no sentido de potenciar a sua saúde, ao detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, através do rastreio e encaminhamento em situação de risco.

Este decorreu no serviço de Obstetrícia/Ginecologia, de um Hospital Público da Zona Centro, durante 5 semanas. No serviço de Obstetrícia/Ginecologia são internadas mulheres-grávidas para cesariana eletiva, grávidas com patologia associada/de risco e mulheres com patologia do foro ginecológico e da mama. O serviço dispõe de 5 enfermarias com 4 camas cada e 3 enfermarias com 2 camas cada. Estas destinam-se à patologia da gravidez. A primeira enfermaria destina-se ao internamento de grávidas para cesariana eletiva, e no caso, do serviço de obstetrícia se encontrar cheio, destina-se também a puérperas e recém-nascidos. A segunda enfermaria, encontra-se, neste momento, ocupada com doentes do foro ortopédico. As 3 enfermarias seguintes destinam-se a doentes a vivenciar processos de doença ginecológica e da mama, sendo que duas das camas finais se destinavam à Cirurgia Plástica.

O serviço dispõe de uma sala de trabalho de enfermagem, sala de tratamentos com marquesa ginecológica e ecógrafo, sendo também o local onde se realizam tratamentos às feridas, gabinetes e de salas de armazenamento de material clínico e equipamentos, assim como de uma sala de sujos e limpos.

A equipa multidisciplinar é constituída por 1 Enfermeiro-Gestor, 31 enfermeiras, das quais 21 são enfermeiras de cuidados gerais, 9 são especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 1 é especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e por assistentes operacionais, equipa médica e administrativos, que exercem funções de forma rotativa.

O ensino clínico Patologia Materno-Fetal assemelhou-se a dois ensinamentos clínicos anteriores: sala de partos e puerpério, pois sinto que consegui aperfeiçoar competências técnicas e interpessoais que desenvolvi nos estágios anteriores. Contudo, reconheço que a Patologia Materno-Fetal exige o desenvolvimento de conhecimento, competências e práticas nesta área particular. O EEESMO assume a responsabilidade pelo exercício na área de intervenção Pré-natal, a grávidas com patologia associada e gravidez de risco, através da assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal (Portugal, Regulamento n.º

391/2019).

O internamento da mulher-grávida por situações de risco, patologia associada e/ou episódio de complicação obstétrica/fetal, gera medo e ansiedade à mulher/casal/família. O primeiro contacto com a grávida exige uma relação de confiança, tranquilidade e empatia, facilitando a sua integração no serviço. Desta forma é garantida uma vigilância materno-fetal rigorosa e o despiste precoce de complicações. A mulher assume um papel ativo ao adotar medidas e comportamentos benéficos ao seu bem-estar e do seu bebé e o EEESMO assume um papel facilitador, através da promoção e educação para a saúde, mantendo-se atento e cuidadoso nas suas intervenções. Posto isto, procurei adotar uma postura ativa e atenta, ao vigiar o bem-estar materno-fetal.

A gravidez é um estado fisiológico, no entanto o organismo da mulher está sujeito a inúmeras alterações. As alterações fisiológicas são uma exigência e nem sempre este processo natural decorre de forma saudável, podendo surgir ou agravar diversos quadros patológicos (Lavaredas & Tomás, 2016). O internamento é necessário para um diagnóstico, vigilância e posterior orientação mais adequados.

Os quadros patológicos mais comuns, vivenciados no ensino clínico, foram a diabetes prévia à gravidez e a diabetes gestacional, a hipertensão crónica, a pré-eclâmpsia (com baixo ou alto risco de gravidade), a ameaça de parto pré-termo, a hemorragia obstétrica, a restrição de crescimento fetal, a colestase intra-hepática, a rotura prematura de membranas pré-termo, a pielonefrite e a presença de vómitos e intolerância alimentar.

A Diabetes Gestacional (DG) define-se como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono, diagnosticado pela primeira vez durante a gravidez (Carvalho & Centeno, 2018). Representa um fator de risco para diversas complicações maternas e/ou fetais como infeções urinárias, parto pré-termo, hidrâmnios, macrossomia fetal, rotura prematura de membranas, entre outros. O desequilíbrio metabólico na DG leva, conseqüentemente, a um aumento dos valores tensionais, traduzindo-se na hipertensão gestacional ou em quadros mais complexos como a pré-eclâmpsia (Inácio, 2016).

Perante este diagnóstico, como futura EEESMO assumi um papel de educador, onde as intervenções de enfermagem convergiram num processo de ensino/aprendizagem sobre adoção de estilos de vida saudáveis, dieta, autovigilância do perfil glicémico, insulino-terapia (quando necessária/prescrita) e sinais de alarme.

A autovigilância dos valores de glicémia capilar é fundamental para avaliar o perfil

glicémico da grávida. A mulher-grávida quando internada no serviço de patologia foi instruída sobre a necessidade de realizar 4 determinações da glicemia diárias, em jejum e 1 hora após o início das 3 principais refeições. As grávidas sob terapêutica farmacológica são instruídas de realizar mais determinações glicêmicas, em jejum, uma hora antes e uma hora após as principais refeições e antes de dormir (+/- 23 horas).

A hipertensão associada à gravidez é a causa mais importante de morbidade e mortalidade materna e perinatal (Monteiro & Leite, 2016). A Pré-eclâmpsia (PE) afeta cerca de 2-8% das gestações, sendo responsável por >70 000 mortes maternas e >500 000 mortes fetais/ano (Stepan et al., 2023). O diagnóstico da pré-eclâmpsia associa-se ao aparecimento da HTA associada à proteinúria e/ou edema patológico, a partir da 20ª semana de gestação em mulheres que eram previamente normotensas (Graça, 2018). É uma doença complexa, caracterizada pela disfunção endotelial materna e placentária, uma vez que existe uma inserção anômala da placenta e conseqüentemente associa-se a restrição do crescimento fetal (RCF), DPPNI, parto pré-termo (PPT) e morte fetal (Stepan et al., 2023). Esta patologia não tem cura, sendo o parto a alternativa definitiva e mais segura (Monteiro & Leite, 2016).

Perante este antecedente patológico, foi importante manter uma vigilância materno-fetal rigorosa e alertar a grávida para os seguintes sintomas, como epigastralgias e/ou dor no hipocôndrio direito, cefaleias, alterações da visão e oligoanúria ou anúria (Graça, 2018), como frequentes nestes quadros hipertensivos e alarmantes quanto ao agravamento da situação clínica.

O risco de evoluir para um quadro de eclâmpsia ou síndrome de HELLP é bastante frequente, sendo necessária a avaliação dos sinais vitais, essencialmente a tensão arterial de forma seriada ou segundo prescrição médica, a vigilância dos sinais e sintomas de agravamento da HTA, a vigilância analítica materna e o controlo da terapêutica anti-hipertensora, assim como do bem-estar fetal, pelo Registo Cardiotocográfico.

Neste ensino clínico, os internamentos de grávidas com PE foram frequentes, em que o grau de gravidade foi avaliado pelo *ratio* sFlt-1/PIGF (tirosina-quinase/fator de crescimento placentário). A razão entre estes dois fatores permite uma orientação clínica da sintomatologia inespecífica da PE, manifestada pela grávida, sendo útil na predição do RCF e do PPT, contudo a sua associação com a morte fetal não é clara. Posto isto, a repetição dos doseamentos do *ratio* permite monitorizar a progressão da doença e a determinação do momento do parto (Stepan et al., 2023).

Recordo um dos momentos que experienciei neste ensino clínico, uma grávida com diagnóstico de PE e sintomatologia associada (cefaleias e valores tensionais elevados), em que houve necessidade de comunicar à equipa médica, de forma a prevenir um quadro de eclâmpsia. Para isso foi administrado Sulfato de magnésio, para prevenção de convulsões, inicialmente uma dose de carga e posteriormente a administração da dose de manutenção, por bomba infusora. Neste contexto, é necessário manter o RCT contínuo, para vigilância do bem-estar fetal e também monitorizar vários parâmetros da grávida, como a frequência respiratória, oximetria e reflexo rotuliano, débito urinário (necessário colocar sonda vesical), balanço hídrico e doseamento da magnesiémia, pelo risco de toxicidade do Sulfato de Magnésio (Monteiro & Leite, 2016).

A ameaça de parto pré-termo (APPT) caracteriza-se pelo aparecimento de contratilidade uterina regular, com risco de modificar o colo uterino, antes da 37ª semana de gestação, quanto ao afinamento, apagamento e/ou dilatação do colo (Magro et al., 2016). O PPT é uma das causas de morbidade e mortalidade perinatal, e em Portugal, no ano de 2019, 7,3% dos partos foram pré-termo (Areia et al., 2021).

Como forma de inibir as contrações e prevenir alterações do colo uterino, há necessidade de administrar terapêutica tocolítica. O serviço de obstetrícia/ginecologia deste hospital tem instituído o protocolo em caso de APPT – administração de *Atosiban*, fármaco inibidor dos recetores de ocitocina, em idades gestacionais entre as 24 e as 34 semanas e 6 dias. A preparação e administração deste fármaco é da responsabilidade do EEESMO; inicialmente administra-se um bólus intravenoso, seguida de uma dose de carga durante 3 horas e finalizando com uma dose de manutenção por bomba infusora, até às 45 horas.

Neste ensino clínico, prestei cuidados a duas grávidas com diagnóstico de APPT. Como intervenções de enfermagem, procurei vigiar o bem-estar materno-fetal, através do RCT e da auscultação cardíaca fetal, avaliando as características da dinâmica uterina, através do registo e da palpação abdominal (se tónus uterino normal ou aumentado). As grávidas também foram elucidadas destes sinais, assim como vigiar e alertar a equipa no caso de contrações fortes e dolorosas ou perda vaginal (sangue ou líquido amniótico) e também de não provocar estímulos, como “esfregar” a barriga de forma a evitar estimular o útero. Além disso é importante informar sobre os efeitos secundários do *Atosiban*, como as náuseas, vómitos, cefaleias ou tonturas.

Perante um diagnóstico de APPT, é concomitantemente realizada a maturação pulmonar fetal com corticoterapia. Está recomendada entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias, independentemente da integridade das membranas amnióticas ou do número de fetos, em todas

as situações em que existe risco de PPT nos 7 dias seguintes, diminuindo o risco de morte neonatal (31%) e da síndrome de dificuldade respiratória (44%) (Areia et al., 2018). Traduz-se em maior benefício quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é superior a 24 horas e até 7 dias após (Areia et al., 2018). A corticoterapia é cumprida com a administração de 4 doses de dexametasona, 6 mg, IM, a cada 12 horas.

A hemorragia em Obstetrícia é caracterizada por qualquer perda de sangue visível pela vagina durante a gravidez (Baker, 2006 cit por Miranda et al., 2016). A sua classificação depende do trimestre em que ocorre; neste ensino clínico prestei cuidados a grávidas com diagnóstico de hemorragia do 3º trimestre (IG >28 semanas de gestação). A situação patológica mais frequente que conduz a esta situação hemorrágica é o local da inserção da placenta, em que num dos casos a grávida apresentava uma placenta prévia total/oclusiva, isto é a placenta insere-se no segmento inferior do útero, obstruindo totalmente o orifício cervical interno (Miranda et al., 2016).

Nestes casos, a grávida deve realizar repouso relativo/absoluto. Como intervenções de enfermagem é importante vigiar as perdas sanguíneas, quanto à quantidade e coloração do sangue, monitorizar sinais vitais e o bem-estar materno-fetal pelo RCT, quanto à frequência cardíaca fetal e dinâmica uterina.

Uma das grávidas internadas com diagnóstico de hemorragia do 3º trimestre por placenta prévia, nesta última semana de estágio, encontrava-se no terceiro internamento consecutivo pelo mesmo diagnóstico. Em todos, eu tinha estado presente e vigiado o bem-estar materno-fetal; contudo desta vez a grávida encontrava-se mais debilitada emocionalmente e com medo do desfecho. Como antecedentes obstétricos já havia tido 2 abortos espontâneos e por isso o medo do desconhecido ou de voltar a repetir-se esta situação estava bastante evidente. Neste caso, o apoio, a presença e a escuta ativa foi algo que procurei desenvolver de forma a tranquilizá-la. Reconheço que cuidar na área de saúde materna e obstétrica envolve uma abordagem holística e humanizada por parte do EEESMO.

Todos estes quadros patológicos na gravidez exigem uma intervenção precoce e atenta pela equipa multidisciplinar. O EEESMO representa o maior contacto com as grávidas, quer no seu acolhimento e integração ao serviço, ao estabelecer uma relação de empatia e tranquilidade. Durante o internamento é realizado o plano de cuidados, com diagnósticos e intervenções de enfermagem, para garantir uma vigilância materno-fetal rigorosa. Além disso, os ensinamentos diários para a promoção da saúde e prevenção de complicações são realizados, oportunamente, ao longo do internamento, para garantir a capacitação e compreensão dos mesmos na

grávida/casal aquando do regresso a casa.

Na alta clínica, a mulher é elucidada sobre a importância de vigiar sinais de alarme, como hemorragia vaginal, perda de líquido pela vagina, corrimento vaginal com prurido e/ou odor, dor abdominal/pélvica intensa, febre ($T^{\circ}C > 38^{\circ}C$), dor/ardor ao urinar, vômitos persistentes, cefaleias fortes ou contínuas, perturbação da visão, diminuição dos movimentos ativos fetais, descritos também no Boletim de Saúde da Grávida, que exigem recorrer ao serviço de urgência obstétrica.

No Serviço de Obstetrícia/Ginecologia também são internadas mulheres para Cesariana eletiva, por diversas razões: patologia associada, riscos de indução de trabalho de parto, incompatibilidade feto-pélvica em partos anteriores, entre outros.

Habitualmente, a grávida é admitida no dia anterior à cesariana, realiza-se o acolhimento e integração no serviço e a colheita de dados pessoais para realização do processo de enfermagem. A vigilância materno-fetal é essencial e por isso realiza-se o registo cardiotocográfico, pelo menos 2x/dia ou SOS, a avaliação do foco fetal 1x/turno ou SOS, assim como a avaliação dos sinais vitais maternos, bem-estar físico e psicológico. Além disso, são realizados os ensinamentos e oferecidos panfletos informativos, sobre o aleitamento materno, contacto pele com pele com o pai e alojamento conjunto, de forma a tranquilizar a grávida/casal, esclarecer possíveis dúvidas e eliminar receios.

O EEESMO na prestação dos cuidados especializados obstétricos assume uma conduta importante, mas perante uma mulher com patologia associada, a responsabilidade é maior na vigilância do bem-estar materno-fetal.

No término do ensino clínico Enfermagem em Patologia Materno-Fetal consegui atingir as experiências mínimas obrigatórias, tendo cuidado de 105 mulheres em situação de risco, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério (cf. tabela 5).

Tabela 5 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério

	Total
Mulheres em situação de risco durante a gravidez, trabalho de parto ou puerpério	105

4.4 Enfermagem em Ginecologia

O ensino clínico Enfermagem em Ginecologia tem como objetivo geral o desenvolvimento de competências no cuidar da mulher inserida na família e comunidade, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e da mama, no sentido de potenciar a sua saúde, através do rastreio e encaminhamento para os respetivos serviços de saúde.

Este decorreu no serviço de Obstetrícia/Ginecologia de um Hospital Público da Zona Centro, durante 3 semanas, o mesmo serviço descrito no ensino clínico anterior.

O internamento de ginecologia assemelha-se a um internamento de cirurgia, quer das mais simples às mais complexas, e o período de internamento varia de acordo com o procedimento cirúrgico realizado. Neste ensino clínico, contactei com uma grande variedade de cirurgias do foro ginecológico e da mama, após diagnóstico de patologia benigna, maligna ou em estudo, em mulheres com uma faixa etária variada.

O acolhimento e integração da mulher no serviço realiza-se no dia anterior ao procedimento cirúrgico, de forma a realizar os cuidados pré-operatórios. Após receção do processo individual da utente, procurei realizar o acolhimento da mesma, de forma a garantir a sua privacidade e de estabelecer uma relação empática e de confiança. Este primeiro contacto é fundamental para tranquilizar a mulher, uma vez que se encontra, maioritariamente, nervosa, com receio do desconhecido da intervenção e principalmente do futuro quanto à doença.

A recolha de todos os dados e antecedentes pessoais, medicação habitual, alergias medicamentosas, entre outros, são aspetos colhidos durante a entrevista com a mulher, muitas vezes acompanhada com a pessoa de referência, para posteriormente realizar o plano de cuidados (diagnósticos e intervenções de enfermagem), no programa informático. A pessoa de referência apresenta um papel fulcral neste processo, pelo apoio que presta, mas também pela necessidade de se envolver no processo de transição e adaptação que a mulher vive, aquando da alta clínica.

No serviço de ginecologia, a mulher é internada para ser submetida a uma cirurgia programada. A cirurgia pode ser por Via Vaginal (Ressetoscopias, Histerectomia Vaginal e correção do cistocelo, colpocelo e retocelo), ou por Via Abdominal, através de laparotomia ou laparoscopia, em que pode ser realizado Histerectomia (total ou radical) com anexectomia (quando removidos os ovários e as trompas de Falópio). Poder-se-á apenas realizar uma salpingectomia – remoção das trompas de Falópio, ou uma ooforectomia – remoção dos ovários,

que pode ser unilateral ou bilateral, consoante o diagnóstico. Os cuidados pré e pós-operatórios diferem e são responsabilidade do EEESMO conhecê-los para minimizar o risco infeccioso.

A laqueação tubar também é um dos procedimentos realizados e muitas vezes associada a uma das intervenções cirúrgicas anteriormente descrita, como opção de esterilização, segundo o planeamento familiar que a mulher/casal decidiu.

Além destes, outros dos procedimentos realizados foram a vulvectomia simples e também da patologia da mama, como a mastectomia (total ou radical), tumorectomia, esvaziamento axilar e biópsia da mama (gânglio sentinela).

A histerectomia está indicada em leiomiomas uterinos, dor pélvica, prolapso dos órgãos pélvicos, hemorragias uterinas anormais e doença maligna e pré-maligna que envolve o útero (Marques & Mota, 2010). Esta intervenção abrange riscos e complicações, que exigem a vigilância por parte dos profissionais de saúde, como a hemorragia, a infeção, complicações do trato urinário ou gastrointestinal (Marques & Mota, 2010). Desta forma, mantive uma postura ativa e atenta à sintomatologia que as utentes manifestavam, para intervir e cooperar com a equipa multidisciplinar.

Os cuidados pré-operatórios, são realizados essencialmente no turno da tarde do dia anterior à cirurgia. A irrigação vaginal com iodopovidona, para assepsia ginecológica, realiza-se quando submetidas a cirurgias por laparotomia. Outro dos cuidados é garantir a tricotomia, a remoção de adornos e próteses dentárias, informar sobre a necessidade de jejum a partir das 00h (alimentos e água) e também informar sobre a realização do banho no dia seguinte de manhã, com esponja impregnada em cloro-hexidina. Momentos antes da cirurgia, a utente é puncionada com cateter venoso periférico e colocado em curso um polieletrólito com glucose. Além disso vestem uma bata cirúrgica e são colocadas meias de contenção elásticas.

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2023) recomenda a profilaxia tromboembólica com meias elásticas e administração da heparina de baixo peso molecular no pré e até 28 dias pós-operatório.

As utentes submetidas a cirurgia pélvica tem um risco de 2-45% de vir a ter uma trombose venosa dos membros inferiores e um risco de 40% de desenvolver uma tromboembolia pulmonar (Frutuoso, 2010). A preparação intestinal, apesar de se realizar em alguns contextos e estar presente na maioria dos protocolos do serviço, deve-se evitar (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2023).

No pós-operatório, a utente tem um maior risco de infeção, essencialmente associada à

ferida cirúrgica. Dai ser importante o banho e preparação da pele com solução de cloro-hexidina, a profilaxia antibiótica, a normotermia perioperatória e a tricotomia no local da incisão cirúrgica (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2023).

Existem outros cuidados importantes a realizar no pós-operatório, que minimizam o risco de infeção. Garantir uma analgesia adequada, permite uma mobilização precoce e assim diminuir o risco de atelectasias pulmonares e infeção respiratória, assim como a remoção dos dispositivos médicos invasivos, como as sondas vesicais (Frutuoso, 2010). Recomenda-se que o cateter urinário seja removido, idealmente, <24h (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2023).

Os cuidados pós-cirurgia abrangem a necessidade de monitorizar a utente, com a avaliação horária da tensão arterial, frequência cardíaca, SpO2 e da dor. A vigilância das perdas sanguíneas (via vaginal), a monitorização dos líquidos drenados pelos drenos (quanto às suas características – quantidade e cor), assim como a vigilância dos pensos cirúrgicos, são cuidados essenciais no pós-operatório. Desta forma, procurei ter uma postura ativa nestes cuidados, para despiste de possíveis complicações.

No dia seguinte ao procedimento cirúrgico promove-se o primeiro levante, sempre sob vigilância do profissional de saúde e avaliação contínua dos sinais vitais e, na presença de sonda vesical, esta é removida e aguarda-se a primeira micção. A utente reinicia a alimentação, com dieta normal e verifica-se a sua tolerância.

Os dias seguintes pós-cirurgia são determinantes para a avaliação do bem-estar físico e psicológico da mulher. O EEESMO desenvolve um papel facilitador e promotor da saúde, através da capacitação da utente para o dia da alta clínica e do regresso ao domicílio e às suas rotinas.

Os ensinamentos são realizados ao longo do internamento, de forma a tranquilizar a utente sobre os cuidados e hábitos a adotar quando regressar a casa. Desta forma, considero que a transmissão da informação, seguida da sua compreensão é validada pela utente e pessoa de referência, que facilitamos a sua presença, para assim garantir a continuidade dos cuidados e a promoção da saúde. Reconheço que desta forma conseguimos um despiste mais rigoroso de complicações futuras e taxas de literacia em saúde mais elevadas.

Após a cirurgia ginecológica abdominal, a mulher é elucidada para a adoção de um estilo de vida saudável (dieta equilibrada e rica em fibra e ingestão de água), alternar períodos de exercício físico e descanso, não levantar objetos com peso >3kg, não ter relações sexuais, até à

consulta de revisão pós-cirúrgica e avaliar a temperatura, duas vezes ao dia, nos primeiros 10 dias. Além disso é alertada quanto aos sinais de alarme que exigem ida ao serviço de urgência, como febre ($T \geq 38^{\circ}\text{C}$), dor intensa no local da cirurgia, ferida cirúrgica com sinais inflamatórios, perda sanguínea vaginal abundante, corrimento vaginal com odor fétido, alterações gastrointestinais e sintomatologia de trombose venosa profunda.

A patologia da mama é, também, uma realidade no serviço de ginecologia. A maioria das mulheres internadas tem como diagnóstico cancro da mama. O cancro é uma doença que resulta do crescimento desequilibrado dos tecidos da mama, geralmente nos ductos ou nos lóbulos (European Society for Medical Oncology, 2018). “Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 7.000 novos casos de cancro da mama, e 1.800 mulheres morrem com esta doença” (Liga Portuguesa contra o Cancro, s.d).

Além dos cuidados pré-cirúrgicos semelhantes à cirurgia ginecológica abdominal, que foram descritos anteriormente, a utente é informada de todas as etapas a realizar até ao momento da intervenção. Neste ensino clínico, muitas das utentes realizaram um exame de intervenção mamária, isto é, a localização pré-operatória com arpão. Este procedimento realiza-se quando as lesões não são palpáveis, de forma a localizar a região suspeita (IRE – Centro de Senologia, 2023). Posteriormente são submetidas a uma cirurgia conservadora da mama, na qual o tumor é removido localmente ou realiza-se uma mastectomia, em que toda a mama é removida (European Society for Medical Oncology, 2018).

Em associação, muitas utentes são propostas a realizar esvaziamento axilar, consoante a biópsia do gânglio sentinela. Esta biópsia consiste em identificar e analisar o gânglio sentinela, que é o primeiro gânglio a ser atingido pelas células cancerígenas na presença de um tumor da mama. Se forem detetadas células cancerígenas no gânglio sentinela, este é removido, assim como toda a cadeia linfática próxima - esvaziamento axilar (European Society for Medical Oncology, 2018).

Nos cuidados pós-operatório, a vigilância dos sinais vitais é fundamental, principalmente o controlo da dor e temperatura, e também a monitorização dos líquidos drenados pelo dreno e otimização do mesmo e a vigilância dos pensos cirúrgicos.

Os ensinamentos prestados às utentes dos cuidados para o domicílio são realizados ao longo de todo o internamento, de forma gradual, para assim compreenderem e integrarem os cuidados na sua rotina habitual. Os cuidados a ter, quando submetidas a uma mastectomia com esvaziamento axilar são: não dormir para o lado intervencionado, não levantar objetos com

peso > 2kg, evitar injeções, colheitas de sangue e avaliação da tensão arterial no lado intervencionado, usar roupas largas, apoiar o braço do lado intervencionado numa almofada, quando em repouso e/ou dormir, durante as rotinas do dia-a-dia usar luvas de proteção para evitar lesões e evitar o excesso de calor (lareira, aquecedores, forno) do lado intervencionado.

Além disso, informei sobre exercícios de mobilidade que deve realizar de forma progressiva no domicílio.

Os sinais de alarme também são explicados à utente, para que possa atuar de forma preventiva no despiste precoce de complicações. É motivo de recorrer ao serviço de urgência ginecológica quando febre ($T \geq 38^{\circ}\text{C}$), dor intensa no local da cirurgia, ferida cirúrgica com sinais inflamatórios, edema e/ou hematoma no braço (se esvaziamento axilar).

No momento da alta, procurei validar todos os ensinamentos prestados de forma a esclarecer dúvidas e receios e informei sobre a importância de não faltar à consulta de revisão pós-cirúrgica.

Além dos cuidados físicos à utente, é essencial avaliar o bem-estar psicológico e emocional. Neste ensino clínico, lidar com mulheres submetidas a mastectomia, por cancro da mama, foi emocionalmente intenso para mim.

Sinto que para além do desenvolvimento de competências técnicas, este ensino clínico também me permitiu desenvolver e aperfeiçoar competências relacionais. O apoio, a presença, a escuta ativa, permitir as utentes desabafar e chorar, as relações terapêuticas e essencialmente a empatia são condições que procurei ter e manter junto destas mulheres. As experiências foram várias e enriquecedoras, pois estas mulheres conseguiam transmitir muita força e inspiração, mesmo em condições de doença e incerteza.

Além do desenvolvimento dos cuidados e competências especializadas nesta área particular foi-me proposto a atualização do panfleto “Cirurgia Ginecológica Abdominal” do serviço de Obstetrícia/Ginecologia, que realizei, com o intuito de facilitar a transmissão de informação relevante aos cuidados pós-cirúrgicos, no momento da alta hospitalar.

4.5 Enfermagem em promoção da saúde da mulher

O ensino clínico Enfermagem em Promoção da Saúde da Mulher abrange todo o ciclo vital da mesma, desde a vigilância da saúde sexual e reprodutiva, durante a idade fértil, a preconcepção, o ciclo gravídico-puerperal e ainda o período do climatério, de forma a detetar e tratar precocemente complicações. Este ensino clínico reveste-se de extrema importância pela diversidade de oportunidades de aprendizagem, em três áreas específicas dos cuidados especializados na área de Saúde Materna e Obstétrica.

Tem como objetivo geral o desenvolvimento de competências no cuidar da mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar durante o período preconcecional e gravidez, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade, e ainda durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Este decorreu numa USF da Zona Centro, durante 5 semanas. Esta USF tem como missão de “ser uma unidade de prestação de cuidados de saúde primários adaptada às exigências da atualidade e com capacidade de antecipação para evoluir na continuidade, capaz de se distinguir pela qualidade dos cuidados prestados e pela satisfação dos utentes e profissionais” (USF Infante D. Henrique, 2014, p.7).

A unidade dispõe de gabinetes médicos e de enfermagem, salas de tratamento, sala de espera dos utentes, salas de armazenamento de material clínico, vacinas e equipamento e gabinetes do secretariado clínico. A equipa multidisciplinar é constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 5 secretários clínicos.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) permitem à comunidade, aceder aos cuidados de saúde, na vertente da promoção da saúde e prevenção da doença, através da vigilância em consultas de programa, ao longo do ciclo de vida. As consultas de programa da USF envolvem a equipa de saúde familiar, o médico e o enfermeiro de família (USF Infante D. Henrique, 2014).

A promoção da saúde da mulher inicia-se na idade fértil, através das consultas de Planeamento Familiar (PF). O principal público-alvo são as mulheres em idade fértil, com mais de 15 anos e menos de 49 anos, inscritas na USF. As consultas do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR), na componente do planeamento familiar têm como objetivos promover a

vivência da sexualidade de forma saudável e segura, regular a fecundidade segundo o desejo do casal, preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis, reduzir a mortalidade e a morbidade materna, perinatal e infantil, reduzir a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e as suas consequências, designadamente, a infertilidade, e melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família (Direção Geral da Saúde, 2008).

Nas consultas de PF, a faixa etária foi diversa, assim como o objetivo da sua marcação. Mulheres jovens, com 20 anos, recorreram à consulta como forma de adquirirem métodos contraceptivos, para evitar uma gravidez. Representam um momento privilegiado para promover uma saúde sexual saudável, ensinar sobre comportamentos de risco, prevenção das IST e avaliar sinais e sintomas menstruais, assim como situações de desvio da normalidade.

Em todas as consultas procurei estabelecer uma relação empática e de confiança, essencialmente nas de PF, uma vez que a mulher se encontra mais vulnerável e sensível. Os programas de rastreio destinam-se ao diagnóstico precoce do cancro do colo do útero em população assintomática, e sem outros fatores de risco para além da idade e do sexo e destinam-se à população do sexo feminino com idade igual ou superior a 25 anos e igual ou inferior a 60 anos (Portugal, Despacho nº 8254/2017). Colaborei com a equipa médica na preparação do material e realização do rastreio do cancro do colo do útero, assim como na remoção de um implante subcutâneo e de um dispositivo intrauterino; posteriormente procurei promover a educação para a saúde sexual e vigilância de sinais e sintomas, que surgem após a alteração/remoção do método contraceptivo.

Em certas consultas de PF, as mulheres manifestaram vontade e desejo de engravidar, sendo esta consulta, uma consulta pré-concepcional. Fiquei surpreendida por perceber que cada vez mais, os casais têm conhecimento e reconhecem a importância do planeamento familiar e da realização de exames complementares de diagnóstico antes de engravidarem.

A consulta pré-concepcional releva-se de extrema importância, pois contribui para o sucesso da gravidez, através da identificação de fatores de risco modificáveis e a promoção da sua correção. Além disso avalia o risco de anomalia reprodutiva, através da identificação de indivíduos e familiares de risco genético, entre outros, de forma a referenciar para cuidados diferenciados e aconselhamento especializado, transmissão de informação e recomendações pertinentes e também promover a participação ativa do outro elemento do casal, no que respeita à saúde sexual, reprodutiva e transição para a parentalidade (Direção Geral da Saúde, 2015).

A consulta pré-concepcional é o primeiro contacto, em que a mulher/casal é informada da importância dos cuidados pré-natais e quando iniciar a vigilância, capacitando-os para uma tomada de decisão fundamentada (Pousa et al., 2020b). Nestas consultas procurei ensinar e instruir sobre hábitos alimentares e comportamentos saudáveis, atividade sexual, identificação do período fértil e monitorização da data da última menstruação (DUM), importância da assistência pré-natal precoce e continuada e do início da suplementação de ácido fólico e iodo, doenças infecciosas, o estado vacinal, assim como da realização de exames auxiliares de diagnóstico (Pousa et al., 2020b).

Os cuidados pré-concepcionais ajudam na redução da mortalidade e morbilidade materna, neonatal e infantil (Direção Geral da Saúde, 2015), daí a necessidade constante de avaliar a cada consulta de PF, e consoante a faixa etária, o desejo de engravidar, para cumprir com a assistência pré-concepcional de forma precoce. Os cuidados pré-natais também assumem uma importância primordial na vigilância da gravidez (Rocha et al., 2020), tendo como objetivos principais avaliar o bem-estar materno-fetal, detetar precocemente complicações e situações anormais durante a gravidez, que impossibilitam o sucesso da mesma, identificar fatores de risco, promover a educação para a saúde, preparar o parto e a parentalidade e informar sobre os direitos e deveres (Direção Geral da Saúde, 2015).

A primeira consulta pré-natal realiza-se, preferencialmente, nos CSP em que todas as mulheres grávidas devem ter acesso à primeira consulta da gravidez entre as 6 semanas e 0 dias e as 9 semanas e 6 dias de gestação (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023b). O Programa Nacional de Saúde Materna permitiu-me monitorizar a gravidez, desde a primeira consulta, através da identificação das necessidades e desconfortos sentidos pelas grávidas e ajustando os cuidados e ensinamentos aos mesmos.

Neste ensino clínico consegui avaliar grávidas com diferentes idades gestacionais, durante os três trimestres. No início da consulta começava por pedir o Boletim de Saúde da Grávida (BSG), iniciando uma conversa empática e que transmitisse confiança. Posteriormente era avaliado o peso corporal, de forma a monitorizar a evolução ponderal, assim como a tensão arterial, por forma a despistar situações de hipertensão e consequentemente, um quadro de pré-eclâmpsia. Questionei e alertei sobre sinais de alarme, descritos no BSG, assim como desconfortos predominantes do trimestre em que se encontravam, de forma a ensinar e instruir sobre estratégias e cuidados que permitissem ultrapassar ou colmatar certas necessidades.

Um dos principais desconfortos sentido pelas grávidas era a sensação de “pernas pesadas”, isto é, o edema dos membros inferiores, característico desta fase. Deve-se à retenção

hídrica no espaço intersticial, dos membros inferiores, causando essa sensação de peso e desconforto. Procurei perceber se havia outros sintomas associados aos edemas, que justificassem uma vigilância mais rigorosa. Como estratégias para colmatar esta necessidade aconselhei a grávida a evitar longos períodos de pé e/ou sentada, evitar o uso de roupa apertada, utilizar meias de descanso com compressão e a alternar períodos de descanso e atividade física, no final do dia a elevar os membros inferiores e a realizar massagem e/ou duche com água fria, aliviando o desconforto (Marchão & Soares, 2016).

Após a consulta de enfermagem, as grávidas são encaminhadas para a consulta médica, em que tive oportunidade de acompanhar e avaliar a altura do fundo do útero, assim como monitorizar a frequência cardíaca fetal, com o doppler fetal. Desta forma, foi-me permitido realizar as Manobras de Leopold, desenvolvendo esta competência específica dos cuidados especializados de Saúde Materna e Obstétrica.

O Programa de Saúde Materna centra-se na assistência pré-natal, através da promoção da adaptação à gravidez, e contribui para a saúde materno-fetal, pela avaliação da evolução da gravidez, promoção de uma gravidez fisiológica, promoção da adoção de comportamentos de saúde e eliminação de fatores de risco, promoção do bem-estar físico e emocional e saúde mental e promoção de um trabalho de parto espontâneo e fisiológico (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Em cada consulta procurei avaliar comportamentos de risco, como o consumo de tabaco e/ou álcool, e num caso específico, a grávida mantinha o consumo de tabaco. Alertar para os efeitos nocivos que poderá trazer para o feto é essencial, contudo reconheço ser importante negociar e ajustar com a grávida, estratégias de *coping*, que facilitem a adoção de estilos de vida saudável.

Na vigilância da gravidez existem inúmeras oportunidades para promover mais saúde para as mulheres, bebés (fetos/recém-nascidos), famílias e, por consequência, para a comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2023). O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica evidencia que os EEESMO são os profissionais responsáveis e altamente preparados para garantir a assistência pré-natal, através de um processo contínuo de cuidados (Portugal, Regulamento n.º 391/2019; Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Os três componentes da vigilância da gravidez de baixo risco assentam nos cuidados pré-natais, na educação para a saúde e na preparação para o parto e parentalidade (Direção Geral da Saúde, 2015), através de um acompanhamento cuidado e individualizado de cada mulher/casal.

A educação pré-natal, inclui-se nos programas de preparação para o parto e parentalidade, onde são abordados inúmeros temas e preocupações referidas pela mulher/casal sobre a gravidez, parto, pós-parto e parentalidade (Direção Geral da Saúde, 2015).

Neste ensino clínico tive oportunidade de assistir a cinco sessões e, ainda, de colaborar com a EEESMO que ministrava o programa de preparação para o parto, com duas sessões desenvolvidas por mim, - uma sessão prática sobre “Cuidados de Higiene e Conforto do recém-nascido” e uma sessão teórica, sobre o “Plano de Parto”. Cada sessão foi desenvolvida com a evidência científica mais recente, de forma a transmitir informação fidedigna sobre os cuidados.

Um dos objetivos principais dos programas de preparação para o parto e parentalidade é promover uma vivência mais informada e gratificante de todo o ciclo gravídico-puerperal (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2020). As grávidas presentes nas sessões tinham idade gestacional ≥ 28 semanas de gestação, idade em que a mulher é aconselhada a iniciar as sessões, de forma a garantir um acompanhamento semanal, durante o último trimestre. Desta forma é possível capacitar a mulher/casal para a vivência de uma experiência de parto positiva e tranquila e para facilitar a transição para a parentalidade, de forma adaptativa e progressiva (Pereira, 2016).

Numa das sessões, uma das grávidas vinha acompanhada com o marido/convivente significativo; procurei envolvê-lo ao longo da sessão, enfatizando a sua importância e apoio à mulher-grávida, ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. O EEESMO fortalece o desenvolvimento de competências na mulher/casal, ao envolver a participação do pai/pessoa significativa, desde a preconcepção até à transição para a parentalidade (Direção Geral da Saúde, 2015).

O programa de preparação para o parto e parentalidade caracteriza-se por ser uma ferramenta essencial, com o objetivo de capacitar a mulher/casal para a tomada de decisão responsável e segura (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2020), e consequentemente é possível promover a literacia em saúde, no geral, reprodutiva e sexual, bem como a saúde materna e obstétrica e futuramente, a infantil, no cuidar do recém-nascido.

Após o parto e alta hospitalar, a mulher mantém a vigilância da saúde nos CSP, para a consulta de revisão puerperal e nas consultas do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), para a vigilância da saúde do recém-nascido. Na primeira semana pós-parto a mulher dirige-se à USF para avaliar a evolução ponderal do bebé e realização do Rastreio das Doenças Genéticas e Metabólicas (Teste do Pezinho). Neste contacto é essencial avaliar o bem-estar do

recém-nascido, quanto às eliminações, sono, cuidados de higiene e conforto e os cuidados com o coto umbilical, assim como o bem-estar físico e emocional da puérpera e a amamentação.

Numa destas consultas, em que o recém-nascido se encontrava abaixo do peso de nascença e ainda não tinha recuperado o peso desejável, foi essencial avaliar as mamadas e corrigir a pega. A puérpera encontrava-se vulnerável, triste e preocupada com o insucesso da amamentação, considerando a hipótese de desistir. Como futura EEESMO e com a ajuda da Enfermeira procurámos tranquilizar a mãe e avaliar a amamentação; estivemos no cantinho da amamentação, onde me mantive por perto de forma a avaliar a relação entre a díade, enquanto amamentava e conversámos sobre os receios e preocupações deste processo, de forma a eu compreender como colmatar e ultrapassar esta barreira. Uma semana depois, esta família regressou à USF para avaliação do peso, e a bebé tinha conseguido uma evolução ponderal favorável, bem como a manutenção da amamentação, encontrando uma mãe mais tranquila, confiante e segura.

Quanto à consulta de revisão do puerpério, esta realiza-se, normalmente, entre a 4^a e a 6^a semana após o parto; contudo existem casos, como situações de extremos de idade reprodutiva, dificuldade no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno e/ou sinalizados pelo hospital, em que a consulta deve ser realizada, no puerpério precoce (até ao 15^o dia pós-parto), para uma avaliação eficaz e imediata e implementação de intervenções promotoras da saúde (Direção Geral da Saúde, 2015).

No âmbito do ensino clínico realizei três consultas de puerpério, em que avaliei o bem-estar físico da mulher, a identificação das suas necessidades face a todas as transformações fisiológicas a que está sujeita, o autocuidado, a recuperação pós-parto, o sono e repouso, a reabilitação do períneo, e essencialmente os aspetos psicológicos do puerpério e sinais de alarme.

O pós-parto é uma fase de grande vulnerabilidade para a mulher e por isso procurei ser perspicaz e avaliar possíveis situações de desvio da normalidade, de forma a promover estratégias que facilitassem esta transição e adaptação, mas também no caso de ser necessário encaminhar para profissionais diferenciados e de apoio à saúde mental. Considero que é importante envolver o companheiro/pai do recém-nascido nesta consulta e em todos estes aspetos, assim como a família, como sendo a rede de apoio essencial para acolher e apoiar a puérpera neste processo. Esta consulta centra-se no cuidar da mulher, do recém-nascido e da avaliação da adaptação da tríade (mãe-pai-bebé) ao novo elemento e ao novo papel como pais (Direção Geral da Saúde, 2015) e também, quando presente, a adaptação do irmão mais velho.

Além das consultas de vigilância da mulher no ciclo gravídico-puerperal, tive oportunidade de realizar consultas do PNSIJ, principalmente a primeira consulta do recém-nascido e as consultas do mês, até ao ano de idade. A primeira consulta de vigilância do recém-nascido deve ser realizada, até ao 15º dia de vida (Santos & Baptista, 2016). Nestas consultas é importante avaliar as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional do bebé, assim como promover e validar a adesão ao Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Desta forma reconheço ser importante o desenvolvimento de competências nos cuidados especializados na área de saúde materna e obstétrica, ao empoderar os pais para o cuidar do recém-nascido, em todas as suas valências, assim como na área da saúde infantil, que não sendo da especialidade, é necessário desenvolver, para uma atuação precoce em situações de risco e encaminhamento para as equipas multidisciplinares de cuidados diferenciados.

Os EEESMO são os profissionais de saúde que contribuem para a promoção do *empowerment* e mestria das mulheres/casais no sentido de se sentirem preparados para lidarem com a gravidez, parto e pós-parto, de modo a obterem uma experiência positiva (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

A qualidade dos cuidados em saúde materna e obstétrica é um objetivo comum e multidisciplinar, destacando o papel do EEESMO como o profissional habilitado e competente para a vigilância da gravidez de baixo risco, considerando a satisfação da/o(s) cliente(s), a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o autocuidado, autocontrolo e mestria, a readaptação funcional às novas condições de saúde e a organização dos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica (Cerejeira et al., 2022).

Além das competências especializadas desenvolvidas foi-me proposto a realização de um trabalho escrito com a temática “Indicadores de Saúde Materna – Caracterização das puérperas da USF Infante D. Henrique e USF Viseu Cidade, ULS Viseu Dão Lafões”. Este estudo de caracterização teve como objetivo principal avaliar o impacto da assistência pré-natal, nas USF citadas, no ano 2023, através da caracterização das mulheres-puérperas em diversos fatores.

No término do ensino clínico Enfermagem em promoção da saúde da mulher consegui atingir as experiências mínimas obrigatórias, no cuidar da mulher-grávida durante o período pré-natal (cf. tabela 6).

Tabela 6 - Vigilância da gravidez, incluindo 100 exames pré-natais

	Total
Consulta de grávidas, incluindo 100 exames pré-natais	111

II Capítulo – Relatório final da componente de investigação

Resumo

Enquadramento: O puerpério é um período vulnerável e exigente na vida da mulher, face a todas as transformações físicas, psicológicas e emocionais a que está sujeita. Durante o internamento hospitalar, a mulher é confrontada no seu papel de mãe, no cuidar do recém-nascido e do seu autocuidado. No sentido de facilitar a transição para a parentalidade, de forma informada, o EEESMO desempenha um papel fundamental no sentido de informar e ajudar a desenvolver competências parentais, autoeficácia e autonomia materna.

Objetivos: Identificar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar e analisar o impacto das variáveis sociodemográficas e obstétricas nos conhecimentos percecionados pela puérpera.

Metodologia: Estudo analítico, descritivo-correlacional, transversal com metodologia quantitativa. A amostra é do tipo não probabilística, intencional por conveniência, composta por 210 de puérperas. A recolha de dados foi realizada com recurso a um questionário, constituído pela caracterização sociodemográfica e obstétrica e pela Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar (ECPPAH)(Feliciano & Nelas, 2022).

Resultados: As puérperas apresentam um nível de conhecimentos percecionados elevados (97,1%), seguido do nível fraco (2,4%) e, por último, do nível moderado (0,5%). O grupo etário ($p=0,012$), as habilitações literárias ($p=0,001$) e a profissão ($p=0,003$) influenciam os conhecimentos percecionados pelas puérperas, em relação ao índice global; o rendimento mensal influencia os conhecimentos na dimensão “Informações Gerais” ($p=0,026$). A inexistência de dúvidas ($p<0,001$) e a promoção do autocuidado da puérpera ($p=0,026$), durante o internamento hospitalar predizem os conhecimentos percecionados, em relação ao índice global; a presença de uma pessoa significativa durante o TP e parto influencia os conhecimentos nas dimensões “Cuidados ao bebé”, “Autocuidado da puérpera” e “Alimentação do bebé” ($p<0,05$) e o tipo de apoio prestado pelo acompanhante durante o TP e parto influi os conhecimentos na dimensão “Informações gerais” ($p=0,026$).

Conclusões: Os conhecimentos percecionados pelas puérperas na alta hospitalar são influenciados por fatores sociodemográficos e obstétricos, determinantes para a adoção de comportamentos de saúde promotores do autocuidado e cuidados ao recém-nascido. Apesar de termos concluído, que a maioria da amostra apresenta níveis de conhecimentos percecionados elevados, é essencial manter o acompanhamento pré-natal, a promoção da adaptação à gravidez, a preparação para o parto e transição para a parentalidade e o apoio e transmissão de informação durante o internamento hospitalar, como componentes importantes aos cuidados especializados em Saúde Materna e Obstétrica, para garantir o desenvolvimento de conhecimentos e mestria nas competências parentais na mulher/família.

Palavras-chave: puérperas, literacia em saúde materna, pós-parto, autocuidado, recém-nascido, competências parentais

1. Justificação do estudo

O puerpério é um período particularmente sensível, pelas inúmeras alterações anatómicas e fisiológicas que ocorrem e afetam os diversos órgãos e sistemas (Lima et al., 2017 cit por Santos et al., 2020b). Além disso é um período marcado por diversas alterações psicológicas e emocionais na vida da mulher (Oliveira et al., 2019), que conseqüentemente criam dúvidas, medos e receios quanto à adaptação e transição para a parentalidade.

A capacitação da mulher para o autocuidado e os cuidados ao recém-nascido, nas diversas funções, é determinante, pois representa um fator de qualidade na promoção da saúde no binómio mãe-recém-nascido (Cerejeira et al., 2022).

Na alta hospitalar, a mulher-puérpera deve estar informada e capacitada para uma vivência positiva e saudável da parentalidade, que reflete todos os ensinamentos e conhecimentos desenvolvidos desde a gravidez, através dos Programas de preparação para o parto, até ao pós-parto, representado no serviço de internamento de Obstetrícia, local onde é possível ensinar, instruir, treinar e supervisionar todos os cuidados.

O EEESMO assume um papel decisivo, pois planeia os seus cuidados, de forma individualizada e centrada na pessoa, de forma a facilitar os processos e preparação do regresso ao domicílio, desenvolve intervenções de apoio e práticas de cuidados saudáveis e suporte familiar e identifica medidas de prevenção precoces quanto às condições físicas e psicológicas da mulher-mãe (WHO, 2022).

É importante a transmissão de informação que melhor preparam a mulher para a vivência do pós-parto, seguida da transição e adaptação à parentalidade consciente e positiva. Os conhecimentos maternos perfeccionados na alta hospitalar refletem-se em múltiplos fatores, quer sociodemográficos, quer do contexto obstétrico experienciado, representativos no período de internamento, pois influenciam a promoção da saúde no que respeita aos cuidados ao recém-nascido, o autocuidado da mulher e a prevenção de complicações.

Portugal tem vindo a batalhar no desenvolvimento de iniciativas e de ações no âmbito da promoção da Literacia em Saúde para a população em geral, com enfoque nos diferentes contextos e estadios do ciclo de vida (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2019).

A literacia em saúde materna é descrita como a capacidade das mães em aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação sobre a saúde materna e infantil. Durante o ciclo

gravídico-puerperal, a mulher tem acesso a inúmeras informações, que promovem a saúde materna e conseqüentemente a do bebê, reconhecendo a importância da literacia em saúde nesta fase da vida (Jiregna et al., 2024).

A promoção da literacia em saúde materna é uma preocupação crescente dos profissionais de saúde, e essencialmente dos EEESMO, que são os principais responsáveis no acompanhamento durante o período pré-natal, gravidez e pós-parto. A transmissão correta da informação e posteriormente a validação da compreensão da mesma, sobre a saúde materna e infantil, refletem-se nos níveis de literacia em saúde da mulher, no que respeita ao seu autocuidado e cuidados ao recém-nascido (Jiregna et al., 2024; Cheng et al., 2023).

Posto isto, o presente estudo justifica a investigação científica destes fatores no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, contribuindo para a evolução dos conhecimentos científicos, em diversos níveis e essencialmente na área da saúde, delineando-se os seguintes objetivos:

- a) Identificar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar;
- b) Analisar o impacto das variáveis sociodemográficas e obstétricas nos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar.

2. Conhecimentos maternos no período puerperal promotores do autocuidado e dos cuidados ao recém-nascido

O ciclo gravídico-puerperal destaca-se pela sua particularidade e individualidade, em que cada mulher o experiencia de forma diferente e única. Desde a preconcepção até à confirmação da gravidez e a sua vivência, desde o parto até ao puerpério, o papel de mãe e o cuidar de um recém-nascido, inúmeras transformações apoderam-se do corpo e mente da mulher (Direção Geral da Saúde, 2015).

O puerpério é um período vulnerável na vida da mulher, em que esta vive uma readaptação de papéis, com objetivos e prioridades distintas, no que respeita ao cuidado do bebé. Esta transição para a parentalidade, em particular o exercício da maternidade, também se caracteriza por um processo social e cultural, de aprendizagem diária, através da receção e transmissão de conhecimento, vivências e entajuda (Rocha et al., 2020).

Durante o período pós-parto, o corpo da mulher transforma-se, regressando às suas condições fisiológicas e anatómicas anteriores à gravidez. Este processo de transição caracteriza-se por ser bastante desafiante e está associado a muitas mudanças psicossociais, com a adoção de novos papéis e diferentes prioridades. Em associação, a mulher é confrontada com uma reorganização da vida, desafios quanto aos cuidados ao recém-nascido e a privação de sono, o que podem afetar a qualidade de vida materna (Mokhtaryan-Gilani et al., 2022).

A educação para a saúde materna, no que respeita ao seu autocuidado e cuidar do recém-nascido, é um *continuum* desde a preconcepção até ao pós-parto. Contudo reconhece-se que durante o internamento hospitalar, o puerpério é o momento em que a mulher vivencia a experiência real, da informação e conhecimentos, que foram transmitidos ao longo da gravidez.

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu um modelo de cuidados pós-natais, onde destaca a díade Mulher-Recém-nascido no centro dos cuidados. As duas primeiras semanas após o parto representam um período fundamental para promover a saúde, identificar problemas de saúde e apoiar a transição para o bem-estar da mulher e do bebé, destacando-se a importância dos cuidados pós-natais durante as primeiras 24 horas após o parto (WHO, 2022).

Durante o internamento, a puérpera é apoiada e instruída para o autocuidado e cuidados inerentes ao recém-nascido, com a transmissão de informação que permita o desenvolvimento das competências parentais.

O puerpério é um período detentor de inúmeras informações novas, que contribuem para os conhecimentos maternos à alta hospitalar, através de um processo contínuo de promoção de

práticas saudáveis, prevenção da doença e gestão de problemas após o parto. A assistência de enfermagem especializada em SMO, à puérpera/RN e família, tem como objetivo manter e promover a saúde e o bem-estar da díade desde o nascimento, ao promover um ambiente que ofereça ajuda e apoio às mulheres, aos pais, aos prestadores de cuidados e às famílias (WHO, 2022). Desta forma, é fundamental a promoção da literacia em saúde, pela compreensão do seu conceito e aplicabilidade nas decisões futuras sobre os cuidados de saúde da própria puérpera e dos seus dependentes.

A Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde define a literacia em saúde como “a capacidade de influenciar, envolver, formar e apoiar os indivíduos, organizações, comunidades, profissionais em saúde...nos respetivos contextos e ao longo do ciclo de vida, a melhorarem as suas competências para o acesso, compreensão, avaliação e uso dos recursos em saúde...que promovem e melhoram os resultados em saúde e do bem-estar” (Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde, 2022).

A literacia em saúde é descrita como um instrumento de promoção da saúde, assente em quatro competências essenciais: aceder, compreender, avaliar e aplicar. A Organização Mundial da Saúde descreve a literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a promover e a manter a sua saúde (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2023).

A definição de literacia em saúde tem vindo a evoluir, com a introdução das competências sociais e pessoais da pessoa, que influenciam e determinam a capacidade para decidir sobre a sua saúde (Pedro et al., 2016). Assim, a literacia em saúde foca-se no desenvolvimento de competências destinadas a capacitar as pessoas para um maior controlo sobre a sua saúde, perante os fatores que a influenciam, nomeadamente os determinantes pessoais, sociais e ambientais em saúde. A literacia em saúde, quando entendida como um recurso, é essencial ser desenvolvida, pois permite um maior empoderamento na tomada de decisão dos cidadãos (Nutbeam, 2008 cit por Sampaio et al., 2023).

Além das competências descritas é essencial que haja motivação, conhecimento e contextos facilitadores, para que a população possa tomar decisões conscientes e informadas sobre o acesso aos cuidados de saúde (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2023).

Níveis baixo de literacia em saúde representam um efeito negativo nos conhecimentos sobre saúde, comportamentos preventivos, capacidade de procura e acesso aos sistemas de saúde, e, conseqüentemente na capacidade das mulheres para cuidar dos seus filhos (Khorasani et al., 2018).

Na área da saúde materna e obstétrica, a literacia em saúde compreende a capacidade da mulher, no seu papel de mãe, em aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação sobre a saúde da própria e do bebé, no que respeita ao autocuidado e cuidar do mesmo (Phommachanh et al., 2021).

A literacia em saúde materna é um conceito, que deriva da literacia em saúde, como sendo as “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade das mulheres no acesso, compreensão e utilização da informação de forma a promover e manter a sua saúde e a dos seus filhos” (Renkert & Nutbeam, 2001 cit por Cheng et al., 2023), através da promoção da saúde, prevenção da doença e complicações, e assumindo uma tomada de decisão informada e consciente na procura dos cuidados de saúde (Khajeei et al., 2022).

A promoção da literacia em saúde materna tem início na preconcepção e ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, priorizando-se no período do pós-parto, em que a mulher vive um processo de transição para a maternidade, em contexto real, através do ensino-aprendizagem dos conhecimentos e competências inerentes ao papel de mãe.

O puerpério é um período crítico e difícil para a mulher, pelas inúmeras alterações subjacentes, quer físicas, quer emocionais, quer pela adaptação e transição para a parentalidade (Leitão, 2016). A vulnerabilidade que a mulher sente durante o puerpério, aliada a um período de inúmeras incertezas, traduzem na própria, algumas dificuldades quanto aos cuidados no pós-parto.

De forma geral, níveis de Literacia em Saúde inadequados levam a um maior número de internamento, a uma utilização mais frequente de serviços de urgência e, também, a uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, e conseqüentemente a uma menor qualidade de vida (Espanha, 2016). A baixa literacia em saúde materna representa um dado preocupante, uma vez que prejudicam a capacidade das mulheres em receber cuidados adequados e tomar decisões informadas relativamente à sua saúde e aos cuidados inerentes ao pós-parto (Jiregna et al., 2024; Phommachanh et al., 2021, Wagner et al., 2020).

A promoção da literacia em saúde materna, nas componentes da educação, da comunicação e da transmissão da informação no puerpério é essencial para capacitar a mulher no seu papel de mãe e nos cuidados inerentes ao pós-parto (Wagner et al., 2020; Cheng et al., 2023), uma vez que influencia a motivação, a compreensão e a aplicação da informação transmitida no que respeita à manutenção e preservação da saúde da díade (Jiregna et al., 2024).

2.1 Impacto do contexto sociodemográfico e obstétrico na perceção de conhecimentos da puérpera na alta hospitalar

A mulher recebe informação sobre os cuidados materno-infantis de diferentes profissionais de saúde e instituições (Phommachanh et al., 2021), desde a preconceção até ao pós-parto. Cada fase do ciclo gravídico-puerperal é detentora de oportunidades de educação para a saúde, que fortalecem a capacidade da mulher quanto às suas competências parentais.

O estado de saúde de uma mulher e o seu nível de conhecimentos sobre saúde durante as fases de preconceção, gravidez e pós-parto afetam diretamente a sua capacidade de atuar perante o seu autocuidado e cuidados de quem dela depende. A educação pré-natal é essencial para promover o estado de saúde da sua família, contribuindo para uma melhor literacia em saúde materna (Khorasani et al., 2018).

A perceção de conhecimentos da puérpera, na alta hospitalar, é influenciada por diversos fatores como as características sociodemográficas da mulher (idade, habilitações literárias, nível socioeconómico, entre outros), mas também inerentes à vigilância da gravidez, à experiência do parto e/ou os cuidados prestado no pós-parto (Phommachanh et al., 2021). Além desses, existem fatores que interferem na compreensão da informação transmitida pelo profissional de saúde e que, conseqüentemente condicionam a literacia em saúde, como os fatores culturais, os conhecimentos sobre a saúde pré-existentes, as competências de comunicação, o contexto da situação e o próprio ambiente em que a informação é transmitida (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2022).

A evidência científica tem demonstrado que estes fatores, essencialmente o tipo de parto e os cuidados no pós-parto, também podem ser influenciados pelo nível de literacia em saúde materna (Cheng et al., 2023), o que demonstra haver uma relação direta entre as variáveis.

O contexto obstétrico, no que respeita aos antecedentes obstétricos e/ou complicações do pós-parto são fatores representativos nos níveis de literacia da mulher (Yee et al., 2021).

A literacia em saúde tem um grande impacto na saúde pública, e essencialmente na saúde materna, quanto à procura de informação a aplicar nos conhecimentos e comportamentos sobre a saúde (Sabetghadam et al., 2023). A frequência de um programa de preparação para o parto e parentalidade, quanto aos ensinamentos realizados, influenciam nos conhecimentos adquiridos pela mulher (Khorasani et al., 2018). A saúde mental da mulher é também um fator determinante no desenvolvimento dos conhecimentos e competências parentais.

Durante o ciclo gravídico-puerperal a mulher é confrontada com inúmeras oportunidades de aprendizagem, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, e, por conseguinte, promover o bem-estar materno e o fetal (Portugal, Regulamento n.º 391/2019).

A vigilância da gravidez adequada confirma um acompanhamento adequado dos cuidados pré-natais, em que a mulher foi alvo de um processo de aprendizagem sobre a vivência saudável da gravidez, preparação para o parto fisiológico e adaptação à parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A autodeterminação da mulher é influenciada pelo acompanhamento ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, em que a promoção da participação ativa nas decisões, nos diferentes contextos do ciclo de vida, torna-a mais confiante e capacitada no acesso à informação clínica e usufruto da mesma para a promoção do bem-estar materno-infantil (Cardoso et al., 2023).

Na educação pré-natal incluem-se os programas de preparação para o parto e parentalidade, onde são abordados inúmeros temas e preocupações referidas pela mulher/casal sobre a gravidez, parto, pós-parto e parentalidade (Direção Geral da Saúde, 2015).

Estes programas constituem-se em iniciativas de intervenção de base comunitária, junto da mulher-grávida/casal, com o objetivo principal de promover uma vivência mais informada e gratificante de todo o ciclo gravídico-puerperal. Representam uma estratégia em saúde, desde a gravidez, parto, pós-parto e transição para a parentalidade, em que diversos temas são abordados e ensinados de forma sequencial (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2020).

A preparação para o parto e parentalidade é um recurso fundamental para transmitir informação fidedigna e recente, baseada em evidência científica, de forma a empoderar a mulher/casal para a tomada de decisão responsável e segura (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2020).

Devem ser ministrados pelo EEESMO, que “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” (Portugal, Regulamento n.º 391/2019, p. 13562), como o profissional responsável, detentor de competências na área de saúde materna e obstétrica, através de intervenções autónomas no âmbito destes programas. Além disso, o EEESMO fortalece o desenvolvimento de competências na mulher/casal, ao envolver a participação do pai/pessoa significativa, desde a preconceção até à transição para a parentalidade (Direção Geral da Saúde, 2015).

Os programas de preparação para o parto são programas de saúde, em que o EEESMO promove o envolvimento da mulher-grávida e do convivente significativo na descoberta das suas competências para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade. “A preparação para o parto fornece às mulheres o conhecimento, as habilidades e as atitudes para que se sintam preparadas, no sentido do desenvolvimento da mestria e *empowerment* para fazerem escolhas informadas sobre as opções mais saudáveis” (Cardoso et al., 2023, p. 14).

Além disso, a preparação para o parto contribui para a obtenção dos melhores níveis de saúde da mulher, do feto/recém-nascido e do convivente significativo, bem como de experiências positivas com os serviços de saúde, através da otimização dos processos corporais, promoção de uma atitude proativa pela mulher quanto à sua experiência de parto e expectativas. O EEESMO intervém apenas quando estritamente necessário, de forma a detetar precocemente complicações (Cardoso et al., 2023).

A principal missão do EEESMO, no que respeita à preparação para o parto, é promover o empoderamento e a autoconfiança da mulher, de modo que se sinta capaz de viver uma experiência de trabalho de parto e parto positiva, e consequentemente um pós-parto mais harmonioso e saudável (Cardoso et al., 2023; WHO, 2018).

Durante as sessões do programa de preparação para o parto, um dos temas que poderá ser abordado e trabalhado, é o Plano de Parto. O plano de parto é uma ferramenta que reflete os desejos e preferências da mulher/casal em relação ao modo como gostariam que decorresse o trabalho de parto, parto e nascimento do bebé. Também traduz a compreensão dos possíveis percursos clínicos face a um processo corporal fisiológico (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2020), em que a mulher define o planeamento do parto, em conformidade com as suas preferências, valores, crenças e desejos de natureza individual (Cardoso et al., 2023).

O Plano de Parto é descrito como um “texto personalizado, elaborado voluntariamente pela grávida ou, sempre que possível, pelo casal, em que são expressas vontades e preferências relativamente ao tipo de envolvimento pessoal e à assistência clínica durante o trabalho de parto e o nascimento” (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2020, p. 12). Contudo, este pode ser escrito ou não, pois pode apenas ser imagens ilustrativas, a descrição oral à equipa multidisciplinar, sobre as expectativas em relação ao TP e parto e/ou pequenas frases que descrevam momentos específicos que são importantes para o casal.

Durante a gravidez é essencial a construção do plano de parto, pois influencia positivamente no processo de parto e nos desfechos materno-fetais (Hidalgo-Lopezosa et al., 2017; Ahmadpour et al., 2020; López-Gimeno et al., 2021, cit por Cardoso et al., 2023),

O EEESMO apoia a mulher no que respeita à projeção da suas expectativas e preferências, quanto ao trabalho de parto, parto e pós-parto. Este auxílio no ensino sobre o que é o Plano de Parto e os benefícios da sua elaboração, representa um dos cuidados especializados da ESMO, em que o enfermeiro ajuda a ponderar, expressar e/ou documentar o plano de parto (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2020; Cardoso et al., 2023).

Desta forma, é possível promover a literacia em saúde reprodutiva e sexual, bem como a literacia em saúde materna, no autocuidado da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, e no cuidar do recém-nascido.

2.2 Papel do EEESMO na promoção da literacia em saúde materna na alta hospitalar

Durante o internamento no período pós-parto, a mulher confronta-se com o seu papel de mãe e torna-se o principal foco de atenção dos cuidados do EEESMO, assim como o recém-nascido (Cerejeira et al., 2022).

O EEESMO desenvolve um plano de cuidados de forma a identificar e, posteriormente, satisfazer as necessidades da díade, nos diversos contextos. Durante o internamento hospitalar, a preparação do regresso ao domicílio é essencial, com o objetivo principal de facilitar a adaptação ao puerpério e contribuir para a saúde da mulher e do recém-nascido.

No período puerperal, o EEESMO contribui para uma transição para a parentalidade, de forma segura e positiva, aliada ao processo de vinculação e dinâmica familiar; facilita o processo de recuperação do organismo da mulher, ensinando sobre as técnicas

de recuperação pós-parto; contribui para a satisfação das necessidades da puérpera/ recém-nascido e família, ao identificar e instruir sobre fatores de risco e problemas psicológicos e/ou alterações emocionais, bem como complicações do pós-parto e/ou patologia concomitante, apoia o processo de aleitamento materno, ao identificar problemas e auxiliar na gestão das dificuldades; ensina sobre fármacos e medidas farmacológicas no controlo da dor e prevenção da infeção puerperal; ensina sobre a contraceção no pós-parto e planeamento familiar; ensina sobre o crescimento e desenvolvimento normal do recém-nascido e competências, bem como sobre as possíveis alterações de saúde; ensina e auxilia sobre os cuidados ao recém-nascido, para uma promoção da saúde e prevenção da doença, incluindo rastreios e imunização (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O período de internamento é relativamente curto e exigente, em que a mulher atravessa um processo de transição e adaptação à maternidade. De forma a facilitar esta transição, o EEESMO procura estabelecer uma relação de empatia e confiança, centrando-se na prevenção de complicações, promoção da autonomia da mulher no autocuidado e no cuidado ao seu bebé (Santos & Baptista, 2016). O EEESMO planeia os cuidados, de forma a apoiar, informar, orientar e ensinar a puérpera sobre os cuidados ao recém-nascido e o seu autocuidado (Portugal, Regulamento n.º 391/2019) e assim garantir a qualidade de vida materna, e consequentemente, do recém-nascido, que depende dos cuidados da mãe. O EEESMO desempenha um papel em facilitar este processo de transição, através da orientação nos conhecimentos, capacidades, autoeficácia, significados e consciencialização do que muda e fica diferente (Cerejeira et al., 2022).

No pós-parto, a mulher vive uma nova condição de saúde e de reformulação de si no contexto social, e por isso o EEESMO diagnostica as necessidades dos cuidados e planeia intervenções apropriadas, para a promoção do autocuidado, quanto à saúde sexual e ginecológica e do autocontrolo e da mestria, quanto ao desenvolvimento das competências parentais. O EEESMO procura centrar-se no desenvolvimento destas competências, ao promover o envolvimento e motivação da mulher (Cerejeira et al., 2022).

Os cuidados especializados e individualizados dos EEESMO, no período pós-natal, representam uma componente essencial da promoção da saúde e do bem-estar geral de todas as mães e bebés. Representam uma prioridade dos cuidados especializados na área de Saúde Materna e Obstétrica, assumindo um objetivo universal presente em várias iniciativas, estratégias, diretrizes e recomendações nacionais e mundiais no domínio da saúde (Cheng et

al., 2023; Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2019; WHO, 2022; Aune et al., 2018).

Os conhecimentos da puérpera são influenciados pela qualidade da informação transmitida. Os ensinamentos e práticas realizadas no pós-parto devem centrar-se na evidência científica atualizada, garantindo a qualidade e a uniformidade da informação sobre os cuidados materno-infantil (Santos & Baptista, 2016).

A promoção da saúde no puerpério, não abrange apenas o desenvolvimento das competências parentais, mas também a promoção da saúde mental da mulher. As perturbações mentais, como depressão e a ansiedade, existem durante a transição para a parentalidade (Wong et al., 2016 cit por Sampaio et al., 2023).

Os cuidados prestados pelos EEESMO visam a promoção da saúde física e mental, de forma a capacitar a mulher para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar. A mulher vive um processo de transição exigente, com necessidade de uma readaptação emocional, funcional e social às novas condições de saúde e incorporação a um novo papel (Cerejeira et al., 2022)

O EEESMO assegura a continuidade dos cuidados, facilitando este processo de transição. Durante o internamento hospitalar prepara a mulher para o regresso a casa de acordo com as necessidades identificadas e os recursos pré-existent (Cerejeira et al., 2022) e procuram desenvolver cuidados abrangentes, físicos, psíquicos e sociais (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2006).

A puérpera ao apresentar um nível de conhecimentos percecionados elevados, em saúde materna, reflete a sua capacidade em identificar fatores de risco, adotar estilos de vida e comportamentos saudáveis, identificar situações de desvio da normalidade e atuar em conformidade. Consequentemente, a qualidade de vida da mulher melhora, face à sua capacidade da gestão familiar, quanto aos cuidados e competências parentais, ao decidir de forma consciente quanto à adoção de comportamentos promotores da saúde para a díade.

3. Metodologia

O estudo desenvolvido procura dar resposta à problemática a investigar, através da concretização dos objetivos delineados. Foi essencial realizar uma pesquisa bibliográfica, tendo por base a evidência científica mais recente, para assim ser possível correlacionar os diferentes fatores que tenham impacto nos conhecimentos maternos na alta hospitalar.

Neste capítulo, pretendemos descrever o processo metodológico envolvente no planeamento do estudo realizado, nomeadamente apresentar as questões de investigação, os objetivos, o tipo de estudo, os critérios de seleção da amostra, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos realizados na recolha e tratamento dos dados.

3.1 Métodos

Pela vulnerabilidade e incerteza vivida no internamento do puerpério, aquando da alta hospitalar, a puérpera está sujeita a uma avalanche de informações sobre o seu autocuidado e os cuidados ao recém-nascido. É responsabilidade do EEESMO garantir a transmissão da informação de forma seriada, ao longo do internamento, e garantir a sua compreensão e consolidação no dia da alta, para a promoção da literacia em saúde, quanto à promoção da saúde na díade, a prevenção da doença e/ou complicações e também para a capacitação da mulher no seu papel de mãe.

Desta forma emergem as seguintes questões de investigação:

- ✓ Qual o nível de conhecimento percecionado pela puérpera na alta hospitalar?
- ✓ As variáveis sociodemográficas influenciam os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar?
- ✓ As variáveis do contexto obstétrico influenciam os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar?

3.2 Objetivos

Os objetivos delineados para o estudo procuram dar resposta às questões de investigação. Foram definidos os seguintes objetivos:

- ✓ Identificar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar;

- ✓ Analisar o impacto das variáveis sociodemográficas e obstétricas nos conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar.

3.3 Tipo de estudo

Desenvolvemos um estudo analítico, descritivo-correlacional, transversal com metodologia quantitativa.

Para compreender a relação entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas com os conhecimentos maternos percebidos na alta hospitalar, planeámos o seguinte fluxograma.

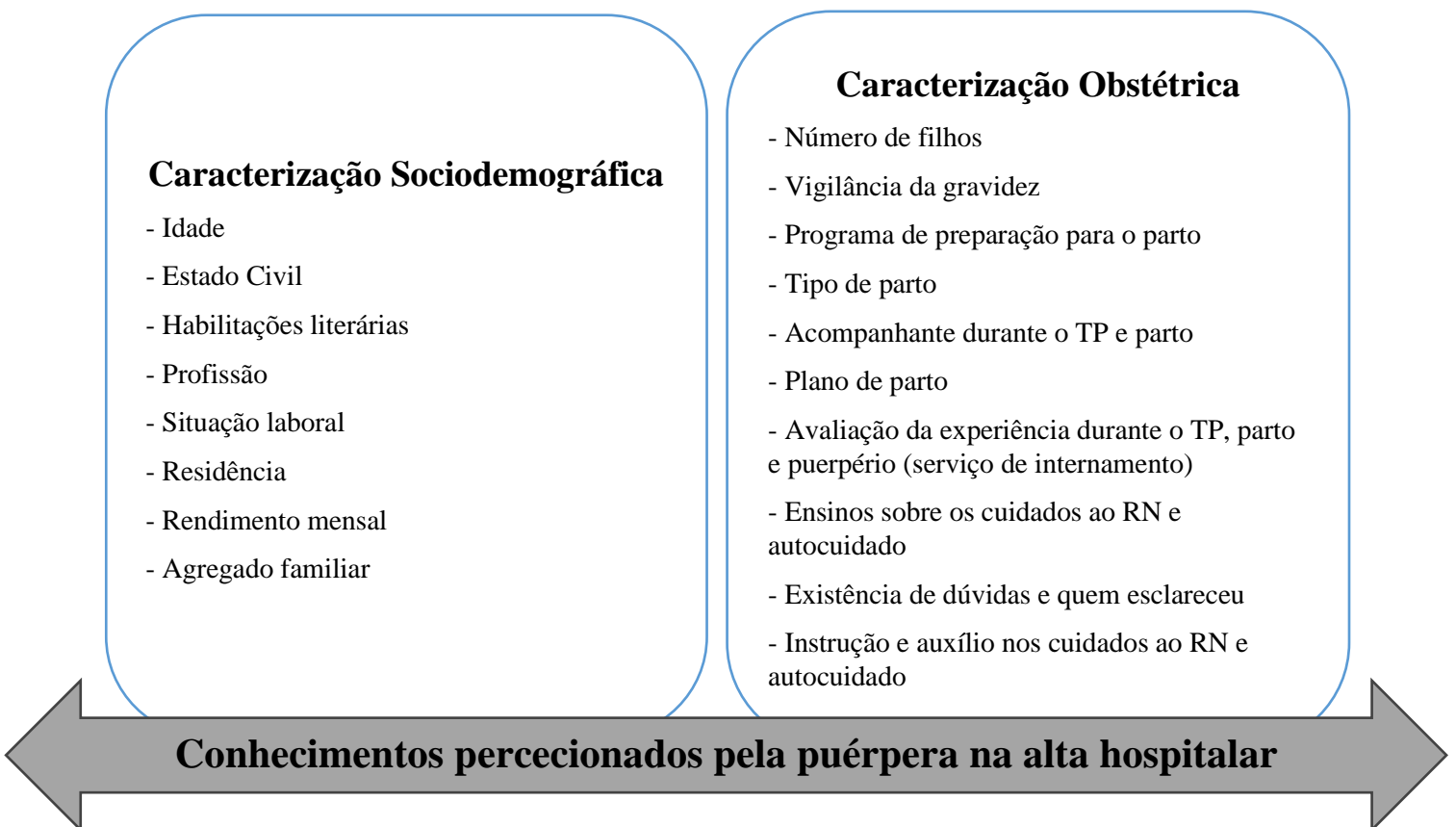


Figura 1 – Representação esquemática da relação entre as variáveis

Neste estudo foram consideradas as seguintes variáveis referentes à puérpera com alta hospitalar:

Variável dependente: Conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar

Variáveis independentes:

- **Sociodemográficas:** idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação laboral, residência, rendimento mensal e o número do agregado familiar.
- **Contexto Obstétrico:** número de filhos, vigilância da gravidez, programa de preparação para o parto, tipo de parto, acompanhante durante o TP e parto, plano de parto, avaliação da experiência durante o TP, parto e pós-parto, ensinamentos do autocuidados e cuidados ao RN, existência de dúvidas e quem as esclareceu, instrução e auxílio nos cuidados ao RN e autocuidado.

3.4 Participantes

A amostragem é do tipo não probabilística, intencional por conveniência. Obtivemos 228 questionários preenchidos, tendo sido eliminados 18 por se encontrarem incompletos. Desta forma, a amostra final é composta por um n de 210 puérperas, internadas num Serviço de Obstetrícia de um Hospital da região centro de Portugal Continental, local onde decorreu a recolha de dados para a investigação, no período compreendido entre 23 de outubro de 2023 e 27 de fevereiro de 2024.

As participantes foram selecionadas através dos seguintes critérios de inclusão: puérperas internadas no serviço de Obstetrícia do CHTV, que tenham alta hospitalar; puérperas primíparas ou múltiparas, que estiveram em alojamento conjunto com o recém-nascido e puérperas que compreendam bem a língua portuguesa, saibam ler e escrever e que tenham aceitado participar no estudo.

3.5 Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados é um questionário composto por três partes (Anexo I). A primeira parte permite caracterizar a amostra nas dimensões sociodemográficas, a segunda

parte determina a caracterização obstétrica e a terceira parte integra a Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar (ECPAH) (Feliciano & Nelas, 2022).

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica é constituída por oito perguntas que permitem caracterizar a puérpera quanto à idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação laboral, residência, rendimento mensal e constituição do agregado familiar.

Parte II – Caracterização Obstétrica

A caracterização obstétrica engloba treze perguntas sobre a história obstétrica da puérpera. É composta por questões sobre o nº de filhos, a vigilância da gravidez e qual o profissional de saúde que vigiou a gravidez, se frequentou um programa de preparação para o parto e que temas/ensinos foram abordados, o tipo de parto, se teve acompanhamento durante o trabalho de parto, se elaborou um Plano de Parto e se este foi respeitado, quando escrito ou tendo em conta as expectativas discutidas com a equipa multidisciplinar, na admissão à sala de partos, a classificação da experiência de trabalho de parto, parto e pós-parto, que ensinamentos foram transmitidos durante o internamento do puerpério, se teve dúvidas e quem as esclareceu e ainda questões sobre se durante o internamento a/o enfermeiro auxiliou nos cuidados ao bebé e se promoveu o autocuidado da puérpera.

Parte III – Escala

De forma a cumprir os pressupostos éticos e legais para a utilização da escala mencionada no instrumento de colheita de dados, foi pedida a autorização para utilização das mesmas, aos respetivos autores (Anexo IV).

Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar

A Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar (ECPPAH) foi elaborada por Feliciano & Nelas, em 2022, após perceção da inexistência de uma ferramenta que permitisse a avaliação de conhecimentos percecionados pelas puérperas na alta hospitalar. Esta escala é do tipo *Likert* e apresenta três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: 3 pontos – com conhecimento; 2 pontos – com dúvidas; 1 ponto – sem conhecimento. É constituída por quarenta itens, com quatro dimensões: cuidados ao bebé, autocuidado da puérpera, informações gerais e alimentação do bebé, que mencionam temas do pós-parto, aquando da alta hospitalar, no que respeita aos conhecimentos percecionados pelas puérperas (Feliciano & Nelas, 2022).

Esta escala foi operacionalizada em três grupos, e do resultado obtido adotar-se-á a seguinte classificação, quanto aos níveis de conhecimento percecionados pelas puérperas: Conhecimentos percecionados fracos < 53 , Conhecimentos percecionados moderados ≥ 53 $M < 61$ e Conhecimentos percecionados elevados ≥ 61 (Feliciano & Nelas, 2022). Apresenta um Alfa de *Cronbach* de 0.938, o que se traduz numa consistência interna Muito Boa (Feliciano & Nelas, 2022).

Através dos estudos de fiabilidade é possível determinar e caracterizar a consistência interna de uma escala. A consistência interna de uma escala define-se como a proporção da variabilidade nas respostas dos diferentes inquiridos, pelas diversas interpretações e opiniões dos mesmos. A determinação do coeficiente Alfa de *Cronbach* (α) é uma das medidas mais utilizada para avaliar a consistência interna de um grupo de variáveis, definindo-se como a correlação que se obtém entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com o mesmo numero de itens, que avaliam a mesma característica (Pestana & Gageiro, 2014).

O coeficiente Alfa de *Cronbach* varia entre 0 e 1, considerando os valores de referência: > 0.9 muito boa; $0.8 - 0.9$ boa; $0.7 - 0.8$ média; $0.6 - 0.7$ razoável; $0.5 - 0.6$ má e < 0.5 inaceitável (Marôco, 2021).

O valor de Alfa de *Cronbach* obtido, para a globalidade da ECPPAH, foi de 0,966, o que representa uma consistência interna Muito Boa, para o instrumento de colheita de dados. Cada fator da escala apresentou valores de Alfa de *Cronbach* entre 0.767 e 0,907, o que traduz uma consistência interna razoável a muito boa (cf. tabela 7).

Tabela 7 - Consistência Interna da Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar (ECPPAH)

Itens	Média	Dp	r/ítem total	α sem ítem	α global
F1 - Cuidados ao bebé					0,907
24. Crescimento e desenvolvimento do bebé	2,70	0,610	0,759	0,889	
29. Características das dejeções do bebé	2,60	0,650	0,594	0,908	
33. Importância da vigilância da saúde infantil	2,79	0,530	0,768	0,889	
34. Importância do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação	2,79	0,551	0,736	0,892	
36. Transporte seguro do bebé no automóvel	2,82	0,491	0,630	0,903	
37. Cuidados com a roupa do bebé	2,68	0,678	0,795	0,885	
39. Vinculação aos membros da família (irmãos, avós)	2,64	0,714	0,811	0,883	
F2 - Autocuidado da puérpera					0,874
2. Início da atividade sexual	2,60	0,701	0,631	0,861	
4. Prática de atividade física	2,50	0,766	0,763	0,837	
5. Alimentação equilibrada	2,63	0,694	0,744	0,84	
6. Importância do sono e repouso	2,70	0,619	0,735	0,843	
9. Como os familiares/amigos podem ajudar nas atividades de vida diárias	2,64	0,692	0,650	0,857	
10. Importância da consulta de revisão pós-parto.	2,78	0,535	0,553	0,872	
F3 - Informações Gerais					0,902
8. Direitos sociais	2,24	0,797	0,611	0,940	
21. Importância de expressar os seus sentimentos	2,58	0,743	0,861	0,843	
22. Importância de esclarecimento de dúvidas	2,68	0,647	0,833	0,859	
23. Importância de promover a sua saúde mental	2,61	0,705	0,855	0,847	
F4 - Alimentação do bebé					0,767
17. Técnica de esvaziamento mamário	2,52	0,658	0,538	0,729	
18. Extração e conservação do leite materno	2,34	0,768	0,693	0,642	
19. Preparação do biberon	2,33	0,820	0,535	0,731	
20. Existência do Cantinho da Amamentação/Linha de Apoio à Amamentação	2,33	0,819	0,523	0,737	
Alfa de Cronbach global da ECPPAH					0,966

3.6 Procedimentos

Para a recolha de dados, os pressupostos éticos e legais foram cumpridos, através do pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do CHTV (Anexo II). A Comissão de Ética para a Saúde do CHTV deferiu o pedido, a 29 de setembro de 2023 (Anexo III).

A participação das puérperas foi voluntária, através da entrega de um documento de consentimento livre e informado (Anexo I), junto do instrumento de recolha de dados, que contemplava o enquadramento e objetivos do estudo, assim como indicava a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade dos dados. Para o preenchimento dos questionários foi realizada uma explicação sucinta sobre a temática e os objetivos do estudo, assim como foi assegurado às participantes a confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato.

3.6.1. Procedimento estatístico

Posteriormente à recolha de dados, efetuou-se uma análise inicial de todos os questionários, de forma a enumerá-los e a eliminar aqueles que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos.

O tratamento estatístico dos dados, através da análise descritiva e inferencial, foi realizado no programa IBM - *Statiscal Package Social Science* (SPSS), versão 28.0 para o *Windows*. Através da estatística descritiva foi possível calcular frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central ou localização como a média (M), medidas de variabilidade ou dispersão como o coeficiente de variação (CV%) e desvio padrão (Dp) e as medidas de forma: assimetria e achatamento, tendo em conta as características das variáveis em estudo.

As medidas de tendência central procuram caracterizar o valor da variável em estudo que ocorre com mais frequência. As medidas de dispersão determinam a dispersão das observações em torno das estatísticas de tendência central ou na amostra. O coeficiente de variação permite comparar a distribuição dos dados relativamente ao valor absoluto da média (Marôco, 2021) e assume a seguinte classificação: se $CV \leq 15\%$, indica uma dispersão baixa; se $CV > 15\% \text{ e } \leq 30\%$, indica uma dispersão média; se $CV \geq 30\%$ indica uma dispersão alta (Pestana & Gageiro, 2014).

As medidas de forma (assimetria – *skewness* (SK) e achatamento – *kurtose* (K)) caracterizam a forma da distribuição dos elementos da amostra em torno da média. A medida de assimetria Skewness obtém-se através do quociente entre SK e o erro padrão (EP), em que SK/EP pode oscilar entre $-1,96$ e $+1,96$, diz-se que a distribuição é simétrica. Se SK/EP for inferior a $-1,96$, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita, perante um

valor SK/EP superior a +1,96, a distribuição é assimétrica positiva, com enviesamento à esquerda. Relativamente ao achatamento *Kurtose*, o resultado obtém-se através do quociente entre K e o erro padrão (EP), e perante um K/EP inferior a -1,96, a distribuição diz-se mais achatada do que a normal, isto é, platicúrtica, se a distribuição oscilar entre -1,96 e +1,96, diz-se mesocúrtica e se K/EP for superior a +1,96, diz-se que a distribuição está menos achatada do que a normal, isto é, leptocúrtica (Pestana & Gageiro, 2014).

Relativamente à estatística inferencial, a análise dos dados realizou-se através dos testes não paramétricos, após testar a Normalidade, através do Teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) (Marôco, 2021). Os testes não paramétricos não exigem que a distribuição da variável em estudo seja normal, e são utilizados na presença de variáveis qualitativas ou para variáveis quantitativas, em alternativa aos testes paramétricos, quando os pressupostos não se confirmam (Marôco, 2021), o que se verificou neste estudo de investigação.

Os testes não paramétricos utilizados foram:

- **Teste de Qui-Quadrado (χ^2)**, que avalia se duas ou mais populações independentes divergem relativamente a uma determinada característica, isto é, determinar se existe relação entre duas variáveis qualitativas (Pestana & Gageiro, 2014; Marôco, 2021). O teste de Qui-Quadrado avalia se a distribuição dos N elementos da amostra global pelas classes da variável são independentes das amostras ou grupos (Marôco, 2021). Este teste não paramétrico exige o cumprimento dos seguintes pressupostos:
 - As frequências esperadas em cada classe devem ser superiores a 5 unidades sempre que o número total de observações é $n \leq 20$;
 - Se $n > 20$ não deverá existir mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5, nem deverá existir nenhuma célula com frequência esperada inferior a 1.

Quando as condições anteriores não se verificam, recorremos ao **Teste Exato de Fisher**. Este é um teste não paramétrico exato que compara duas ou mais amostras independentes de pequena dimensão quanto a uma variável qualitativa cujas frequências absolutas das classes estão agrupadas em tabelas de contingência (Marôco, 2021).

- Teste de *Kruskal-Wallis* (KW) – comparar a distribuição de duas ou mais variáveis de nível pelo menos ordinal em duas ou mais amostras independentes (Marôco, 2021);

- Teste *U de Mann Whitney (UMW)* - comparar médias e ordenação de médias, respetivamente, de uma variável quantitativa em dois grupos de indivíduos diferentes (Pestana & Gageiro, 2014).

Para estudar a fiabilidade das escalas, utilizou-se as medidas de consistência interna, através da determinação do coeficiente Alfa de *Cronbach* (α).

As questões foram testadas com uma probabilidade de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5% ($p=0,05$). O nível de significância permite garantir a existência de relação entre as variáveis, considerando-se uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Para a análise estatística utilizamos os seguintes valores de significância:

$p < 0,05$ - diferença estatística significativa

$p < 0,01$ - diferença estatística bastante significativa

$p < 0,001$ diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0,05$ – diferença estatística não significativa

3.6.2. Operacionalização das variáveis

Quanto às variáveis sociodemográficas e obstétricas, houve necessidade de realizar a operacionalização de algumas, para facilitar a análise dos dados e consequentemente, facilitar a interpretação estatística.

Variáveis sociodemográficas

Idade – no instrumento de colheita de dados, esta variável foi avaliada por resposta aberta. Posteriormente foi recodificada tendo em conta a idade reprodutiva da mulher (18-35 anos), em dois grupos etários, ≤ 34 anos e ≥ 35 anos.

Estado Civil – esta variável apresentava uma questão fechada com duas opções de escolha: casada/união de facto e solteira/divorciada/separada/viúva.

Habilitações Literárias – no instrumento de colheita de dados, esta variável tinha 8 hipóteses de resposta. Foi recodificada em três grupos: ensino básico, que inclui o 2º ciclo (5º-6º ano) e 3º ciclo (7º-9º ano) do ensino básico; ensino secundário, que inclui o ensino secundário

(10-12º ano) e o curso de especialização tecnológica e o ensino superior, que inclui licenciatura, mestrado e doutoramento. A resposta “Outro” não foi incluída em nenhuma das opções, uma vez que nenhuma puérpera respondeu essa opção.

Profissão – esta variável foi avaliada por resposta aberta. Inicialmente codificámos a variável segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (2010) da responsabilidade do Instituto Nacional de Estatística (Portugal, Instituto Nacional de Estatística [Portugal, INE], 2011). Pela diversidade de profissões foi necessário reagrupá-las em três grupos: profissões intelectuais, profissões técnicas e profissões não qualificadas.

No grupo das profissões intelectuais incluímos as Profissões das Forças Armadas (contudo esta profissão não foi resposta por parte de nenhuma puérpera), Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos e Especialistas das atividades intelectuais e científicas; no grupo das profissões técnicas incluímos Técnicos e profissões de nível intermédio, Pessoal administrativo, Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta, Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices e Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem. Por fim, no grupo das profissões não qualificadas incluímos os Trabalhadores não qualificados, estudantes e puérperas que não estejam ativas profissionalmente e que não tenham uma profissão reconhecida.

Situação Laboral – esta variável foi avaliada em cinco opções de resposta, no questionário. Foi recodificada em dois grupos: ativa e não ativa profissionalmente. No primeiro grupo incluímos as opções empregada a tempo inteiro e empregada a tempo parcial; no grupo não ativa profissionalmente, incluímos as opções desempregada, em formação e outro.

Residência – operacionalizámos esta variável em dois grupos: meio rural e meio urbano, correspondendo este último a vila e a cidade.

Rendimento mensal – no instrumento de recolha de dados, esta variável foi avaliada através de uma questão fechada tendo por base os seguintes grupos: $\leq 500\text{€}$, 501-1000€, 1001-1500€ e $\geq 1501\text{€}$.

Agregado Familiar – o número de pessoas do agregado familiar foi avaliado numa resposta fechada com cinco opções de escolha: 2 pessoas, 3 pessoas, 4 pessoas, 5 pessoas ou > 5 pessoas.

Variáveis Obstétricas

Número de filhos – avaliada por uma questão aberta e codificada em quatro grupos: 1 filho, 2 filhos, 3 filhos e ≥ 4 filhos.

Número de consultas – A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) recomenda que a assistência pré-natal se concretize em 14 consultas, podendo ser presencial ou teleconsulta. Dessas 14 consultas, 10 são centradas na gravidez e adaptação à gravidez (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Posto isto, esta variável foi codificada em dois grupos: < 14 consultas e ≥ 14 consultas.

Número de sessões do programa de preparação para o parto – esta variável foi avaliada através de uma resposta aberta e, posteriormente, codificada em cinco grupos, tendo presente a realização de uma sessão/semana em função da idade gestacional com que iniciou a preparação para o parto, isto é, ≤ 4 sessões (início as 36 semanas de gestação), ≤ 8 sessões, ≤ 12 sessões, ≤ 16 sessões e > 16 sessões.

Tipo de parto – variável avaliada em resposta fechada com duas opções de escolha: eutócico (normal) e distócico (ventosa, fórceps ou cesariana).

Apoio prestado pelo acompanhante durante o trabalho de parto e parto – variável avaliada em resposta fechada com duas opções de escolha, em que poderiam assinalar ambas; desta forma a variável foi codificada em três grupos: apoio físico, apoio emocional e ambos.

Classificação das experiências – esta variável pretendia que as puérperas avaliassem a experiência do trabalho de parto, do parto e do pós-parto (enfermaria), tendo quatro opções de escolha: muito boa, boa, razoável ou má.

Existência de dúvidas – a questão “Durante o internamento, teve dúvidas?” foi avaliada por uma questão fechada com duas opções de resposta: Não ou Sim. No caso de as puérperas responderem que Sim, seguia-se a questão, qual o profissional de saúde que esclareceu as dúvidas, podendo escolher entre: enfermeiro, médico ou ambos.

4. Resultados

Neste capítulo estão descritos os resultados obtidos com a investigação, segundo os objetivos da mesma, através da descrição, análise e interpretação dos dados recolhidos. A apresentação dos resultados é feita através de tabelas, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo e precedidas da respetiva análise. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

4.1 Análise descritiva

A apresentação dos resultados surge de forma sistemática em tabelas, acompanhados pelas análises correspondentes.

Caracterização sociodemográfica das puérperas

A amostra é constituída por 210 puérperas, em que as estatísticas relativas à idade indicam uma idade mínima e uma idade máxima a oscilarem entre 18 e 49 anos, com uma média de 31,27 anos ($\pm 5,528$ anos), sendo a dispersão média em torno da média. Os valores de assimetria e curtose demonstram uma distribuição simétrica e mesocúrtica. O resultado de K-S demonstra que a distribuição da variável não é normal (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Estatísticas relativas à idade das puérperas

Idade	N	Min	Máx	M	Dp	CV%	SK/erro	K/erro	K-S
Total	210	18	49	31,27	5,528	17,67	1,285	0,332	0,048

A variável idade foi operacionalizada em dois grupos etários: ≤ 34 anos e ≥ 35 anos. As puérperas apresentam um perfil sociodemográfico que indica que a maioria pertence ao grupo etário com idade ≤ 34 anos (74,3%), casada ou a viver em união de facto (78,1%), em que a constituição do agregado familiar varia entre 3 e 4 pessoas, respetivamente (41,0% e 35,2%), a residir em meio urbano (57,6%). Possuem uma formação académico correspondente ao ensino superior (49,0%), profissionalmente ativas (98,1%), em que a profissão que exercem, insere-se nas profissões técnicas (47,1%). A maioria das mulheres auferem um rendimento mensal entre os 501€ e 1000€ (52,9%) (cf. tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização sociodemográfica das puérperas

Variáveis	Total	
	N (210)	% (100)
Grupo etário		
≤ 34 anos	156	74,3
≥ 35 anos	54	25,7
Estado Civil		
Casada/União de facto	164	78,1
Solteira/Divorciada/Separada/Viúva	46	21,9
Habilitações Literárias		
Ensino Básico	25	11,9
Ensino Secundário	82	39,0
Ensino Superior	103	49,0
Profissão		
Profissões intelectuais	80	38,1
Profissões técnicas	99	47,1
Profissões não qualificadas	31	14,8
Situação Laboral		
Ativa	206	98,1
Não ativa	4	1,90
Residência		
Meio rural	89	42,4
Meio urbano	121	57,6
Rendimento Mensal		
≤ 500€	23	11,0
Entre 501 e 1000€	111	52,9
Entre 1001 e 1500	56	26,7
≥ 1501 €	20	9,50
Agregado familiar		
2 pessoas	30	14,3
3 pessoas	89	41,0
4 pessoas	74	35,2
5 pessoas	14	6,70
> 5 pessoas	6	2,90

A caracterização sociodemográfica das participantes foi também realizada em função do grupo etário. Quanto ao estado civil, em função do grupo etário, o Teste Qui-Quadrado não revela significância estatística ($\chi^2=3,398$, $p=0,065$), entre os dois grupos (cf. tabela 10).

Relativamente às habilitações literárias, verificámos que existe diferenças estatísticas bastante significativas ($\chi^2=13,374$, $p<0,001$), que se situam nas puérperas que possuem o ensino

secundário com idade ≤ 34 anos e nas puérperas com o ensino superior com idade ≥ 35 anos, o que é comprovado pelos valores residuais (2,6 vs 3,6, respetivamente) (cf. tabela 10).

No que diz respeito à variável da profissão e após a sua operacionalização ficámos com três grupos, conforme presentes na tabela 11. Em função do grupo etário, o teste Qui-Quadrado revela significância estatística ($\chi^2=14,952$, $p=0,001$): as puérperas com idade ≥ 35 anos, executam uma profissão intelectual, as puérperas com idade ≤ 34 anos, uma profissão técnica e as puérperas com idade ≤ 34 anos executam uma atividade profissional inserida no grupo das profissões não qualificadas (cf. tabela 10).

Em relação à situação laboral, 98,1% das puérperas está ativa profissionalmente, quer a tempo inteiro ou parcial, não havendo diferenças estatísticas significativas em função do grupo etário ($\chi^2=1,412$, $p=0,235$). Comprovámos pelo teste Exato de Fisher, uma vez que não são cumpridos os pressupostos do teste Qui-Quadrado (cf. tabela 10).

Comparando o local de residência com o grupo etário, mantém-se o predomínio pelo meio urbano, com 40,0% das puérperas com idade ≤ 34 anos e 17,6% com idade ≥ 35 anos, não existindo significância estatística ($\chi^2=3,536$; $p=0,060$) (cf. tabela 10).

Quando inquiridas sobre a sua situação financeira, verificámos a existência de diferenças estatísticas bastante significativas entre os grupos ($\chi^2= 20,292$, $p=0,001$), situando-se as mesmas entre as puérperas com idade ≤ 34 anos com rendimento mensal $\leq 500\text{€}$ e entre 500 e 1000€ e nas puérperas com idade ≥ 35 anos com rendimento mensal entre 1001 e 1500€ e $\geq 1501\text{€}$. Estas diferenças são compradas através dos valores dos resíduos ajustados, conforme a tabela 10.

Através do teste Exato de Fisher ($\chi^2=5,284$; $p=0,242$) apurámos que não existem diferenças estatísticas significativas entre o número que constitui o agregado familiar e o grupo etário (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do grupo etário

Grupo etário	≤ 34 anos		≥ 35 anos		Total		Residuais		x ²	P
	N	%	N	%	N	%	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
Variáveis	156	74,3	54	25,7	210	100				
Estado Civil										
Casada/União de facto	117	55,7	47	22,4	164	78,1	-1,8	1,8	3,398	0,065
Solteira/Divorciada/Viúva	39	18,6	7	3,3	46	21,9	1,8	-1,8		
Habilitações Literárias										
Ensino Básico	22	10,5	3	1,4	25	11,9	1,7	-1,7	13,374	0,001
Ensino Secundário	69	32,9	13	6,2	82	39,0	2,6	-2,6		
Ensino Superior	65	31,0	38	18,1	103	49,0	-3,6	3,6		
Profissão										
Profissões intelectuais	48	22,9	32	15,2	80	38,1	-3,7	3,7	14,925	<0,001
Profissões técnicas	80	38,1	19	9,0	99	47,1	2	-2		
Profissões não qualificadas	28	13,3	3	1,4	31	14,8	2,2	-2,2		
Situação Laboral										
Ativa	152	72,4	54	25,7	206	98,1	-1,2	1,2	1,412	0,574*
Não ativa	4	1,9	0	0	4	1,9	1,2	-1,2		
Residência										
Meio rural	72	34,3	17	8,1	89	42,4	1,9	-1,9	3,536	0,060
Meio urbano	84	40,0	37	17,6	121	57,6	-1,9	1,9		
Rendimento Mensal										
≤ 500€	21	10,0	2	1,0	23	11	2	-2	20,292	<0,001
Entre 501€ e 1000€	92	43,8	19	9,0	111	52,9	3	-3		
Entre 1001€ e 1500€	32	15,2	24	11,4	56	26,7	-3,4	3,4		
≥ 1501€	11	5,2	9	4,3	20	9,5	-2,1	2,1		
Agregado familiar										
2 pessoas	26	12,4	4	1,9	30	14,3	1,7	-1,7	5,284	0,242*
3 pessoas	64	30,5	22	10,5	86	41	0	0		
4 pessoas	54	25,7	20	9,5	74	35,2	-0,3	0,3		
5 pessoas	9	4,3	5	2,4	14	6,7	-0,9	0,9		
> 5 pessoas	3	1,4	3	1,4	6	2,9	-1,4	1,4		

*Teste Exato de Fisher

Caracterização obstétrica

Quanto à caracterização obstétrica das puérperas em estudo, analisámos as variáveis de forma sistemática em tabelas, acompanhados pelas análises correspondentes.

Número de filhos

Quando inquiridas sobre a existência de outros filhos, as percentagens foram semelhantes: 49,0% das puérperas foram mães pela primeira vez e 51,0% responderam ter outros filhos (cf. tabela 11)

Tabela 11 - Existência de outros filhos

Variáveis	Total	
	N (210)	% (100)
Tem outros filhos?		
Não	103	49,0
Sim	107	51,0

Face à resposta afirmativa à questão “Tem outros filhos?”, as puérperas responderam de forma livre. Das 107 puérperas, cerca de 36,2% referiu ter 1 filho, seguida de 23,4% com 2 filhos, 3,7% com 3 filhos e apenas 1,9% com 4 ou mais filhos (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Número de filhos

Variáveis	N (107)	% (100)
Número de filhos		
1 filho	76	36,2
2 filhos	25	23,4
3 filhos	4	3,7
4 ≥ filhos	2	1,9

O teste Qui-Quadrado revela significância estatística ($\chi^2=4.196$, $p=0.041$) entre a existência de filhos e o grupo etário, com as diferenças situadas entre as puérperas sem outros filhos e com idade ≤ 34 anos e as puérperas com outros filhos e com idade ≥ 35 anos, como comprovam os valores residuais (cf. tabela 13).

Tabela 13 – Relação entre a existência de filhos em função do grupo etário

Variáveis	Grupo etário		Total		Residuais		χ^2	p
	≤ 34 anos	≥ 35 anos	N	%	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
	156	74,3	54	25,7	210	100		
Tem outros filhos?								
Não	83	39,5	20	9,5	103	49,0	2	-2
Sim	73	34,8	34	16,2	107	51,0	-2	2
							4,196	0,041

Vigilância da gravidez

A vigilância da gravidez deve ser iniciada, o mais precocemente possível. A primeira consulta pré-natal realiza-se, preferencialmente, entre as 6 semanas e 0 dias e as 9 semanas e 6 dias de gestação (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023), isto é, antes do fim do 1º trimestre. Para ser considerada uma vigilância adequada da gravidez, além deste início precoce na assistência pré-natal, deve cumprir com um número mínimo de consultas.

Quando questionadas sobre a vigilância da gravidez, apenas 1 puérpera respondeu que “Não” (cf. tabela 14). Este resultado torna-se vago, uma vez que não questionámos sobre o início da vigilância da gravidez, para garantir que houve uma vigilância adequada.

Tabela 14 - Vigilância da gravidez

Variáveis	Total	
	N	%
	210	100
Vigiu a atual gravidez?		
Não	1	0,5
Sim	209	99,5

A assistência pré-natal das grávidas de baixo risco compreende um número de consultas necessárias para uma vigilância da gravidez adequada. Esta variável foi codificada em dois grupos, < 14 consultas e \geq 14 consultas, tendo por base o recomendado pela MCEESMO no parecer n.º 22/2023 da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A tabela 15 faz referência às estatísticas relativas ao número de consultas de vigilância e qual o profissional de saúde que vigiou a gravidez. Das 209 puérperas que responderam afirmativamente à questão anterior, 67,9% não cumpriu com o recomendado pela MCEESMO, contrapondo com 32,1% que realizou 14 ou mais consultas.

Em relação ao profissional de saúde que vigiou a gravidez, verificámos que, com valores percentuais muito semelhantes, 89,5% das puérperas escolheram o Médico(a) de família e 76,6% o Médico(a) Obstetra. Na presença de uma gravidez de baixo risco, o EEESMO é a pessoa preferencial para o acompanhamento individualizado de cada mulher/casal (Direção Geral da Saúde, 2015). Apenas 16,7% das puérperas foram acompanhadas por um EEESMO durante a gravidez (cf. tabela 15).

Tabela 15 - Número de consultas e profissional de saúde que vigiou a gravidez

Variáveis	Total		
	N	%	
Número de consultas			
< 14 consultas	142	67,9	
≥ 14 consultas	67	32,1	
Profissional de saúde que vigiou a gravidez			
Médico(a) de Família	Não	22	10,5
	Sim	187	89,5
Médico(a) Obstetra	Não	49	23,4
	Sim	160	76,6
EEESMO	Não	174	83,3
	Sim	35	16,7
Enfermeiro(a) de família	Não	170	81,3
	Sim	39	18,7

Programa de preparação para o parto

Da totalidade da amostra, 46,7% das puérperas frequentou um Programa de preparação para o parto (cf. tabela 16).

Tabela 16- Frequência de um programa de preparação para o parto

Variáveis	Total	
	N	%
Programa de preparação para o parto		
Não	112	53,3
Sim	98	46,7

No seguimento da questão anterior, as puérperas foram inquiridas quanto à idade gestacional com que iniciaram o programa de preparação para o parto, tendo oscilado entre as 28 e as 32 semanas de gestação (48% e 31,6%, respetivamente). Quanto ao número de sessões realizadas, variaram entre as 4, 8 e 12 (27,6%, 32,7% e 25,5%, respetivamente) (cf. tabela 17).

Tabela 17 - Idade gestacional e número de sessões do programa de preparação para o parto

Variáveis	N	%
Idade gestacional com que iniciou o programa de preparação para o parto		
≥ 24 semanas de gestação	12	12,2
≥ 28 semanas de gestação	47	48,0
≥ 32 semanas de gestação	31	31,6
≥ 36 semanas de gestação	8	8,2
Número de sessões do programa de preparação para o parto		
≤ 4 sessões	27	27,6
≤ 8 sessões	32	32,7
≤ 12 sessões	25	25,5
≤ 16 sessões	9	9,2
> 16 sessões	5	5,1

Em relação aos ensinamentos realizados nas sessões do Programa de preparação para o parto, as puérperas foram inquiridas sobre os cuidados de higiene e medidas de segurança e conforto do bebê, amamentação, importância dos laços afetivos, vigilância da saúde na gravidez, promoção e vigilância da Saúde Infantil e sobre a Recuperação pós-parto (cf. tabela 18).

Das puérperas que afirmaram ter frequentado um programa de preparação para o parto, 89,8% recebeu ensinamentos sobre o banho, 85,7% sobre o coto umbilical e 83,7% sobre cuidados aos olhos, ouvidos e nariz. Respostivamente às medidas de segurança e conforto, os valores percentuais assemelham-se aos anteriores, prevalecendo as respostas afirmativas dos ensinamentos prestados, com destaque na preparação do enxoval e da casa, com 84,7% das puérperas que responderam “sim” (cf. tabela 18).

Dos ensinamentos realizados sobre a Amamentação, 93,9% das puérperas afirmou ter sido informada sobre as vantagens e dificuldades. Quanto à importância dos laços afetivos, os valores percentuais variaram entre 79,6% (Mãe-Filho), 75,5 (Mãe-Pai-Filho) e 73,5% (Pai-Filho) (cf. tabela 18).

Em relação à vigilância da saúde durante a gravidez e dos ensinamentos realizados, a suplementação apenas representou 69,4% das respostas. Na promoção e vigilância da Saúde Infantil, os ensinamentos realizados foram os que apresentaram valores percentuais mais baixos, em comparação com os restantes, conforme destacado na tabela 19. No que respeita, a recuperação pós-parto, 79,6% das puérperas responderam afirmativamente aos sinais de alarme Físicos e Psicológicos, seguido do Autocuidado com 78,6%. Os exercícios de recuperação pós-parto foi dos ensinamentos com valores percentuais mais baixos (74,5%) cf. tabela 18).

Tabela 18 - Ensinos realizados no programa de preparação para o parto

Ensinos realizados no programa de preparação para o parto	Não		Sim	
	n	%	n	%
Cuidados de higiene ao bebê				
Banho	10	10,2	88	89,8
Coto umbilical	14	14,3	84	85,7
Olhos, ouvidos e nariz	16	16,3	82	83,7
Medidas de segurança e conforto				
Sono	21	21,4	77	78,6
Choro	20	20,4	78	79,6
Transporte	25	25,5	73	74,5
Preparação do enxoval e da casa	15	15,3	83	84,7
Amamentação				
Vantagens	6	6,1	92	93,9
Dificuldades	6	6,1	92	93,9
Importância dos laços afetivos				
Mãe-filho	20	20,4	78	79,6
Pai-filho	26	26,5	72	73,5
Mãe-Pai-filho	24	24,5	74	75,5
Vigilância da saúde durante a gravidez				
Consultas	20	20,4	78	79,6
Exames	23	23,5	75	76,5
Suplementação	30	30,6	68	69,4
Vacinação	25	25,5	73	74,5
Promoção e Vigilância da Saúde Infantil				
Programa Nacional de Saúde Infantil	37	37,8	61	62,2
Programa Nacional de Vacinação	33	33,7	65	66,3
Rastreio das doenças genéticas e metabólicas	40	40,8	58	59,2
Recuperação pós-parto				
Autocuidado	21	21,4	77	78,6
Alterações fisiológicas e desconfortos	22	22,4	76	77,6
Sinais de alarme Físicos	20	20,4	78	79,6
Sinais de alarme Psicológicos	20	20,4	78	79,6
Exercícios de recuperação pós-parto	25	25,5	73	74,5
Consulta de revisão do puerpério	23	23,5	75	76,5

Tipo de parto e acompanhante

De acordo com os dados da tabela 20, 51,0% da totalidade das puérperas foi submetida a parto eutócico e 49,0 % a parto distócico (ventosa ou fórceps ou cesariana). Na mesma tabela, verificámos que 81,9% das puérperas respondeu que teve acompanhamento por uma pessoa significativa durante o TP e parto, e 18,1% não teve (cf. tabela 19).

Tabela 19 - Tipo de parto e Acompanhante durante o TP e parto

Variáveis	Total	
	N	%
	210	100
Tipo de parto		
Eutócico	107	51,0
Distócico (ventosa, forceps ou cesariana)	103	49,0
Acompanhante durante o TP e parto		
Não	38	18,1
Sim	172	81,9

Quanto ao apoio prestado pelo acompanhante, as puérperas poderiam responder entre o apoio Físico (no alívio da dor: deambulação, massagem), apoio Emocional (escuta, tolerância, atenção, compreensão, empatia) ou ambos. Maioritariamente das puérperas (172) responderam ter recebido apoio físico e emocional (48,8%), 43% respondeu ter recebido apoio Emocional e apenas 8,1% recebeu apoio Físico do acompanhante (cf. tabela 20).

Tabela 20 - Apoio prestado pelo acompanhante

Variáveis	N	%
	172	100
Apoio prestado pelo acompanhante		
Físico	14	8,1
Emocional	74	43,0
Físico e Emocional	84	48,8

Plano de Parto

As puérperas foram inquiridas quanto à elaboração de um plano de parto (escrito), Conforme os resultados obtidos na tabela 22, apenas 23,8% da totalidade da amostra respondeu que “Sim”. Contudo o plano de partos não se baseia apenas num documento escrito, podendo

ser discutido com a equipa multidisciplinar no momento dos acontecimentos do TP, Parto e Pós-parto quanto às preferências e expectativas em relação aos mesmos. Posto isto, foi questionado às puérperas se o Plano de parto e/ou o que verbalizou quanto às expectativas foi respeitado. 87,6% respondeu que sim e 12,4% respondeu não ter sido respeitada (cf. tabela 21).

Tabela 21 - Plano de Parto

Variáveis	Total	
	N	%
	210	100
Plano de Parto (escrito)		
Não	160	76,2
Sim	50	23,8
O Plano de parto e/ou o que verbalizou quanto às expectativas foi respeitado		
Não	26	12,4
Sim	184	87,6

Experiência do trabalho de parto, parto e pós-parto

Foi solicitado às puérperas que classificassem a sua experiência em relação ao trabalho de parto, parto e pós-parto (enfermaria). Quanto ao trabalho de parto, 42,9% classificou de “Boa”, 27,6% de “Muito Boa”, 22,9% de “Razoável” e 6,7% de “Má”. Em relação à experiência do parto, constatou-se que 41,9% das puérperas classificou de “Boa”, 25,7% como “Muito Boa”, 23,8% “Razoável” e 8,6% como “Má”. Por último, em relação à experiência do Pós-Parto, durante o internamento na enfermaria, as puérperas responderam “Boa” em 47,6%, “Muito Boa” em 38,1%, “Razoável” em 12,4% e “Má” em 1,9%. Desta forma, verificámos que a classificação “Boa”, foi a que apresentou valores percentuais mais elevados (cf. tabela 22).

Tabela 22 - Classificação da experiência de TP, parto e pós-parto (enfermaria)

Variáveis	Total		
		N	%
Classificação da experiência			
Trabalho de Parto	Muito Boa	58	27,6
	Boa	90	42,9
	Razoável	48	22,9
	Má	14	6,7
Parto	Muito Boa	54	25,7
	Boa	88	41,9
	Razoável	50	23,8
	Má	18	8,6
Pós-parto (enfermaria)	Muito Boa	80	38,1
	Boa	100	47,6
	Razoável	26	12,4
	Má	4	1,9

Internamento do puerpério

Durante o internamento no Serviço de Puerpério, os(as) enfermeiros(as) são agentes promotores de educação para a parentalidade, facilitando este processo. As puérperas foram inquiridas sobre as informações fornecidas no internamento durante o pós-parto, sobre temas relativas à recuperação e adaptação ao pós-parto, aleitamento materno e cuidados ao recém-nascido. Mais de 2/3 da amostra respondeu ter recebido informações sobre Alterações fisiológicas e desconfortos pós-parto (86,7%), Aspectos psicológicos e sinais de alarme (70,5%) e Autocuidado no pós-parto (87,6%) (cf. tabela 23).

Em relação às Adaptações da mulher/casal ao pós-parto, cerca de 56,2% das puérperas respondeu não ter recebido informações sobre os Direitos sociais/legislação de apoio à parentalidade. Dos restantes tópicos, mais de metade das puérperas obteve ensinamentos sobre. Quanto à temática Recuperação pós-parto, 56,2% das puérperas recebeu informação sobre exercício físico, 71,4% sobre sono e repouso e 69% sobre alimentação saudável e equilibrada. Em relação ao aleitamento materno, os valores percentuais destacaram-se quanto à afirmação das informações recebidas (cf. tabela 23).

Quanto aos cuidados de higiene do bebé, conforto e segurança, destacar que 98,6% respondeu afirmativamente às informações recebidas sobre o Banho, 98,1% sobre os cuidados ao coto umbilical e 90% sobre a troca da fralda (cf. tabela 23).

Na Promoção e Vigilância da Saúde Infantil, apenas 68,1% das puérperas recebeu informações sobre o Desenvolvimento sensoriomotor do bebé, seguido da Frequência das consultas, com 70,0% das respostas afirmativas (cf. tabela 23).

Tabela 23 - Informações fornecidas no internamento do puerpério

Informações fornecidas no internamento do puerpério	Não		Sim	
	n 210	% 100	n 210	% 100
Alterações fisiológicas e desconfortos pós-parto	28	13,3	182	86,7
Aspetos psicológicos e sinais de alarme	62	29,5	148	70,5
Autocuidado no pós-parto	26	12,4	184	87,6
Adaptações da mulher/casal ao pós-parto				
Planeamento familiar	86	41,0	124	59,0
Sexualidade	87	41,4	123	58,6
Adaptação ao novo elemento da família	86	41,0	124	59,0
Direitos sociais/legislação de apoio à parentalidade	118	56,2	92	43,8
Consulta da revisão do puerpério	52	24,8	158	75,2
Recuperação pós-parto				
Exercício físico	92	43,8	118	56,2
Reabilitação do períneo (ex. exercício de kegel)	87	41,4	123	58,6
Alimentação saudável e equilibrada	65	31,0	145	69,0
Sono e repouso	60	28,6	150	71,4
Lazer	91	43,3	119	56,7
Aleitamento materno				
Vantagens	17	8,1	193	91,9
Extração e conservação do leite materno	63	30,0	147	70,0
Prevenção e tratamento de complicações	42	20,0	168	80,0
Cuidados de higiene do bebé, conforto e segurança				
Banho	3	1,4	207	98,6
Cuidados com o coto umbilical	4	1,9	206	98,1
Troca da fralda	21	10,0	189	90,0
Choro e estratégias de consolo	52	24,8	158	75,2
Sono	44	21,0	166	79,0
Prevenção de acidentes	56	26,7	154	73,3
Alimentação	35	16,7	175	83,3
Comportamentos de risco	56	26,7	154	73,3
Promoção e Vigilância da Saúde Infantil				
Frequência das consultas	63	30,0	147	70,0
Vacinação	25	11,9	185	88,1
Rastreio das doenças genéticas e metabólicas	25	11,9	185	88,1
Desenvolvimento sensoriomotor do bebé	67	31,9	143	68,1
Transporte do bebé em Sistema de Retenção	29	13,8	181	86,2

Esclarecimento de dúvidas

Quando questionadas sobre a existência de dúvidas durante o internamento, 67,1% das puérperas respondeu que “Sim” e 32,9% respondeu “Não” (cf. tabela 24).

Tabela 24 - Existência de dúvidas durante o internamento

Variáveis	Total	
	N	%
	210	100
Teve dúvidas?		
Não	69	32,9
Sim	141	67,1

De forma a esclarecer as dúvidas existentes, as puérperas em estudo recorreram em primeira linha ao enfermeiro e ao médico (55,3%), seguindo-se ao Enfermeiro (43,3%) e em último ao médico (1,2%) (cf. tabela 25).

Tabela 25 - Profissional de Saúde que ajudou no esclarecimento das dúvidas

Dúvidas esclarecidas por	n	%
	(141)	(100)
Enfermeiro(a)	61	43,3
Médico(a)	2	1,4
Ambos	78	55,3

Promoção e auxílio nos cuidados ao recém-nascido

Durante o internamento, o auxílio prestado pelos enfermeiros nos cuidados ao bebé verificou-se em todas as participantes do estudo (cf. Tabela 26). O auxílio nos cuidados ao bebé, em relação à amamentação (Sinais de boa pega e posição para amamentar) foi a que apresentou a frequência percentual mais elevada (94,3%), seguindo-se a higiene do bebé (93,8%) e, posteriormente, os cuidados ao coto umbilical (87,6%).

O choro (47,1%), as Cólicas (45,7%) e as medidas de conforto (45,7%), como o colo e a massagem, foram os cuidados menos auxiliados pelos enfermeiros durante o internamento no pós-parto (cf. tabela 26).

Tabela 26 - Auxílio dos enfermeiros nos cuidados ao bebê

	Não		Sim	
	n	%	n	%
Auxílio nos cuidados ao bebê				
Amamentação (sinais de boa pega, posição para amamentar)	12	5,7	198	94,3
Higiene do bebê	13	6,2	197	93,8
Cuidados ao coto umbilical	26	12,4	184	87,6
Muda da fralda (características das dejeções e micções)	78	37,1	132	62,9
Pele (coloração)	99	47,1	111	52,9
Segurança do bebê	85	40,5	125	59,5
Choro	99	47,1	111	52,9
Cólicas	96	45,7	114	54,3
Medidas de conforto (colo, massagem)	96	45,7	114	54,3
Sinais de alarme no bebê	87	41,4	123	58,6

Promoção do autocuidado

Durante o internamento, a promoção do autocuidado prestado pelos enfermeiros foi alvo de questão às puérperas em estudo. 93,8% respondeu ter recebido apoio na promoção do autocuidado, representando uma percentagem significativa e importante (cf. tabela 27).

Tabela 27 - Promoção do autocuidado

	Total	
	N	%
	210	100
Promoção do autocuidado		
Não	13	6,2
Sim	197	93,8

Na promoção do autocuidado, a amamentação (vantagens e gestão de dificuldades) foi a que apresentou a frequência percentual mais elevada (88,8%), seguindo-se os cuidados de higiene da região genital, e posteriormente, as estratégias de alívio da dor (66,0%). As alterações emocionais no pós-parto dos cuidados menos promovidos pelos enfermeiros durante o pós-parto (cf. tabela 28).

Tabela 28 - Cuidados prestados pelos enfermeiros na promoção do autocuidado

Promoção do autocuidado	Não		Sim	
	n	%	n	%
Amamentação (vantagens e gestão das dificuldades)	22	11,2	175	88,8
Cuidados de higiene da região genital	33	16,8	164	83,2
Prevenção da infecção puerperal	82	41,6	115	58,4
Eliminação vesical e intestinal	96	48,7	101	51,3
Alimentação	97	49,5	99	50,5
Estratégias de alívio da dor	67	34,0	130	66,0
Alterações emocionais no pós-parto	120	60,9	77	39,1
Recuperação e bem-estar	93	47,2	104	52,8

Caracterização dos conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar

Ao estudarmos, de forma global, a Escala de Conhecimentos Percebidos pela Puérpera na Alta Hospitalar, verificámos que os valores oscilaram entre 40 e 120, com uma média de 105,92 (+/- 16,690) e um coeficiente de dispersão de 15,76%, o que indica uma dispersão média em torno da média. Os valores de assimetria e curtose demonstram uma distribuição assimétrica negativa, com enviesamento à direita e leptocúrtica. O resultado de K-S demonstra que a distribuição da variável não é normal (cf. Tabela 29).

Tabela 29 - Estatísticas relativas ao valor global da ECPPAH e suas dimensões

	N	Min	Máx	M	Dp	CV%	SK/erro	K/erro	K-S
Cuidados ao bebé	210	7	21	19,02	3,410	17,93	-12,226	10,658	< 0,001
Autocuidado da puérpera	210	6	18	15,85	3,157	19,92	-9,167	4,179	< 0,001
Informações gerais	210	4	12	10,11	2,549	25,21	-8,292	2,135	< 0,001
Alimentação do bebé	210	4	12	9,52	2,360	27,79	-3,905	-1,323	< 0,001
Valor global	210	40	120	105,92	16,690	15,76	-10,19	8,860	< 0,001

O score global da ECPPAH foi operacionalizado em três classes, adotando-se a seguinte classificação: conhecimentos percebidos fracos < 53, conhecimentos percebidos moderados $\geq 53 > M > 61$ e conhecimentos percebidos elevados ≥ 61 (Feliciano & Nelas, 2022). Concluimos que 97,1% da totalidade da amostra apresenta conhecimentos percebidos

elevados, sendo secundado pelo fraco e moderado com os seguintes valores percentuais, 2,4% e 0,5%, respetivamente (cf. Tabela 30).

Tabela 30 - Estatísticas relativas aos conhecimentos percecionados pelas puérperas na alta hospitalar, pelo score global da ECPPAH

Conhecimentos percecionados das puérperas	Total	
	N	%
Fracos	5	2,4
Moderados	1	0,5
Elevados	204	97,1

4.2 Análise inferencial

Após a caracterização das variáveis em estudo, realizámos a análise inferencial dos dados obtidos, com o objetivo de responder às questões de investigação formuladas.

Qual o nível de conhecimento percecionado pela puérpera na alta hospitalar?

De forma a dar resposta à primeira questão de investigação, avaliámos os níveis da perceção dos conhecimentos maternos em função do grupo etário. De acordo com os resultados da tabela 31, 72,4% das puérperas com idade ≤ 34 anos possuem níveis de perceção dos conhecimentos elevados, secundados por níveis de perceção dos conhecimentos fracos com 1,9%. Das puérperas com idade ≥ 35 anos, 24,8% apresentam conhecimentos percecionados elevados, seguidos dos conhecimentos percecionados moderados e fracos com os mesmos valores percentuais (0,5% vs 0,5%).

Pelo teste Exato de Fisher ($x^2=2,617$; $p=0,339$) verificámos que não existem diferenças estatísticas significativas entre os níveis de conhecimentos percecionados e o grupo etário, comprovado pelos resíduos ajustados (cf. tabela 31).

Tabela 31 - Nível do conhecimento percebido pelas puérperas em função do grupo etário

Grupo etário	≤ 34 anos		≥ 35 anos		Total		Residuais		x ²	p
	N	%	N	%	N	%	≤ 34 anos	≥ 35 anos		
Variáveis	156	74,3	54	25,7	210	100				
Perceção dos conhecimentos										
Fracos	4	1,9	1	0,5	5	2,4	0,3	-0,3	2,617	0,339*
Moderados	0	0	1	0,5	1	0,5	-1,7	1,7		
Elevados	152	72,4	52	24,8	204	97,1	0,4	-0,4		

*Teste Exato de Fisher

As variáveis sociodemográficas influenciam os conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar?

De forma a estudar a relação entre o grupo etário e os conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar, em função das dimensões e índice geral, recorremos ao teste U Mann-Whitney. Verificámos pelos resultados obtidos que as mulheres mais jovens (idade ≤ 34 anos) apresentaram ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões e índice global da escala, pelo que apresentam melhores conhecimentos percebidos. As diferenças são estatisticamente significativas, isto é, o grupo etário influencia os conhecimentos percebidos, pelo que validamos a relação entre ambos ($p < 0,05$) (cf. tabela 32).

Tabela 32 - Teste U Mann-Whitney entre o grupo etário e os conhecimentos percebidos pela puérpera

Grupo etário	≤ 34 anos	≥ 35 anos	UMW	p
	OM	OM		
Dimensões da ECPPAH				
Cuidados ao bebé	111,6	87,87	3260,000	0,007
Autocuidado da puérpera	112,76	84,52	3079,000	0,002
Informações gerais	110,95	89,77	3362,500	0,021
Alimentação do bebé	110,80	90,19	3385,500	0,028
Total ECPPAH	111,66	87,70	3251,000	0,012

Através dos resultados obtidos pelo teste U Mann-Whitney, verificámos que as puérperas Solteira/Divorciada/Separada/Víúva, são as que apresentam ordenações médias mais altas em todas as dimensões e índice global nos conhecimentos percebidos. As diferenças não são estatisticamente significativas (cf. tabela 32), pelo que se rejeita a relação entre as variáveis ($p > 0,05$) (cf. tabela 33).

Tabela 33 - Teste U Mann-Whitney entre o estado civil e os conhecimentos percecionados pela puérpera

Estado civil	Casada/União de facto	Solteira/Divorciada/ Separada/Viúva	UMW	p
	OM	OM		
Dimensões da ECPPAH				
Cuidados ao bebé	102,59	115,86	3295,500	0,151
Autocuidado da puérpera	102,03	117,86	3203,500	0,095
Informações gerais	103,07	114,17	3373,000	0,250
Alimentação do bebé	103,71	111,88	3478,500	0,409
Total ECPPAH	102,14	117,49	3220,500	0,128

De forma a compreender a relação entre as habilitações literárias e os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, recorreremos ao teste de Kruskal-Wallis. As puérperas que possuem o ensino básico, são as que apresentam ordenações médias mais elevadas, em todas as dimensões e índice global dos conhecimentos percecionados, secundados pelas puérperas com o ensino secundário e por último o ensino superior. Verificámos que existe diferenças estatísticas significativas na dimensão “Cuidados ao bebé” ($p < 0,05$), diferenças estatísticas bastante significativas na dimensão “Alimentação do bebé” ($p < 0,01$) e diferenças estatísticas altamente significativas na dimensão “Informações gerais” e índice global da Escala ($p < 0,001$), o que comprova que as habilitações literárias influenciam os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, nestes domínios (cf. tabela 34).

Tabela 34 - Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e os conhecimentos percecionados pela puérpera

Habilitações Literárias	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	x ²	p
	OM	OM	OM		
Dimensões da ECPPAH					
Cuidados ao bebé	124,28	113,73	94,39	8,820	0,012
Autocuidado da puérpera	117,58	113,21	96,43	5,278	0,071
Informações gerais	135,42	117,44	88,73	18,796	<0,001
Alimentação do bebé	127,98	114,99	92,49	10,646	0,005
Total ECPPAH	132,82	115,77	90,69	13,637	0,001

Na presença de diferenças estatísticas significativas realizámos o teste Post-Hoc – Tukey para localizar as diferenças entre os pares de grupos. Constatámos que as diferenças se encontram em todas as dimensões e índice geral, entre as puérperas que possuem o ensino

superior e aquelas que possuem o ensino secundário e o ensino básico, exceto na dimensão “Autocuidado da puérpera” (cf. tabela 35).

Tabela 35 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e os conhecimentos percecionados

Pares	Ensino Superior/Ensino Secundário	Ensino Superior/Ensino Básico	Ensino Secundário/Ensino Básico
	p	p	p
Dimensões da ECPPAH			
Cuidados ao bebé	0,018	0,016	0,405
Autocuidado da puérpera	-	-	-
Informações gerais	<0,001	<0,001	0,174
Alimentação do bebé	0,010	0,007	0,338
Total ECPPAH	0,005	0,002	0,217

Em relação à profissão exercida pelas puérperas, verificámos que aquelas com atividade profissional inserida nas profissões não qualificadas exprimem ordenações médias mais elevadas nas dimensões “Cuidados ao bebé”, “Autocuidado da puérpera”, “Informações Gerais” e índice global da escala, o que nos faz constatar que é o grupo que apresenta conhecimentos percecionados mais elevados. Por outro lado, as puérperas que exerçam uma profissão técnica, apresentam melhores níveis de perceção de conhecimentos no que respeita à “Alimentação do bebé” (OM=115,63). As puérperas com atividade profissional inserida nas profissões intelectuais apresentam ordenações médias mais baixas, no que respeita aos conhecimentos percecionados na alta hospitalar (cf. tabela 36).

As diferenças estatísticas são significativas na dimensão “Alimentação do bebé” ($p < 0,05$), bastante significativas nas dimensões “Cuidados ao bebé” e índice global ($p < 0,01$) e altamente significativas nas dimensões “Autocuidado da puérpera” e “Informações gerais” ($p < 0,001$), pelo que se comprova que a profissão exercida, influencia os conhecimentos percecionados pela puérpera, na alta hospitalar.

Tabela 36 - Teste de Kruskal-Wallis entre a profissão e os conhecimentos percebidos pela puérpera

Profissão	Profissões intelectuais	Profissões técnicas	Profissões não qualificadas	x ²	p
	OM	OM	OM		
Dimensões da ECPPAH					
Cuidados ao bebé	88,98	114,18	120,40	11,778	0,003
Autocuidado da puérpera	87,38	116,36	117,58	13,201	0,001
Informações gerais	86,53	114,14	126,87	15,009	<0,001
Alimentação do bebé	91,41	115,63	109,52	7,452	0,023
Total ECPPAH	87,23	116,46	117,65	11,800	0,003

Com o objetivo de localizar as diferenças entre os pares de grupo, realizámos o Teste Post.Hoc Tukey que demonstrou que as diferenças se encontram em todas as dimensões e índice global, entre as puérperas que exerçam uma atividade profissional integrada nas profissões intelectuais e as que exercem uma atividade profissional não qualificada. O mesmo se verifica para o par Profissões intelectuais/Profissões técnicas, exceto na dimensão “Alimentação do bebé” (cf. tabela 37).

Tabela 37 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre as profissões e os conhecimentos percebidos

Pares	Profissões intelectuais/Profissões técnicas	Profissões intelectuais/Profissões não qualificadas	Profissões técnicas/Profissões não qualificadas
	p	p	p
Dimensões da ECPPAH			
Cuidados ao bebé	0,002	0,007	0,585
Autocuidado da puérpera	<0,001	0,012	0,917
Informações gerais	0,002	<0,001	0,285
Alimentação do bebé	0,149	0,007	0,617
Total ECPPAH	0,001	0,017	0,924

Através do teste U Mann-Whitney, pretendemos analisar se a situação laboral influencia os conhecimentos percebidos pela puérpera. Através da tabela 38, verificámos que as puérperas não ativas profissionalmente apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões da escala e índice geral, não existindo significâncias estatísticas, isto é, rejeitamos a relação entre as variáveis ($p > 0,05$).

Tabela 38 - Teste U Mann-Whitney entre a situação laboral e os conhecimentos percecionados pela puérpera

Situação laboral	Ativa	Não Ativa	UMW	p
	OM	OM		
Dimensões da ECPPAH				
Cuidados ao bebé	105,10	126,00	330,000	0,455
Autocuidado da puérpera	105,29	116,13	369,500	0,705
Informações gerais	104,90	136,50	288,000	0,280
Alimentação do bebé	105,03	129,50	316,000	0,414
Total ECPPAH	105,04	129,13	317,500	0,430

Quanto ao local de residência, é possível verificar que as puérperas que vivem em meio rural apresentam níveis de conhecimento percecionado elevados, em todas as dimensões e índice global da escala, pois apresentam ordenações médias mais altas (cf. tabela 39). Não existe diferenças estatísticas significativas, isto é, o local de residência não justifica os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar ($p > 0,05$).

Tabela 39 - Teste U Mann-Whitney entre o local de residência e os conhecimentos percecionados pela puérpera

Residência	Meio rural	Meio urbano	UMW	p
	OM	OM		
Dimensões da ECPPAH				
Cuidados ao bebé	112,75	100,17	4739,500	0,104
Autocuidado da puérpera	111,93	100,77	4812,000	0,159
Informações gerais	111,99	100,72	4806,500	0,163
Alimentação do bebé	112,11	100,64	4796,000	0,166
Total ECPPAH	114,52	98,86	4581,500	0,064

Observando a tabela 40, verificámos que as puérperas que auferem um rendimento mensal $\leq 500\text{€}$, apresentam melhores níveis de conhecimentos percecionados em todas as dimensões e índice geral da escala, pelas ordenações médias mais elevadas. Seguidamente seguem-se as puérperas com um rendimento mensal de 501€ e 1000€ , depois as puérperas com um rendimento mensal entre 1001€ e 1500€ e por últimas aquelas que auferem um valor $\geq 1501\text{€}$. Na dimensão “Alimentação do bebé”, as puérperas com rendimento mensal $\geq 1501\text{€}$, apresentam ordenações médias mais elevadas que as puérperas com rendimento mensal entre 1001€ e 1500€ . Verificámos que existem diferenças estatísticas significativas na dimensão “Informações gerais” ($p < 0,05$), pelo que afirmamos que o rendimento mensal influencia os conhecimentos percecionados pela puérpera nesta dimensão (cf. tabela 40).

Tabela 40 - Teste de Kruskal-Wallis entre o rendimento mensal e os conhecimentos percecionados pela puérpera

Rendimento mensal	≤ 500€	501€ e 1000€	1001€ e 1500€	≥ 1501€	x ²	p
	OM	OM	OM	OM		
Cuidados ao bebé	114,41	107,59	105,66	83,20	3,991	0,262
Autocuidado da puérpera	117,15	109,24	97,68	93,23	3,454	0,327
Informações gerais	125,17	110,74	96,72	78,38	9,238	0,026
Alimentação do bebé	119,70	109,38	94,86	97,45	3,964	0,265
Total ECPPAH	119,80	108,58	100,76	85,25	4,160	0,245

Para completar o estudo anterior, realizámos o teste Post-Hoc – Tukey para localizar as diferenças entre os pares de grupos. Verificámos que as diferenças se localizam nos pares de grupo do rendimento mensal “≥ 1501€/501-1000€”, “≥ 1501€/≤ 500€”, “1001-1500€/501-1000€” e “1001-1500€/≤ 500€”, na dimensão “Informações gerais” (cf. tabela 41).

Tabela 41 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre o rendimento mensal e os conhecimentos percecionados

Pares	≥ 1501€/1001-1500€	≥ 1501€/501-1000€	≥ 1501€/≤ 500€	1001-1500€/501-1000€	1001-1500€/≤ 500€	501-1000€/≤ 500€
	p	p	p	p	p	p
Cuidados ao bebé	-	-	-	-	-	-
Autocuidado da puérpera	-	-	-	-	-	-
Informações gerais	0,224	0,021	0,008	0,14	0,047	0,277
Alimentação do bebé	-	-	-	-	-	-
Total ECPPAH	-	-	-	-	-	-

Para determinar se o número do agregado familiar influencia os conhecimentos percecionados pela puérpera, realizamos o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados da tabela 38 mostram que as puérperas que tenham uma constituição familiar com 5 pessoas, apresentam ordenações médias mais elevadas que as restantes, em todas as dimensões e índice global da escala. Não se verificam diferenças estatísticas significativas, pelo que rejeitamos a relação entre as variáveis ($p > 0,05$) (cf. tabela 42).

Tabela 42 - Teste de Kruskal-Wallis entre o agregado familiar e os conhecimentos percecionados pela puérpera

Agregado familiar	2 pessoas	3 pessoas	4 pessoas	5 pessoas	> 5 pessoas	x²	p
Dimensões da ECPPAH	OM	OM	OM	OM	OM		
Cuidados ao bebé	91,45	97,97	114,93	128,71	113,33	8,234	0,083
Autocuidado da puérpera	98,80	103,94	106,96	120,93	107,33	1,574	0,813
Informações gerais	102,10	100,85	108,65	126,11	102,25	2,669	0,615
Alimentação do bebé	92,60	105,24	104,13	147,36	93,00	8,700	0,069
Total ECPPAH	89,95	98,56	112,91	142,46	105,00	9,455	0,051

As variáveis do contexto obstétrico influenciam os conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar?

Procurámos estudar a relação entre o número de filhos e os conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar, recorrendo ao teste de Kruskal-Wallis. Os resultados obtidos demonstram que as puérperas que tinham 2 filhos, apresentaram ordenações médias elevadas nas dimensões “Cuidados ao bebé”, “Autocuidado da puérpera”, “Informações gerais” e índice geral da escala, o que nos faz constatar que é o grupo que apresenta conhecimentos percebidos mais elevados. Por outro lado, as puérperas com 4 ou mais filhos, apresentam melhores níveis de percepção de conhecimentos no que respeita à “Alimentação do bebé” (OM=70,50). Não são identificadas diferenças estatísticas entre os grupos em qualquer uma das dimensões estudadas ($p>0,05$) (cf. tabela 43).

Tabela 43 - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de filhos e os conhecimentos percebidos pela puérpera

Número de filhos	1 filho	2 filhos	3 filhos	≥ 4 filhos	χ^2	p
	OM	OM	OM	OM		
Cuidados ao bebé	51,87	62,04	44,13	54,25	3,245	0,355
Autocuidado da puérpera	52,14	62,36	42,13	44,00	3,291	0,349
Informações gerais	51,76	64,42	34,75	47,25	5,511	0,138
Alimentação do bebé	50,24	65,40	45,88	70,50	5,598	0,133
Total ECPPAH	50,18	67,24	42,75	56,00	6,311	0,097

Em relação ao estudo das variáveis: número de consultas de vigilância da gravidez e os conhecimentos percebidos pela puérpera, realizámos o teste U Mann-Whitney. Os resultados obtidos evidenciam que as puérperas que realizaram 14 ou mais consultas, têm melhores conhecimentos percebidos na alta hospitalar, uma vez que apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões e índice global da escala, exceto na dimensão “Informações gerais”. Analisando a significância, verificámos que as variáveis não são explicativas ($p>0,05$), e por isso não se valida a relação entre elas (cf. tabela 44).

Tabela 44 - Teste U Mann-Whitney entre o número de consultas de vigilância da gravidez e os conhecimentos percebidos pela puérpera

Número de consultas	< 14	≥ 14	UMW	p
	OM	OM		
Dimensões da ECPPAH				
Cuidados ao bebê	104,07	106,97	4625	0,723
Autocuidado da puérpera	103,35	108,5	4522	0,539
Informações gerais	109,19	96,13	4162,5	0,127
Alimentação do bebê	103,16	108,9	4496	0,512
Total ECPPAH	104,57	105,9	4696,5	0,882

No que se reporta à frequência de um programa de preparação para o parto, as puérperas que **não** frequentaram um, apresentam ordenações médias mais elevadas, em comparação com as puérperas que frequentaram. Esta situação verifica-se em todas as dimensões e índice geral dos conhecimentos percebidos. Não existe diferenças estatísticas significativas, pelo que não aceitamos a relação entre as variáveis ($p > 0,05$) (cf. tabela 45).

Tabela 45 - Teste U Mann-Whitney entre a frequência de um programa de preparação para o parto e os conhecimentos percebidos pela puérpera

Programa de preparação para o parto	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Dimensões da ECPPAH				
Cuidados ao bebê	107,83	102,84	5227,000	0,515
Autocuidado da puérpera	108,17	102,44	5188,500	0,465
Informações gerais	110,36	99,95	4944,000	0,194
Alimentação do bebê	110,81	99,43	4893,500	0,166
Total ECPPAH	111,69	98,43	4795,000	0,113

Através dos dados obtidos na tabela 46, procurámos estudar a relação entre a idade gestacional de início das sessões do programa de preparação para o parto e os conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar. Para o efeito, recorremos ao teste Kruskal-Wallis que demonstra que as puérperas que iniciaram as sessões de preparação para o parto com 32 ou mais semanas de gestação, apresentam ordenações médias mais elevadas, em todas as dimensões e índice geral dos conhecimentos percebidos. Em último, apresentam-se as puérperas que iniciaram as sessões com 36 ou mais semanas de gestação. As diferenças entre

as variáveis não são estatisticamente significativas, pelo que não existe relação entre ambas (cf. tabela 46).

Tabela 46 - Teste de Kruskal-Wallis entre a idade gestacional e os conhecimentos percecionados pela puérpera

Idade Gestacional	≥ 24 semanas de gestação	≥ 28 semanas de gestação	≥ 32 semanas de gestação	≥ 36semanas de gestação	x ²	p
	OM	OM	OM	OM		
Cuidados ao bebé	49,04	45,74	58,32	38,06	5,978	0,113
Autocuidado da puérpera	48,04	46,70	55,81	43,69	2,647	0,449
Informações gerais	50,92	47,47	54,00	41,88	1,746	0,627
Alimentação do bebé	48,21	46,98	55,48	43,06	2,267	0,519
Total ECPPAH	52,29	46,51	56,05	37,50	3,721	0,293

No seguimento do estudo anterior, procurámos estudar a relação entre o número de sessões realizadas do programa de preparação para o parto e os conhecimentos percecionados. Através da tabela 47, verificámos que as ordenações médias variam entre as dimensões e índice global dos conhecimentos percecionados. Na dimensão “Cuidados ao bebé, foram as puérperas que realizaram até 16 sessões, que apresentaram melhores níveis de conhecimentos percecionados; na dimensão “Autocuidado da puérpera” e índice geral da escala, foram as puérperas que realizaram até 8 sessões e nas dimensões “Informações gerais” e “Alimentação do bebé” foram as puérperas que realizaram até 12 sessões, sendo que nesta última dimensão foi a que apresentou a ordenação média mais elevada (OM=54,56). Não existem diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$), isto é, o número de sessões do programa de preparação para o parto não influencia os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar.

Tabela 47 - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de sessões e os conhecimentos percecionados pela puérpera

Sessões Programa preparação para o parto	≤ 4	≤ 8	≤ 12	≤ 16	> 16	x ²	p
	OM	OM	OM	OM	OM		
Cuidados ao bebé	51,19	48,75	51,48	51,50	31,70	2,627	0,622
Autocuidado da puérpera	49,87	52,02	49,84	44,72	38,30	1,454	0,835
Informações gerais	49,80	51,08	51,52	50,56	25,80	4,000	0,406
Alimentação do bebé	50,26	48,64	54,56	49,61	25,40	4,615	0,329
Total ECPPAH	49,78	51,63	50,5	50,56	27,50	3,233	0,520

Os resultados da tabela 48 indicam que as puérperas cujo parto foi eutócico, apresentam ordenação médias mais elevadas, quanto à dimensão “Autocuidado da puérpera”, “Informações gerais” e índice geral em comparação com as puérperas cujo parto foi distócico, em que se verificam melhores conhecimentos percebidos nas dimensões “Cuidados ao bebê” e “Alimentação do bebê”. Contudo não se verificam diferenças estatísticas significativas, pelo que rejeitamos a relação entre as variáveis ($p>0,05$).

Tabela 48 - Teste U Mann-Whitney entre o tipo de parto e os conhecimentos percebidos pela puérpera

Tipo de Parto	Eutócico	Distócico	UMW	p
	OM	OM		
Dimensões da ECPPAH				
Cuidados ao bebê	105,30	105,71	5489,000	0,957
Autocuidado da puérpera	106,40	104,57	5414,500	0,815
Informações gerais	107,02	103,92	5348,000	0,698
Alimentação do bebê	105,11	105,91	5468,500	0,922
Total ECPPAH	107,82	103,09	5262	0,571

Procurámos estudar se a presença de uma pessoa significativa durante o TP e parto influencia os conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar. Através da tabela 49, verificámos que aquelas que não foram acompanhadas no TP e parto, obtiveram ordenações médias mais elevadas, em comparação com as que tiveram acompanhamento. Esta situação verifica-se em todas as dimensões e índice geral dos conhecimentos percebidos. As diferenças estatísticas são significativas nas dimensões “Cuidados ao bebê”, “Autocuidado da puérpera” e “Alimentação do bebê” ($p<0,05$).

Tabela 49 - Teste U Mann-Whitney entre acompanhante no TP e parto e os conhecimentos percebidos pela puérpera

Acompanhante durante o TP e parto	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Dimensões da ECPPAH				
Cuidados ao bebê	123,91	101,43	2568,5	0,024
Autocuidado da puérpera	124,01	101,41	2564,5	0,026
Informações gerais	117,21	102,91	2823	0,168
Alimentação do bebê	123,45	101,53	2586	0,039
Total ECPPAH	122,62	101,72	2617,5	0,054

Para o estudo da relação entre o apoio prestado pelo acompanhante durante o TP e parto e os conhecimentos percecionados, recorremos ao teste de Kruskal-Wallis. As puérperas que receberam apoio emocional durante o TP e parto, obtiveram ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões do conhecimento percecionado, exceto nas dimensões “Alimentação do bebé” e índice geral da escala, em que foram as puérperas que receberam apoio físico que apresentaram as ordenações médias mais elevadas (cf. tabela 50), com diferenças estatísticas significativas na dimensão “Informações gerais” ($p < 0.05$). O tipo de apoio prestado influencia os conhecimentos percecionados pela puérpera nesta dimensão.

Tabela 50 - Teste de Kruskal-Wallis entre o apoio prestado pelo acompanhante e os conhecimentos percecionados pela puérpera

Apoio prestado	Físico	Emocional	Ambos	x^2	p
	OM	OM	OM		
Dimensões da ECPPAH					
Cuidados ao bebé	91,14	92,59	80,36	2,911	0,233
Autocuidado da puérpera	88,75	91,57	81,65	1,778	0,411
Informações gerais	92,46	96,70	76,52	7,265	0,026
Alimentação do bebé	101,04	85,76	84,73	1,379	0,502
Total ECPPAH	95,89	92,47	79,68	3,161	0,206

De forma a localizar as diferenças entre os pares de grupo, realizámos o Teste Post Hoc-Tukey, que evidenciou que as diferenças estão localizadas entre as puérperas que receberam apoio físico e emocional por parte do acompanhante no TP e parto, e aquelas que apenas receberam apoio emocional, na dimensão “Informações gerais” dos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar (cf. tabela 51).

Tabela 51 - Teste Post Hoc-Tukey: localização das diferenças estatisticamente significativas entre o apoio prestado pelo acompanhante e os conhecimentos percecionados

Pares	Ambos/Físico	Ambos/Emocional	Físico/Emocional
	p	p	p
Dimensões da ECPPAH			
Cuidados ao bebé	-	-	-
Autocuidado da puérpera	-	-	-
Informações gerais	0,247	0,008	0,761
Alimentação do bebé	-	-	-
Total ECPPAH	-	-	-

As puérperas que elaboraram um plano de parto escrito, apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões e índice geral dos conhecimentos percebidos, exceto na dimensão “Alimentação do bebê”. Não existem diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$), pelo que não se valida a relação entre as variáveis (cf. tabela 52).

Tabela 52 - Teste U Mann-Whitney entre a elaboração de um plano de parto e os conhecimentos percebidos pela puérpera

Plano de Parto (escrito)	Não	Sim	UMW	p
Dimensões da ECPPAH	OM	OM		
Cuidados ao bebê	105,38	105,88	3981	0,956
Autocuidado da puérpera	105,15	106,63	3943,5	0,872
Informações gerais	103,49	111,93	3678,5	0,368
Alimentação do bebê	106,39	102,65	3857,5	0,697
Total ECPPAH	104,9	107,41	3904,5	0,798

Perante a existência de dúvidas durante o internamento no puerpério, as puérperas que responderam “Não”, apresentaram melhores níveis de conhecimentos percebidos na alta hospitalar, o que é comprovado pelo valor das ordenações médias. Existem significâncias estatísticas em todas as dimensões e índice geral dos conhecimentos percebidos, pelo que se conclui que os conhecimentos são influenciados pela existência ou não de dúvidas ($p<0,05$) (cf. tabela 53).

Tabela 53 - Teste U Mann-Whitney entre a existência de dúvidas durante o internamento e os conhecimentos percebidos pela puérpera

Dúvidas	Não	Sim	UMW	p
Dimensões da ECPPAH	OM	OM		
Cuidados ao bebê	123,99	96,45	3589,000	<0,001
Autocuidado da puérpera	116,93	99,91	4076,000	0,041
Informações gerais	127,95	94,51	3315,500	<0,001
Alimentação do bebê	125,87	95,53	3459,000	<0,001
Total ECPPAH	131,55	92,75	3067,000	<0,001

Relativamente à promoção do autocuidado da puérpera, durante o internamento hospitalar, verificámos que as puérperas em que foi promovido o autocuidado, pelos

enfermeiros, apresentaram ordenações médias mais elevadas, isto é, melhores níveis de conhecimentos percebidos. As diferenças estatísticas são significativas em todas as dimensões e índice geral ($p < 0,05$), exceto na dimensão “Alimentação do bebê”, o que se valida a relação de dependência entre as variáveis nestas dimensões (cf. tabela 54).

Tabela 54 - Teste U Mann-Whitney entre a promoção do autocuidado e os conhecimentos percebidos pela puérpera

Promoção do autocuidado	Não	Sim	UMW	p
Dimensões da ECPPAH	OM	OM		
Cuidados ao bebê	74,85	107,52	882,000	0,039
Autocuidado da puérpera	66,19	108,09	769,500	0,010
Informações gerais	68,35	107,95	797,500	0,017
Alimentação do bebê	81,77	107,07	972,000	0,136
Total ECPPAH	69,27	107,89	809,500	0,026

5. Discussão

No presente capítulo procedemos à discussão dos resultados anteriormente apresentados. Esta fase permite efetuar uma análise crítica sobre a investigação efetuada, realçar os dados mais significativos e comparar com a literatura científica existente acerca da temática em estudo. A discussão dos resultados será realizada segundo a ordem sequencial da apresentação das questões de investigação.

A discussão dos resultados realizou-se de forma mais minuciosa tendo em conta a análise descritiva e inferencial, o tipo de estudo, os objetivos e questões de investigação formuladas, comparando-os com os resultados obtidos na literatura científica recente sobre a problemática em causa.

5.1 Discussão dos resultados

De forma a concretizar a análise crítico-reflexiva deste capítulo, procurámos identificar quais as variáveis sociodemográficas e obstétricas que persuadem os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, ao evidenciar as relações existentes entre elas. Desta forma iremos dar resposta às questões de investigação levantadas e, conseqüentemente, à problemática em estudo.

Qual o nível de conhecimento percecionado pela puérpera na alta hospitalar?

Quando falamos em conhecimento, este dirige-nos de imediato para os níveis de literacia em saúde. Neste estudo, ao avaliarmos os conhecimentos percecionados pela puérpera, procurámos estudar os níveis de conhecimento percecionado pela puérpera à alta hospitalar, no que se refere ao autocuidado e cuidados ao recém-nascido.

A literacia em saúde materna refere-se à capacidade das mães para obter, interpretar, avaliar e aplicar informações sobre a saúde da mulher e da criança, que contribuem para a redução da mortalidade materno-infantil (Jiregna et al., 2024; Cheng et al., 2023). A literacia em saúde materna baseia-se nos conhecimentos e competências das mulheres, para a tomada de decisão fundamentada, quanto à procura e acesso aos cuidados e comportamentos de saúde, que sejam promotores de cuidados ao recém-nascido e autocuidado, seguros, saudáveis e facilitadores para uma transição para a parentalidade positiva.

A amostra deste estudo é composta por 210 puérperas, em que apurámos que 97,1% da totalidade da amostra apresenta conhecimentos percecionados elevados, sendo secundado pelo fraco e moderado com os seguintes valores percentuais, 2,4% e 0,5%, respetivamente. Ao estudarmos a relação com o grupo etário verificámos que 72,4% das puérperas com idade ≤ 34 anos possuem níveis de conhecimentos percecionados elevados, secundados por níveis de conhecimentos percecionados fracos com 1,9%. Pelo teste Exato de Fisher ($\chi^2=2,617$; $p=0,339$) verificámos que não existem diferenças estatísticas significativas entre os níveis de conhecimentos percecionados e o grupo etário.

Num estudo conduzido no Irão, a um grupo de 337 puérperas, concluiu-se que os níveis de literacia em saúde materna foi de $60,80 \pm 9,91$ num total de 70, segundo o questionário utilizado para essa avaliação, evidenciando que os valores eram os desejáveis face à população em estudo (Sabetghadam et al, 2023).

Na Etiópia também foi desenvolvido um estudo, a 411 mulheres que demonstrou que 71,3% tinham um nível de literacia em saúde inadequados e 28,7% níveis adequados (Jiregna et al, 2024); estes resultados são o oposto em relação ao nosso estudo.

Phommachanh et al (2021), num estudo transversal a 384 mães, concluíram que os níveis de literacia em saúde materna, em aproximadamente 80% da amostra, eram inadequados/problemáticos e apenas 3,5% das mulheres apresentaram um nível excelente de literacia em saúde, contrário aquilo que foi evidenciado pelos resultados obtidos nesta investigação.

Conhecimentos percecionados elevados não indicam que a puérpera apresente níveis de literacia em saúde excelentes, que a conduzam ao desenvolvimento de competências e capacidades no cuidar de si e do seu bebé. Do ponto de vista biológico, o pós-parto reveste-se de diversas alterações anatómicas, fisiológicas e, mais especificamente hormonais, que contribuem para uma maior vulnerabilidade a alterações emocionais e mentais durante o pós-parto (Correia & Santo, 2017 cit por Sampaio et al., 2023), o que poderá ter afetado o preenchimento do questionário. A baixa literacia em saúde materna pode prejudicar a capacidade das mulheres de receber cuidados adequados e tomar decisões informadas relativamente à sua saúde e à do seu bebé durante o período pós-parto (Wagner et al, 2020).

Apesar deste estudo evidenciar uma percentagem elevada de puérperas com melhores níveis de conhecimentos percecionados, é indiscutível a manutenção de um esforço na continuidade dos cuidados, que sejam promotores da educação para a saúde e prevenção da

doença, assim como facilitar o acesso à informação em saúde, com o objetivo de redução dos números de morbi-mortalidade materno-infantil (Sabetghadam et al, 2023).

A capacidade de compreender com o que é explicado à puérpera, é influenciada por diversos fatores, como os sociodemográficos, o apoio social inadequado, a sobrecarga de trabalho, o apoio limitado do marido/companheiro nas tarefas, a depressão pós-parto, a história obstétrica, complicações vividas durante a gravidez, problemas financeiros, entre outros (Mokhtaryan-Gilani et al., 2022). As complicações maternas que surgem no período puerperal também afetam negativamente a qualidade de vida (Al Rehaili et al., 2023). Desta forma elegemos as seguintes perguntas de investigação, ao qual vamos dar resposta, em função da análise dos resultados obtidos.

As variáveis sociodemográficas influenciam a percepção dos conhecimentos maternos na alta hospitalar?

A primeira variável a ser analisada é a **idade** das puérperas, que oscila entre os 18 e os 48 anos, com uma média de 31,27 anos ($\pm 5,52$ anos). Quando comparamos os níveis de conhecimentos percecionados pelas puérperas em função do grupo etário, são as mulheres mais jovens (idade ≤ 34 anos) que apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões e índice global da escala, pelo que apresentam melhores conhecimentos percecionados. As diferenças são estatisticamente significativas, isto é, o grupo etário influencia os conhecimentos percecionados ($p < 0,05$). Phommachanh et al. (2021), apurou que as mulheres mais jovens (idade < 28 anos) representavam o grupo, com níveis de literacia em saúde mais baixos (50,5%), contrariando os nossos resultados.

Numa *Scoping Review* realizada no Canadá, com 52 artigos selecionados, verificou-se a existência de uma relação significativa entre os níveis de literacia em saúde, a idade e a **educação** (Hakkak et al, 2019 cit por Khajeei et al, 2022), uma vez que se percebeu que níveis de escolaridade superiores, representam um acesso rigoroso à informação em relação à saúde reprodutiva e sexual, gravidez, parto e pós-parto, quanto aos cuidados de saúde do recém-nascido (Khajeei et al, 2022).

A evidência científica demonstra-nos que níveis de escolaridade elevados, principalmente o acesso ao ensino superior, traduzem-se em níveis adequados de literacia em saúde (Jiregna et al, 2024; Lee et al, 2018). Contudo, num estudo realizado a 9341 nulíparas, os autores concluíram que 57,0% das participantes, com o 8º ano de escolaridade e cerca de

39,0% com o ensino secundário, apresentavam níveis baixos de literacia em saúde, apesar de associarem a relação entre as variáveis (Yee et al, 2021).

Através da análise dos dados obtidos no nosso estudo, compreendemos que as puérperas com maior representatividade são aquelas que possuem uma formação académica correspondente ao ensino superior (49,0%), no entanto foram as puérperas com o **ensino básico**, que apresentaram ordenações médias mais elevadas, em todas as dimensões e índice global dos conhecimentos percecionados. Verificámos que existem diferenças estatísticas significativas na dimensão “Cuidados ao bebé” ($p < 0,05$), diferenças estatísticas bastante significativas na dimensão “Alimentação do bebé” ($p < 0,01$) e diferenças estatísticas altamente significativas na dimensão “Informações gerais” e índice global da Escala ($p < 0,001$), o que comprova que as habilitações literárias influenciam os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, nestes domínios. Um estudo desenvolvido em Portugal, corroborou estes resultados, ao demonstrar a associação entre as variáveis: habilitações literárias e a autoeficácia da mãe quanto às competências parentais, com os seguintes resultados: as mulheres com educação básica relataram níveis mais elevados de autoeficácia nos cuidados ao recém-nascido (Silva et al, 2023).

No que se refere ao **estado civil**, verificámos que a nossa amostra é composta por 78,1% de puérperas casadas ou em união de facto. Phommachanh et al (2021) e Jiregna et al (2024) demonstram que as participantes dos seus estudos também são, maioritariamente, casadas (93,2% e 90,0%, respetivamente). Através da análise inferencial concluímos que foram as puérperas sem companheiro, as que apresentaram melhores níveis de conhecimentos percecionados na alta hospitalar, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas e rejeitando-se a relação entre as variáveis ($p > 0,05$), como Botha et al., (2020) confirmou com os resultados obtidos no seu estudo, que o estado civil não influenciou a capacidade de mulher no cuidar durante o pós-parto.

Além disso este autor explica que, durante o internamento hospitalar, é difícil validar a relação das variáveis sociodemográficas com a autoeficácia da mulher para as competências parentais, uma vez que esta se encontra num ambiente de suporte pela equipa multidisciplinar, que mantém a vigilância, o apoio contínuo e o suporte nos cuidados (Botha et al., 2020).

Cerca de metade da amostra em estudo (47,1%) exerce uma profissão técnica. Contudo são as puérperas com atividade profissional inserida nas profissões não qualificadas, que exprimem ordenações médias mais elevadas nas dimensões “Cuidados ao bebé”, “Autocuidado da puérpera”, “Informações Gerais” e índice global da escala, o que nos faz constatar que é o

grupo que apresenta conhecimentos percebidos mais elevados. Por outro lado, as puérperas que exercem uma profissão técnica, apresentam melhores níveis de percepção de conhecimentos no que respeita à “Alimentação do bebé” (OM=115,63).

As diferenças estatísticas são significativas na dimensão “Alimentação do bebé” ($p < 0,05$), bastante significativas nas dimensões “Cuidados ao bebé” e índice global ($p < 0,01$) e altamente significativas nas dimensões “Autocuidado da puérpera” e “Informações gerais” ($p < 0,001$), pelo que se comprova que a profissão exercida, influencia os conhecimentos percebidos pela puérpera, na alta hospitalar.

É reconhecido que melhores níveis de escolaridade transpõem para melhores acessos a empregos bem remunerados e reconhecidos, e conseqüentemente um desenvolvimento de competências no que respeita à literacia em saúde.

Sabetghadam et al (2023) apuraram na amostra do seu estudo, que 94,1% exerciam uma profissão não qualificada, essencialmente empregadas domésticas, e o nível de literacia em saúde materna encontrava-se a 60.63 ± 9.63 em 70, com significância estatística ($p = 0,004$), factos que corroboram os dados encontrados na nossa investigação. Ainda referem que o nível de literacia em saúde materna nas puérperas empregadas era superior ao descrito anterior (63.45 ± 13.57), contudo foi avaliado em apenas 5,9% das participantes.

Perante estes resultados podemos analisar a relação com a **situação laboral**. Na análise inferencial, avaliámos a relação entre a situação laboral e os conhecimentos percebidos pela puérpera e concluímos que as puérperas não ativas profissionalmente apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões da escala e índice global, não existindo significâncias estatísticas, isto é, rejeitamos a relação entre as variáveis ($p > 0,05$). Contudo, num estudo conduzido na China, os autores verificaram a relação entre a situação laboral e a autoeficácia materna no pós-parto, revelando que as mulheres desempregadas apresentam níveis mais baixo de conhecimentos e competências parentais, comparando com as mulheres empregadas. Contudo referem que estes resultados podem advir do facto de as mulheres não ativas profissionalmente, apresentarem níveis de escolaridade mais baixos e mais dificuldade de acesso a profissionais que facilitem o desenvolvimento destas competências (Zheng et al, 2018).

Quanto ao **local de residência**, foi possível verificar que as puérperas que vivem em meio rural obtiveram níveis de conhecimentos percebidos elevados, em todas as dimensões e índice global da escala, pois apresentaram ordenações médias mais altas, não existindo

diferenças estatísticas significativas, isto é, o local de residência não justifica os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar ($p > 0,05$). Este resultado não é corroborado por outros autores, que evidenciam que a literacia em saúde materna é significativamente mais baixa em mulheres a residirem em meio rural, comparativamente às que residem em meio urbano (Phommachanh et al, 2021; Jiregna et al, 2024; Wang et al, 2021). Um dos autores explica que este resultado se deve ao facto de as mulheres que residem em meio rural, possuírem um nível de escolaridade mais baixo e conseqüentemente, níveis de conhecimentos mais limitados (Phommachanh et al, 2021).

Relativamente à situação económica, 52,9% das puérperas auferem um rendimento mensal entre 501 e 1000€, contudo verificámos que as puérperas que auferem um **rendimento mensal** $\leq 500\text{€}$, apresentam melhores níveis de conhecimentos percecionados em todas as dimensões e índice geral da escala, pelas ordenações médias mais elevadas. Verificámos que existem diferenças estatísticas significativas na dimensão “Informações gerais” ($p < 0,05$), pelo que afirmamos que o rendimento mensal influencia os conhecimentos percecionados pela puérpera nesta dimensão. Curiosamente, este resultado é contrário ao que é descrito por outros autores. Perante uma situação económica favorável, é esperado menos níveis de ansiedade e stress no quotidiano das famílias, e conseqüentemente, a puérpera estará mais autónoma e capaz para o desenvolvimento de competências e conhecimentos.

Num estudo desenvolvido na China, a 420 mulheres, evidenciou que a situação económica não influenciava os níveis de conhecimentos maternos (Zheng et al, 2018), contudo outro autor apurou que o rendimento mensal da mulher influía, positivamente, os níveis de literacia em saúde materna (Phommachanh et al, 2021). Wang et al (2021) referem que quanto menor for o encargo económico, maior será a confiança materna no cuidar do recém-nascido e da própria. Quando avaliado o rendimento mensal do agregado familiar, num estudo desenvolvido no, foi demonstrado a correlação positiva entre os níveis de literacia em saúde materna e os baixos rendimentos, que contribuem negativamente para a autoeficácia materna no desenvolvimento de competências parentais no cuidar do recém-nascido (Young Lee et al, 2018).

O estudo da relação entre os conhecimentos maternos e o rendimento mensal diferem em função dos contextos familiares e sociais a que estão sujeitos, daí os resultados, entre os vários autores, serem dispersos.

Para determinar se o número do **agregado familiar** influencia os conhecimentos percecionados pela puérpera, realizamos o teste de Kruskal-Wallis. Os resultados mostram que

as puérperas que tenham uma constituição familiar com 5 pessoas, apresentam ordenações médias mais elevadas que as restantes, em todas as dimensões e índice global da escala. Não se verificam diferenças estatísticas significativas, pelo que rejeitamos a relação entre as variáveis ($p > 0,05$).

Das variáveis sociodemográficas em estudo, apurámos que o grupo etário, as habilitações literárias, a profissão e o rendimento mensal influenciam os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, em determinados fatores, relacionados com as informações gerais do pós-parto, alimentação e cuidados ao bebé e autocuidado.

As variáveis do contexto obstétrico influenciam a perceção dos conhecimentos maternos na alta hospitalar?

O estudo das variáveis obstétricas permitiu avaliar a assistência pré-natal, os ensinamentos transmitidos, o tipo de parto e acompanhamento, assim como a experiência vivida no TP, parto e internamento hospitalar, no que se refere ao pós-parto.

Para o **número de filhos** existentes, não contando com o recém-nascido, 49,0% das puérperas foi mãe pela primeira vez e 36,2% das puérperas referiu ter 1 filho. Ao estudar a relação entre o número de filhos e os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, os resultados obtidos demonstraram que as puérperas com 2 filhos, apresentaram ordenações médias elevadas nas dimensões “Cuidados ao bebé”, “Autocuidado da puérpera”, “Informações gerais” e índice global da escala, o que nos faz constatar que é o grupo que apresenta conhecimentos percecionados mais elevados. Por outro lado, as puérperas com 4 ou mais filhos, apresentam melhores níveis de perceção de conhecimentos no que respeita à “Alimentação do bebé” (OM=70,50).

Confrontando com a literatura, estes resultados são corroborados por outros autores, que referem que as mulheres múltiparas apresentam níveis elevados de conhecimentos para as competências parentais, no que diz respeito aos cuidados ao bebé (Silva et al, 2023; Botha et al, 2020; Monteiro et al, 2022).

As primíparas apresentam-se mais inseguras e ansiosas durante o internamento hospitalar, pela exigência da transição e adaptação à maternidade, e conseqüentemente exigem a presença de um profissional de saúde para dar apoio e promover a educação nos cuidados pós-natais (Aune et al, 2018). As múltiparas, pelas experiências anteriores de parto, tornam-se mais

independentes e com níveis elevados de conhecimentos, que são facilitadores durante o puerpério (Silva et al, 2023).

Contudo, relativamente ao nosso estudo, não são identificadas diferenças estatísticas entre os grupos em qualquer uma das dimensões estudadas ($p>0,05$), ao contrário dos estudos descritos atrás, que validaram a relação entre as variáveis.

Quanto à assistência pré-natal, procurámos avaliar a vigilância da gravidez e **número de consultas** realizadas. Quanto à vigilância, apenas uma puérpera referiu não ter vigiado a gravidez, contudo das 209 que responderam “Sim” à questão “Vigiou a atual gravidez?”, a vigilância não é 100% garantida, uma vez que não questionámos quando é que iniciou as consultas pré-natais, relativamente à idade gestacional. A primeira consulta pré-natal deve-se realizar a todas as mulheres grávidas, entre as 6 semanas e 0 dias e as 9 semanas e 6 dias de gestação (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023), em que a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) recomenda que a assistência pré-natal se concretize em 14 consultas, podendo ser presencial ou teleconsulta (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Um estudo realizado em três hospitais da região norte de Portugal verificou que os cuidados pré-natais não influenciam as competências maternas no cuidar do recém-nascido, apesar de 84,7% das participantes do estudo terem cumprido a assistência pré-natal (Silva et al, 2023). Este facto corrobora os resultados do nosso estudo quanto à relação das variáveis: número de consultas de vigilância da gravidez e os conhecimentos percecionados pela puérpera, em que analisando a significância, verificámos que as variáveis não são explicativas ($p>0,05$), e por isso não se valida a relação entre elas. Contudo, foi possível apurar que as puérperas que realizaram 14 ou mais consultas, têm melhores conhecimentos percecionados na alta hospitalar, uma vez que apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões e índice geral da escala, exceto na dimensão “Informações gerais”.

Noutros estudos, constatou-se que quanto mais consultas pré-natais, a mulher tiver realizado, melhor serão os níveis de literacia em saúde materna. Dessa forma, os autores validaram a relação entre as variáveis (Jiregna et al, 2024; Phommachanh et al, 2021).

O início da vigilância da gravidez e a garantia de uma vigilância adequada depende de vários fatores, como os sociais, culturais, familiares, que exigem o acesso aos cuidados de saúde. Perante uma família com desafios socioeconómicos, níveis de escolaridade baixos e a residirem em meios rurais, com acessos limitados aos serviços de saúde, é de compreender a

ausência nos cuidados pré-natais e conseqüentemente uma literacia em saúde materna precária, competências parentais limitadas e uma autoeficácia materna no cuidar do recém-nascido inexistente (Wang et al, 2021).

A assistência pré-natal prepara a mulher/família para a vivência do pós-parto, ao fornecer-lhe ferramentas e estratégias promotoras do desenvolvimento das competências, habilidades e conhecimentos para o cuidar da díade. A Organização Mundial da Saúde emanou um documento com as recomendações sobre os cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, pois assim é garantido “criar famílias e comunidades prósperas” e promover a “autoestima materna, a competência e a autonomia” (WHO, 2016, p.9)

Na educação pré-natal é promovida a **frequência de um programa de preparação** para o parto, que capacita a mulher/família para a transição e adaptação para a parentalidade de forma segura e consciente, no que concerne aos cuidados do recém-nascido e da própria. É previsível o desenvolvimento de conhecimentos e competências acrescidas na mulher, contudo na análise dos dados obtidos no nosso estudo verificámos que as puérperas que **não** frequentaram um programa de preparação para o parto, apresentaram níveis de conhecimentos percecionados mais elevados em comparação com as puérperas que frequentaram. Esta situação verificou-se em todas as dimensões e índice geral dos conhecimentos percecionados, apesar de não existirem diferenças estatísticas significativas, pelo que não aceitamos a relação entre as variáveis ($p > 0,05$). Este resultado é corroborado pelo estudo de Silva et al, (2023) que não validam a relação entre a frequência de um programa de preparação para o parto e os níveis de autoeficácia materna.

Contudo vários autores contrapõem os resultados acima obtidos. Num estudo de natureza qualitativa, desenvolvido em Portugal, com a população-alvo as grávidas, os autores descrevem que a frequência de um programa de preparação para o parto, capacitou-as para o desenvolvimento de estratégias e habilidades, promotoras das competências parentais no que se refere ao autocuidado, cuidados de higiene e sinais de alerta do recém-nascido, bem como a adoção de medidas de segurança e conforto (Santos, 2018). Num estudo transversal, foi possível avaliar que a educação pré-natal, centrada na gravidez, parto e pós-parto, promove a literacia em saúde materna (Khorasani et al, 2017), assim como é descrito que a frequência nas sessões do programa de preparação para o parto desempenha um papel significativo no desenvolvimento de competências e conhecimentos sobre a parentalidade (Wang et al, 2021).

O **número de sessões** do programa de preparação para o parto também reflete a quantidade de informação transmitida e o acesso a vários temas importante sobre a gravidez, o

parto e o pós-parto, capacitando as mulheres para uma vivência mais tranquila do ciclo gravídico-puerperal. Num outro estudo concluiu-se que quanto mais sessões do programa de preparação para o parto realizar, maior é nível de literacia em saúde materna (Phommachanh et al, 2021).

No seguimento do estudo anterior, também avaliámos a relação entre o número de sessões realizadas do programa de preparação para o parto e os conhecimentos percecionados, ao qual constatamos que as ordenações médias variam entre as dimensões e índice global dos conhecimentos percecionados. Na dimensão “Cuidados ao bebé, foram as puérperas que realizaram até 16 sessões, que apresentaram melhores níveis de conhecimentos percecionados; na dimensão “Autocuidado da puérpera” e índice geral da escala, foram as puérperas que realizaram até 8 sessões e nas dimensões “Informações gerais” e “Alimentação do bebé” foram as puérperas que realizaram até 12 sessões, sendo que nesta última dimensão foi a que apresentou a ordenação média mais elevada (OM=54,56). Contudo, o número de sessões do programa de preparação para o parto não influencia os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar($p>0,05$).

Ao estudar a relação entre a idade gestacional de início das sessões do programa de preparação para o parto e os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, concluímos que as puérperas que iniciaram as sessões de preparação para o parto com 32 ou mais semanas de gestação, apresentam níveis de conhecimento percecionados elevados, em todas as dimensões e índice geral. Porém, as diferenças entre as variáveis não são estatisticamente significativas, pelo que não existe relação entre ambas.

O tipo de parto é um fator determinante na vida da mulher, no que se relaciona com o internamento no pós-parto.

Em 2022, realizaram-se em Portugal, 34 357 partos eutócicos e 33 729 partos distócicos (Portugal, Instituto Nacional de Estatística, 2023). Através do nosso estudo verificámos que a percentagem entre o tipo de parto foi semelhante: 51% das puérperas foi submetida a um parto eutócico e 49 % a parto distócico (ventosa ou fórceps ou cesariana).

Os resultados do nosso estudo indicam que as puérperas cujo parto foi eutócico, apresentam ordenação médias mais elevadas, quanto à dimensão “Autocuidado da puérpera”, “Informações gerais” e índice geral em comparação com as puérperas cujo parto foi distócico. Nestas verificaram-se níveis de conhecimentos percecionados mais elevados nas dimensões

“Cuidados ao bebê” e “Alimentação do bebê”. Contudo não se verificam diferenças estatísticas significativas, pelo que rejeitamos a relação entre as variáveis ($p > 0,05$).

Este facto é corroborado por outros estudos que evidenciam que a autoeficácia materna no desenvolvimento de competências parentais e conhecimentos, não é influenciada pelo tipo de parto (Botha et al, 2020; Silva et al, 2023), ao contrário de um estudo de 2024 referir a influência do tipo de parto nos níveis de literacia em saúde materna, validando a relação entre as variáveis (Jiregna et al, 2024).

Particularmente e após a realização dos ensinamentos clínicos em bloco de partos e puerpério, verifiquei que após uma cesariana, a puérpera necessita de mais repouso, mais cuidados de enfermagem e atenção dos profissionais, no que respeita ao autocuidado, controlo da dor e higiene perineal e, também no cuidar do recém-nascido, como na amamentação, troca da fralda, entre outros, o que por consequência implica mais autonomia e autoeficácia da puérpera, quanto ao desenvolvimento das competências e habilidades necessárias ao processo da maternidade. Desta forma, permite-nos refletir quanto à relação entre as variáveis, que certamente diferem entre vários contextos.

A presença de uma **pessoa significativa** durante o TP e parto também foi alvo do nosso estudo, como um fator importante no que respeita ao apoio e confiança que este transmite à mulher, mas também pela necessidade crescente de envolver uma terceira pessoa para garantir o suporte familiar, após o internamento hospitalar. Além disso, a OMS recomenda que a mulher deve estar acompanhada por uma pessoa à sua escolha, durante o trabalho de parto e parto (WHO, 2018), assim como é recomendação da MCEESMO, que refere que “A presença contínua de uma pessoa significativa é essencial para uma experiência positiva do parto e para a obtenção de efeitos positivos na saúde e na satisfação com os cuidados prestados durante o trabalho de parto e pós-parto” (Ordem dos Enfermeiros, 2020, p. 3).

No entanto, verificámos que as puérperas que não foram acompanhadas no TP e parto, obtiveram ordenações médias mais elevadas, em comparação com as que tiveram acompanhamento. Esta situação verifica-se em todas as dimensões e índice global dos conhecimentos percecionados. As diferenças estatísticas são significativas nas dimensões “Cuidados ao bebê”, “Autocuidado da puérpera” e “Alimentação do bebê” ($p < 0,05$).

Este resultado é contrário ao descrito anteriormente e por vários autores, como Bohren et al, 2019, que numa Revisão Sistemática da Literatura concluíram que a presença de um acompanhante durante as fases do trabalho de parto e parto, influenciam positivamente a relação

da tríade, o estado de saúde e bem-estar da mulher e a experiência vivida. Consecutivamente verificou-se uma partilha de informações entre a mulher e o acompanhante, apoio físico e emocional e facilidade de acesso aos cuidados de saúde, que refletiram na aquisição de conhecimentos sobre os cuidados no pós-parto (Bohren et al, 2019).

Por conseguinte foi-nos importante avaliar a relação entre o **apoio prestado pelo acompanhante durante o TP e parto** e os conhecimentos percecionados. As puérperas que receberam apoio emocional durante o TP e parto, obtiveram ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões do conhecimento percecionado, exceto nas dimensões “Alimentação do bebé” e índice geral da escala, em que foram as puérperas que receberam apoio físico que apresentaram as ordenações médias mais elevadas, com diferenças estatísticas significativas na dimensão “Informações gerais” ($p < 0.05$). O tipo de apoio prestado influencia os conhecimentos percecionados pela puérpera nesta dimensão.

Relativamente ao Plano de Parto, este caracteriza-se por ser uma ferramenta essencial que reflete as escolhas e expectativas da mulher quanto à vivência do trabalho de parto, parto e pós-parto, isto é, capacita-a para uma tomada de decisão informada (Ordem dos Enfermeiros, 20). Desta forma, a elaboração de um plano de parto permite à mulher preparar-se para esta experiência, elevando os níveis de literacia em saúde materna, quanto às intervenções e cuidados que são inerentes ao ciclo gravídico-puerperal.

O plano de parto reflete-se num exercício de autonomia da mulher, que fortalece a “consciencialização do processo de parto, a criação de expectativas realistas, bem como uma aproximação dos profissionais de saúde aos clientes dos seus cuidados, otimizando a comunicação entre todos os intervenientes” (Carneiro & Cerejeira, 2021).

No nosso estudo, as puérperas que elaboraram um plano de parto escrito, apresentaram ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões e índice geral dos conhecimentos percecionados, exceto na dimensão “Alimentação do bebé”, sendo estes resultados corroborados pelo descrito na literatura. Contudo verificámos não existir diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$), pelo que não se valida a relação entre as variáveis.

Perante a **existência de dúvidas** durante o internamento no puerpério, as puérperas que responderam “Não” apresentaram melhores níveis de conhecimentos percecionados na alta hospitalar, o que é comprovado pelo valor das ordenações médias. Existem significâncias estatísticas em todas as dimensões e índice geral dos conhecimentos percecionados, pelo que se conclui que os conhecimentos são influenciados pela existência ou não de dúvidas ($p < 0,05$).

Perante uma resposta negativa à questão “Durante o internamento, teve dúvidas?”, pode refletir a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, na transmissão de informação e, conseqüentemente o desenvolvimento das competências parentais pelas puérperas.

É reconhecido a importância de uma comunicação afetiva e efetiva, da promoção de um ambiente acolhedor e do estabelecimento de uma relação de empatia e confiança com a mulher, ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, com grande impacto no internamento hospitalar, ao longo do pós-parto, pela vulnerabilidade e exigência que este período reflete (Andrade et al, 2021). A puérpera necessita de apoio constante, para satisfação das suas necessidades e educação quanto aos cuidados ao recém-nascido, de forma a promover a sua autoeficácia, autoconfiança e autonomia, de forma a promover o desempenho do papel de mãe.

A não existência de dúvidas reflete níveis de literacia em saúde materna mais elevados e conseqüentemente menos dúvidas e incertezas quanto à transição e adaptação ao pós-parto e à parentalidade.

Durante o internamento, o auxílio prestado pelos enfermeiros nos cuidados ao bebé verificou-se em todas as participantes do estudo, o que demonstra a preocupação crescente dos profissionais de saúde, como os responsáveis no apoio e ensino das competências parentais.

Relativamente à **promoção do autocuidado da puérpera**, durante o internamento hospitalar, 93,8% respondeu ter recebido apoio por parte dos enfermeiros na promoção do autocuidado, o que representa uma percentagem significativa e importante. No estudo da relação entre as variáveis, verificámos que as puérperas em que foi promovido o autocuidado, apresentaram ordenações médias mais elevadas, isto é, melhores níveis de conhecimentos percecionados. As diferenças estatísticas são significativas em todas as dimensões e índice geral ($p < 0,05$), exceto na dimensão “Alimentação do bebé”, o que se valida a relação de dependência entre as variáveis nestas dimensões.

Durante o internamento hospitalar, a puérpera vivencia alterações fisiológicas, como a presença dos lóquios, a importância da higiene perineal e prevenção da infeção puerperal, o cuidado com as mamas e também os cuidados relativos à alimentação e hidratação, sono e repouso e períodos de lazer. Em associação, vive alterações hormonais e emocionais, que apesar de serem características, quando não controladas podem desenvolver patologia psíquica grave e estados de enorme tristeza e sofrimento, que influenciam negativamente a transição para a parentalidade.

Os resultados do nosso estudo refletem a importância da promoção do autocuidado da puérpera, e essencialmente a manutenção do desenvolvimento de habilidades e comportamentos promotores do bem-estar físico e emocional e em especial da promoção da saúde mental.

Dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, a amamentação (vantagens e gestão de dificuldades) foi a que apresentou a frequência percentual mais elevada (88,8%), seguindo-se os cuidados de higiene da região genital, e posteriormente, as estratégias de alívio da dor (66,0%).

De facto, a amamentação representa um dos cuidados de enfermagem que mais exige dos profissionais de saúde, como descrito por McCarter et al. (2022), no seguimento da realização de uma *Scoping Review*. Os autores descrevem que a educação sobre o aleitamento materno, durante o pós-parto, verifica-se como uma prioridade no regresso ao domicílio.

Neste estudo secundário também foi avaliado que é reconhecido a vigilância da saúde mental das puérperas, de forma antecipatória, para controlo dos sintomas e ações educativas de prevenção e promoção do bem-estar psicológico (Suplee & Janke, 2020 cit por McCarter et al., 2022), contudo vários artigos descrevem que a puérpera não se sente autónoma na sua recuperação física e autocuidado (Almalik, 2017; Gaboury et al., 2017; Rodrigues et al., 2014; Sell et al., 2012 cit por McCarter et al., 2022), o que reflete a necessidade de prestar cuidados especializados e individualizados, em função da identificação das necessidades de cada mulher.

Através da análise dos dados obtidos verificámos que as alterações emocionais no pós-parto foi dos cuidados menos promovidos pelos enfermeiros, o que poderá refletir a necessidade de alertar os profissionais de saúde para a importância da vigilância do estado psicológico e emocional da mulher, de forma a promover a saúde mental.

Num estudo, com a população-alvo, as enfermeiras obstetras, verificou-se uma maior percentagem de cuidados e conhecimentos científicos sobre a prevenção de hemorragias e infeções puerperais, e apenas 54,5% referiu ter competências na vigilância da depressão pós-parto (Adams & Sladek, 2022). Apesar de representar uma percentagem significativa e importante, a vigilância das alterações emocionais das puérperas torna-se secundário face a outros cuidados do pós-parto.

Os profissionais de saúde, essencialmente os EEESMO, devem ser dotados de competências e práticas, quanto à promoção da saúde mental no pós-parto, para assim garantir

um modelo de cuidados especializados, na preparação da alta clínica da díade Puérpera-Recém-nascido.

No Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental (LSM), desenvolvido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP), foi descrito várias práticas importantes para uma intervenção promotora da Saúde Mental no período perinatal, tendo por base o estudo desenvolvido por Branquinho et al. (2022), como a inclusão de conteúdos psicoeducacionais sobre a LSM nas consultas de pré e pós-natal, e durante o internamento (puerpério), a realização de intervenção psicoeducacional para os membros da família da pessoa com depressão pós-parto e, ainda, a formação dos profissionais de obstetrícia na área da saúde mental perinatal, incluindo os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Sampaio et al., 2023).

Conclusão

O pós-parto é o período mais vulnerável na vida da mulher, onde é reconhecida a importância de um suporte familiar e multidisciplinar no seu acompanhamento, de forma a facilitar a readaptação funcional às novas condições de saúde, quer a nível físico, social como emocional. A experiência de um novo papel de mãe exige à puérpera o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes, habilidades e competências, quanto ao cuidar da própria, mas essencialmente no cuidar do recém-nascido, que é dependente da mesma.

O EEESMO é o profissional responsável no acompanhamento da mulher, durante o pós-parto, que fortalece os processos eficazes de adaptação às novas condições de saúde da mulher, ao identificar as necessidades, planear cuidados especializados e assegurar a continuidade dos mesmos, favorecendo o autocuidado da puérpera e capacitando-a para os cuidados ao recém-nascido (Cerejeira et al., 2022).

O presente estudo teve como objetivos identificar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar e analisar o impacto das variáveis sociodemográficas e obstétricas nos conhecimentos percecionados pela puérpera.

O estudo de investigação foi desenvolvido numa amostra de 210 puérperas, com uma média de 31,27 anos ($\pm 5,52$ anos), em que 74,3% da amostra pertence ao grupo etário com idade ≤ 34 anos, casada ou a viver em união de facto (78,1%), em que a constituição do agregado familiar varia entre 3 e 4 pessoas, respetivamente (41,0% e 35,2%) a residir em meio urbano (57,6%). Possuem uma formação académica correspondente ao ensino superior (49,0%), profissionalmente ativas (98,1%), em que a profissão que exercem, insere-se nas profissões técnicas (47,1%). A maioria das puérperas auferem um rendimento mensal entre os 501€ e 1000€ (52,9%).

Através do estudo da relação com as variáveis obstétricas, verificámos que 49,0% foram mães pela primeira vez e cerca de 36,2% referiu ter 1 filho. 99,5% das puérperas referiu ter vigiado a gravidez, contudo este resultado torna-se vago, uma vez que não questionámos sobre o início da vigilância da gravidez, para garantir que houve uma vigilância adequada. Quanto ao número de consultas pré-natais, 32,1% das puérperas realizou 14 ou mais consultas, com o seguimento do profissional de saúde que vigiou a gravidez, verificámos que, os valores percentuais muito semelhantes, 89,5% das puérperas escolheram o Médico(a) de família e 76,6% o Médico(a) Obstetra. Na presença de uma gravidez de baixo risco, o EEESMO é a

pessoa preferencial para o acompanhamento individualizado de cada mulher/casal, contudo, apenas 16,7% das puérperas foram acompanhadas por um EEESMO.

Apurámos que 46,7% das puérperas frequentou um Programa de preparação para o parto, com início das sessões entre as 28 e as 32 semanas de gestação (48% e 31,6%, respetivamente), tendo realizado entre as 4, 8 e 12 sessões (27,6%, 32,7% e 25,5%, respetivamente).

Das puérperas que afirmaram ter frequentado um programa de preparação para o parto, 89,8% recebeu ensinamentos sobre o banho, 85,7% sobre o coto umbilical e 83,7% sobre cuidados aos olhos, ouvidos e nariz. Respetivamente às medidas de segurança e conforto, os valores percentuais assemelham-se aos anteriores, prevalecendo as respostas afirmativas dos ensinamentos prestados, com destaque na preparação do enxoval e da casa (84,7%). Dos ensinamentos realizados sobre a Amamentação, 93,9% das puérperas afirmou ter sido informada sobre as vantagens e dificuldades. Quanto à importância dos laços afetivos, os valores percentuais variaram entre 79,6% (Mãe-Filho), 75,5 (Mãe-Pai-Filho) e 73,5% (Pai-Filho). Em relação à vigilância da saúde durante a gravidez, dos ensinamentos realizados, a suplementação apenas representou 69,4% das respostas. Na promoção e vigilância da Saúde Infantil, os ensinamentos realizados foram os que apresentaram valores percentuais mais baixos. No que respeita, a recuperação pós-parto, 79,6% das puérperas responderam afirmativamente aos sinais de alarme Físicos e Psicológicos, seguido do Autocuidado com 78,6%. Os exercícios de recuperação pós-parto foi dos ensinamentos com valores percentuais mais baixos (74,5%).

Quanto ao tipo de parto, 51% da totalidade das puérperas foi submetida a parto eutócico e 49 % a parto distócico (ventosa ou fórceps ou cesariana), em que 81,9% das puérperas respondeu que teve acompanhamento por uma pessoa significativa durante o TP e parto. Quanto ao apoio prestado pelo acompanhante, 43% respondeu ter recebido apoio Emocional. Apenas 23,8% da amostra elaborou um plano de parto (escrito) e 87,6% respondeu que se sentiram respeitadas face ao plano de parto e/ou às preferências e expectativas que verbalizaram.

Quando inquiridas sobre a experiência em relação ao trabalho de parto, parto e pós-parto (enfermaria), a classificação “Boa”, foi a que apresentou valores percentuais mais elevados em todas as fases. Durante o internamento no Serviço de Puerpério, os(as) enfermeiros(as) são agentes promotores de educação para a parentalidade, facilitando este processo. Mais de 2/3 da amostra respondeu ter recebido informações sobre Alterações fisiológicas e desconfortos pós-parto (86,7%), Aspectos psicológicos e sinais de alarme (70,5%) e Autocuidado no pós-parto (87,6%). Em relação às Adaptações da mulher/casal ao pós-parto, cerca de 56,2% das puérperas

respondeu não ter recebido informações sobre os Direitos sociais/legislação de apoio à parentalidade. Quanto aos cuidados de higiene do bebê, conforto e segurança, destacar que 98,6% respondeu afirmativamente às informações recebidas sobre o Banho, 98,1% sobre os cuidados ao coto umbilical e 90% sobre a troca da fralda. Na Promoção e Vigilância da Saúde Infantil, apenas 68,1% das puérperas recebeu informações sobre o Desenvolvimento sensoriomotor do bebê, seguido da Frequência das consultas, com 70,0% das respostas afirmativas.

De referir que 67,1% das puérperas referiram a existência de dúvidas ao longo do internamento, tendo sido esclarecidas, maioritariamente, pelo enfermeiro e o médico (55,3%). Durante o internamento, o auxílio prestado pelos enfermeiros nos cuidados ao bebê verificou-se em todas as participantes do estudo. O auxílio nos cuidados ao bebê, em relação à amamentação (Sinais de boa pega e posição para amamentar) foi a que apresentou a frequência percentual mais elevada (94,3%), seguindo-se a higiene do bebê (93,8%). O choro (47,1%), as Cólicas (45,7%) e as medidas de conforto (45,7%), como o colo e a massagem, foram os cuidados menos auxiliados pelos enfermeiros durante o internamento no pós-parto.

Quanto ao autocuidado, 93,8% respondeu ter recebido apoio na promoção do mesmo; em relação à amamentação (vantagens e gestão de dificuldades) foi a que apresentou a frequência percentual mais elevada (88,8%), seguindo-se os cuidados de higiene da região genital, e posteriormente, as estratégias de alívio da dor (66,0%). As alterações emocionais no pós-parto foram dos cuidados menos promovidos pelos enfermeiros durante o internamento.

No que se refere aos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, concluímos que 97,1% da totalidade da amostra apresenta conhecimentos percecionados elevados, sendo secundado pelo fraco e moderado com os seguintes valores percentuais, 2,4% e 0,5%, respetivamente.

O grupo etário ($p=0,012$), as habilitações literárias ($p=0,001$) e a profissão ($p=0,003$) influenciam os conhecimentos percecionados pela puérpera, em relação ao índice global; o rendimento mensal influencia os conhecimentos na dimensão “Informações Gerais” ($p=0,026$). A inexistência de dúvidas ($p<0,001$) e a promoção do autocuidado da puérpera ($p=0,026$), durante o internamento hospitalar predizem os conhecimentos percecionados, em relação ao índice global; a presença de uma pessoa significativa durante o TP e parto influencia os conhecimentos nas dimensões “Cuidados ao bebê”, “Autocuidado da puérpera” e “Alimentação do bebê” ($p<0,05$) e o tipo de apoio prestado pelo acompanhante durante o TP e parto influi os conhecimentos na dimensão “Informações gerais” ($p=0,026$).

Desta forma conseguimos dar resposta às questões de investigação levantadas, cumprindo com os objetivos da temática, em estudo ao contribuir para a melhoria contínua dos cuidados especializados do EEESMO, com enfoque na melhoria dos conhecimentos da puérpera na alta hospitalar, no que respeita aos cuidados do recém-nascido e autocuidado da própria.

Implicações para a prática clínica

A procura da evidência mais recente sobre a temática em estudo, permitiu identificar quais as dimensões dos conhecimentos percecionados das puérperas que exigem a melhoria das intervenções do EEESMO, no que respeita à promoção da saúde, prevenção de complicações, promoção do autocuidado, autoeficácia e mestria das competências parentais.

É reconhecido o papel do EEESMO na assistência pré-natal, vigilância da gravidez de baixo risco e acompanhamento da parturiente ao longo do TP e parto, e essencialmente, no pós-parto, por ser um período vulnerável e exigente na vida da mulher.

Os resultados deste estudo implicam, para a prática clínica, o desenvolvimento de intervenções e cuidados especializados no que respeita à promoção do autocuidado da puérpera durante o internamento hospitalar, com enfoque na vigilância das alterações emocionais, que influenciam o bem-estar e saúde mental da mulher, para a vivência de uma parentalidade tranquila e segura, aquando alta hospitalar.

Além disso, é necessário ensinar e instruir sobre estratégias facilitadoras para a adaptação da mulher ao pós-parto, no que respeita aos cuidados ao recém-nascido, como o choro, as cólicas e as medidas de conforto (colo e a massagem), que são essenciais para o desenvolvimento do vínculo afetivo materno-infantil.

Os níveis de conhecimento da puérpera na alta hospitalar dependem das boas práticas exercidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ao longo do ciclo gravídico-puerperal,

Referências Bibliográficas

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Adams, Y. J., & Sladek, L. (2022). A descriptive, cross-sectional study of postpartum education: midwives' self-reported knowledge and teaching of postpartum complications in Ghana. *Reproductive health*, 19(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01376-z>
- Al Rehaili, B. O., Al-Raddadi, R., ALenezi, N. K., & ALYami, A. H. (2023). Postpartum quality of life and associated factors: a cross-sectional study. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 32(7), p. 2099–2106. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03384-3>
- Almeida e Silva, P., Esteves, M., & Castro, F. (2013). Vinculação mãe bebé. *INFAD: Revista de Psicologia*, 2(1), 729-736. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852173054.pdf>
- Amaral, M. (2023). *Promoção da parentalidade: O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na parentalidade positiva*. [Tese de mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa
- Amaro, C. I. T., Dias, H., Santos, M. J. O., Nelas, P. A. A. B. & Coutinho, E. C. (2021). Benefícios da verticalização do parto. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 489–502. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2130>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022). *Health Literacy to Promote Quality of Care. Committee Opinion No. 676. ACOG*. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2016/10/health-literacy-to-promote-quality-of-care.pdf>
- Andrade, N., Oliveira, P., Pais, R., Amendoeira, J., Cruz, O., Dias, H., Santiago, M. & Ferreira, R. (2021). A Comunicação efetiva enquanto promotora de intervenções complexas e transdisciplinares à puérpera: uma scoping review. *Revista da UI_IPSantarém. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde*. 9(1), 158-171.

<https://revistas.rcaap.pt/uiips/>

- Areia, A. L., Almeida, M. F., Braga, A. J. C., Pereira, N. B., Vaz de Macedo, C. & Nogueira-Silva, C. (2018). *Normas de Orientação Clínica – Corticoterapia para Maturação Pulmonar Fetal*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Matura%C3%A7%C3%A3o-Fetal-Pulmonar.pdf>
- Areia, A. L., Rocha, A., Nunes, E., Pereira, E. Afonso, M. C. & Monteiro, M. J. (2021). *Normas de Orientação Clínica – Rastreio de colo curto*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2021/07/Norma_Rastreio-colo-curto.pdf
- Aune, I., Dahlberg, U., & Haugan, G. (2018). Health-promoting influences among Norwegian women following early postnatal home visit by a midwife. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(4), 177–186. <https://doi.org/10.1177/2057158517733244>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y. & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 131(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD012449. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Botha, E., Helminen, M., Kaunonen, M., Lubbe, W., & Joronen, K. (2020). Mothers' parenting self-efficacy, satisfaction and perceptions of their infants during the first days postpartum. *Midwifery*, 88(9), 102760. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102760>
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C. & Grilo, A.R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

- Cardoso, V., Mineiro, A. L., Carracha, S., Monteiro, M. J., Santos, M., Carneiro, E., Varela, V., Sequeira, A. & Santos, M. E. (2020). Posicionamento da parturiente no período expulsivo. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 5.2, pp. 123-130). Lidel.
- Carneiro, A. & Cerejeira, I. (2021). Plano de parto: um contributo para a literacia em saúde materna e obstétrica. In C. V. Almeida (coord.), *Literacia em Saúde e Capacitação dos Profissionais Exemplos de Boas Práticas no CHPVVC – Volume 1*. CHPVVC. https://www.chpvvc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/34/2021/09/EBOOK_CHPVVC_final_06_09_2021.pdf
- Carvalhas, J., Alves, C., Ferreira, C. T., Silva, I. S., Costa, F. J., Almeida, J. P., Guedes, I., Aguiar, J., Vilhena, I. R., Lança, F. & Rodrigues, A. (2018). Recomendações Portuguesas para a Abordagem Multidisciplinar da Hemorragia Obstétrica – Elaboradas por um Grupo Multidisciplinar de Consensos 2017. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(1), 30-44. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. <https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Hemorragia-Obstetrica.pdf>
- Carvalho, M. R. & Centeno, M. (2018). Diabetes associada à gravidez. In L. M. Graça (coord.), *Medicina Materno-Fetal*. (Cap. VII, p. 452-458)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, maio 1). *Supporting evidence for maternity practices in infant nutrition and care (mPINC)*. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/mpinc/supporting-evidence.html#Postpartum>
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2021). *Manual de Integração ao Bloco de Partos*. Maternidade Dr. Daniel de Matos. Coimbra
- Cerejeira, I. Cardoso, A., & Portugal, J. (2022). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros
- Cheng, G. Z., Chen, A., Xin, Y., & Ni, Q. Q. (2023). Using the teach-back method to improve postpartum maternal-infant health among women with limited maternal health literacy: a randomized controlled study. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05302-w>
- Clode, N., Afonso, M. C., Fonseca, A., Pinto, L. & Tavares, S. (2021). *Normas de Orientação – Versão Cefálica Externa*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-

Fetal. <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2021/03/NORMA-Versao-Cefalica-Externa.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. DGS.

https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf

Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

European Society for Medical Oncology. (2018). *What is Breast Cancer?* ESMO. <https://www.esmo.org/content/download/6593/114959/1/EN-Breast-Cancer-Guide-for-Patients.pdf>

Fatia, A & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 11, pp.310-311). Lidel

Feliciano, A. & Nelas, P. (2022). *Conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar*. [Tese de mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde de Viseu

Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 11.5, pp.353-360). Lidel

Freitas, M. J. S. & Baptista, M. C. D. (2016). Adaptação à Vida Extrauterina: Cuidados Imediatos ao Recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 14.1, p. 486). Lidel

Frutuoso, C. (2010). *Cuidados pré-operatórios e pós-operatórios*. Federação das Sociedades portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia.

http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_53.pdf

Graça, L. M. (2018). Hipertensão arterial na gravidez. In L. M. Graça (coord.), *Medicina Materno-Fetal*. (Cap. VII, p. 424-431)

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 5(5), CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>

Hill, P. D., Aldag, J. C., Hekel, B., Riner, G., & Bloomfield, P. (2006). Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. *Journal of nursing measurement*, 14(3), 205–220. <https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a005>

- Hutchon, D. J. (2013). Management of the Nuchal Cord at Birth. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 1(1), 4-6. doi: 10.22038/jmrh.2013.1249
- Inácio, I. (2016). Diabetes Gestacional. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 7.2, p. 203). Lidel
- Instituto Politécnico de Viseu. (2023) *Plano de Atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia*. Viseu.
- IRE – Centro de Senologia. (2023). *Intervenção mamária*. <https://ire.pt/servicos/intervencao-mamaria>
- Jiregna, B., Amare, M., Dinku, M., Nigatu, D., & Desalegn, D. (2024). Women Health Literacy and Associated Factors on Women and Child Health Care in Ilu Ababor Public Health Facilities, Ethiopia. *International journal of women's health*, 16, 143–152. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S443198>
- Kettle, C., Dowswell, T., & Ismail, K. M. (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD000947. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000947.pub3>
- Khajeei, D., Neufeld, H., Donelle, L., Meyer, S. B., Neiterman, E., Ike, N. A., & Li, J. Z. (2022). Maternal health literacy and health numeracy conceptualizations in public health: A scoping review. *Health & social care in the community*, 30(6), p. 3534–3546. <https://doi.org/10.1111/hsc.13981>
- Khorasani, E. C., Peyman, N., & Esmaily, H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the healthcare centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal of Midwifery Reproductive Health*, 6(1), 1157-1162. http://jmrh.mums.ac.ir/article_9613_783f6021f5770042ba50f6b82cf4cf2d.pdf
- Lastra, M. A. & Fernández, G. S. M. (2020). Síndrome HELLP: controversias y pronóstico [HELLP syndrome: controversies and prognosis]. *Hipertension y riesgo vascular*, 37(4), 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.07.002>
- Lavaredas, A. & Tomás, V. (2016). Alterações Fisiológicas na Gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 2.1, p. 58). Lidel

- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(1), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub3>
- Lee, J. Y., Murry, N., Ko, J., & Kim, M. T. (2018). Exploring the Relationship between Maternal Health Literacy, Parenting Self-Efficacy, and Early Parenting Practices among Low-Income Mothers with Infants. *Journal of health care for the poor and underserved*, 29(4), 1455–1471. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0106>
- Lei n.º 25/2014 de 2 de maio. (2014). *Diário da República n.º 32 - Série I*, 1403 – 1408. Lisboa: Assembleia da República
- Lei n.º 9/2009 de 4 de março. (2009). *Diário da República, n.º 44 - I Série-A*, 1466-1530. Lisboa: Assembleia da República
- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 13.2). Lidel
- Levy, L & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Liga Portuguesa contra o Cancro. (s.d.). *O Cancro da Mama*. <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/>
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 7.4, p. 211). Lidel
- Marchão, H. & Soares, I. (2016). Assistência no 3º Trimestre da Gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 4.4., p. 135). Lidel
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (8.º edição). Report Number
- Marques, J.P. & Mota, F. (2010). *Cirurgia uterina por via abdominal*. Federação das Sociedades portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia. http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_47.pdf
- Mascarenhas, C. (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica-episiotomia/traumática – laceração de 1º e 2º graus. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.),

Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (Cap. 5.5, p. 146). Lidel.

- Mascarenhas, C., Amaral, C. F., Sequeira, A. & Rua, M. (2020). Hemorragia Pós-Parto/Atonia uterina. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 6.2, p. 178). Lidel.
- McCarter, D., Law, A. A., Cabullo, H., & Pinto, K. (2022). Scoping Review of Postpartum Discharge Education Provided by Nurses. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 51(4), 377–387. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2022.03.002>
- McLintock, C. (2020). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage: focus on hematological aspects of management. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2020; 2020 (1): 542–546. doi: <https://doi.org/10.1182/hematology.2020000139>
- Mendes, I., Azeredo, Z. & Rodrigues, R. (2014). Maternal postpartum quality of life questionnaire - MAPP-QOL: validation of the Portuguese version in firsttime mothers. *Revista de Saúde Pública*, 48 (2014), p.238. <https://apdes.pt/wp-content/uploads/2015/12/Revista-de-Sa%C3%BAde-P%C3%BAblica.pdf>
- Miranda, A. M. R. C., Miranda, L. & Vermelho, M. A. (2016). Hemorragias da Gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 7.5, p. 216-202). Lidel
- Mokhtaryan-Gilani, T., Kariman, N., Nia, H. S., Doulabi, M. A., & Nasiri, M. (2022). The Maternal Postpartum Quality of Life Instrument (MPQOL-I): development and psychometric evaluation in an exploratory sequential mixed-method study. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), p. 576. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04900-y>
- Monteiro, F. & Leite, C. F. (2016). Estados Hipertensivos da Gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 7.1, p. 182-191). Lidel
- Monteiro, F., Fonseca, A., Pereira, M., & Canavarro, M. C. (2022). Perceived maternal parenting self-efficacy scale: Factor structure and psychometric properties among Portuguese postpartum women. *Midwifery*, 105, 103240. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103240>
- Oliveira, T. D., Rocha, K. S., Escobal, A. P., Matos, G. C., Cecagno, S., & Soares, M. C. (2019).

Orientações sobre período puerperal recebidas por mulheres no puerpério imediato.
Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 11(3), 620-626.
<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.620-626>

Ordem dos Enfermeiros (2013a). Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com qualidade:
Influência da Posição de Parto na Mãe e no Recém-Nascido: Indicador de evidência.
Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PosicaodeParto_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013b). Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com qualidade:
Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto: Indicador de evidência. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica N.º 09/2020 - Direitos da grávida/parturiente/puérpera*. MCEESMO.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20109/pronuncia-mceesmo_09-2020_direitos-da-gr%C3%A1vida-parturiente-e-pu%C3%A9rpera.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica N.º 21/2022 – Clarificação de conceitos relevantes no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica*. MCEESMO.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25861/pronuncia-mceesmo_21-2022_conceitos-prepara%C3%A7%C3%A3o-para-o-parto_31032022.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Parecer da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica N.º 22/2023 - Assistência pré-natal das grávidas de baixo risco*. MCEESMO.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28756/parecermceesmo_22-2023_assist%C3%A2ncia-pr%C3%A9-natal-das-gr%C3%A1vidas-debaixo-risco_anonimizado.pdf

- Organização Mundial da Saúde. (2015). *As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infeções maternas no período periparto*. OMS.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205681/WHO_RHR_16.01_por.pdf
- Parreira, V., Coutinho, E. & Néné, M. (2016). A Competência Cultural e a Prática de Enfermagem no Processo de Maternidade. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 3.3, p. 91). Lidel
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pedro, L. & Carvalho de Oliveira, S. (2016). A Dor no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 12.1, p. 411). Lidel
- Pereira, M. (2016). Preparação para o Nascimento e Parentalidade. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 6., p. 152-153). Lidel
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (6ª ed. Revista, atualizada e aumentada). Lisboa: Edições Sílabo.
- Phommachanh, S., Essink, D. R., Wright, P. E., Broerse, J. E. W., & Mayxay, M. (2021). Maternal health literacy on mother and child health care: A community cluster survey in two southern provinces in Laos. *PloS one*, 16(3), p. 0244181.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244181>
- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. & Marques, R. (2012). *Pelo direito ao parto normal: Uma visão partilhada*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf
- Portugal, Despacho n.º 8254/2017. (2017, setembro 21). Revoga o n.º 2 do Despacho n.º 4808/2013, de 8 de abril de 2013. *Diário da República*, 2 (68), pp. 20788 – 20789.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/09/183000000/2078820789.pdf>
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: INE.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Partos (N.º) nos hospitais públicos de acesso universal e hospitais em parceria público-privada por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Tipo de parto*. Lisboa: INE.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008120&contexto=bd&selTab=tab2

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto – CRPP. Equidade na transição para a maternidade e a paternidade - Orientações*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/documento-em-audicao-publica-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2023a). *Orientação n.º 002/2023 de 10/05/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. DGS.

<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2023b). Norma n.º 001/2023 de 27/01/2023: *Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf

Portugal, Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2(26), pp. 4744-4750.

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Portugal, Regulamento n.º 391/2019 (2019, maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*, 2(85), pp.13560-13565.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*.

Lisboa: Direção Geral da Saúde. https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Saude_Mental_e_Gravidez_primeira_infancia_Folheto_DGS

_2005.pdf

- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
https://www.researchgate.net/publication/371901961_Plano_Nacional_de_Literacia_em_Saude_e_Ciencias_do_Comportamento_2023-2030_-_Plano_Estrategico
- Pousa, O., Amaral, C. F. & Maia, A. M. (2020b). Consulta de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica: Pré-Conceção. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 1, p. 1-3). Lidel.
- Pousa, O., Henriques, C. M. G., Correia, T. I., Mascarenhas, C., Sardo, D., Amaral, C. F. & Sequeira, A. (2020a). Maceração e fissura mamilar. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap.9.2, p. 307-310). Lidel.
- Rocha, S. B., Ferreira, I., Varela, V., Maia, A. M. & Pousa, O. (2020). Consulta de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica Pré-Natal de Baixo Risco. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 2, p. 5-22). Lidel.
- Sabetghadam, S., Keramat, A., Goli, S., Malary, M. & Chamani, S. R. (2023). Maternal Health Literacy, Health information-seeking Behavior and Pregnancy Outcomes Among Iranian Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. *Community Health Equity Research & Policy*, 44(1). p. 77-87. doi:[10.1177/0272684X221095659](https://doi.org/10.1177/0272684X221095659)
- Sampaio, F. M. C., Pereira, P. F., Castro, S. A. P., Morgado, T. M.M. & Lourenço, T. M. G. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) – Mandato 2020-2023*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30958/gobp_literaciasaudemental_v3ok.pdf

- Santana, A. & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do Bem-estar Materno-Fetal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 11.9.1, p. 392). Lidel
- Santo, S. (2022). *Normas de Orientação Clínica – Episiotomia*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Episiotomia.pdf
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49(jun/dez). pp.153-171.
- Santos, M. F. R. (2018). *Literacia em Saúde Materna: Uma estratégia para a promoção de uma gravidez saudável*. [Tese de mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Santos, M. J. F. & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 13.3, p. 455-471). Lidel
- Santos, M. J., Correia, T. I., Prata, A. P., Sequeira, A., Lopes, S. & Freitas, C. (2020a). Avaliaçãodos lóquios. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 7.5, p. 205-206). Lidel.
- Santos, M. J., Sequeira, A., Freitas, C., Prata, A. P. & Lopes, S. (2020b). Vigilância no puerpériode Baixo Risco. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 7, p. 187-190). Lidel.
- Sequeira, A., Santos, M. J., Freitas, C., Prata, A. P. & Lopes, S. (2020c). Avaliação da involuçõesuterina. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 7.3, p. 195-198). Lidel.
- Sequeira, A., Sardo, D., Pousa, O., Henriques, C. M. G., Correia, T. I., Mascarenhas, C. & Amaral, C. F. (2020d). Aleitamento Materno. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F.

- Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 9.1, p. 295-305). Lidel.
- Sequeira, A., Seabra, A., Pousa, O. & Correia, T. I. (2020e). Rastreamento cardíaco ao recém-nascido. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 8.8, p. 279-282). Lidel.
- Sequeira, A., Sobral, M. F., Prata, A. P., Correia, T. I., Henriques, C. M. G. & Monteiro, M. J. (2020b). Terceiro Estádio do trabalho de parto (dequitação). In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 5.8, pp. 162-168). Lidel.
- Sequeira, A., Sobral, M. F., Prata, A. P., Correia, T. I., Monteiro, M. J. & Henriques, C. M. G. (2020a). Rotura Artificial de membranas (amniotomia). In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 4.2, p. 79-82). Lidel.
- Silva, C. S., Brandão, S., Azevedo, A. R., & Prata, A. P. (2023). Maternal self-efficacy in newborn care: influence of maternal variables. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 14(3), 907–914. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2023.14.0003>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2023). *Cancro Ginecológico - Consensos Nacionais 2020*. https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2020/01/Brochuradig_ConsensosNacionais_23_310123-002.cleaned.pdf
- Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. (2022). *Definição sumariada de Literacia em Saúde*. SPLS. <https://splspportugal.com/sobre/>
- Stepan, H., Galindo, A., Hund, M., Schlembach, D., Sillman, J., Surbek, D. & Vatish, M. (2023). Clinical utility of sFlt-1 and PlGF in screening, prediction, diagnosis and monitoring of pre-eclampsia and fetal growth restriction. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 61(2), 168–180. <https://doi.org/10.1002/uog.26032>
- Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A. B., Casal, E. & Pereira, A. (2018). Evidence in the maternal position in second stage of labor. *Acta Obstet Ginecol Port*, 12(4): 277-283. http://www.fspog.com/fotos/editor2/07-ar_17-00055.pdf
- USF Infante D. Henrique. (2014). *Regulamento Interno da USF Infante D. Henrique*.

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/2182391/QUEM%20SOMOS/Regulamento%20Interno%20USF%20Infante%20D.%20Henrique.pdf>

- Ventura, R. (2016). Os Primeiros Dias do Recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 14.3, p. 504). Lidel
- Wagner, T., Thompson, E. L., Gadson, A., Stark, M., Bush, K., & Raines-Milenkov, A. (2020). Postpartum Education and Health Literacy: New Moms' Perspectives. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 24(4), p. 346–359.
<https://doi.org/10.1080/15398285.2020.1810964>
- Wang, Q., Zhang, Y., Li, X., Ye, Z., Huang, L., Zhang, Y., & Zheng, X. (2021). Exploring maternal self-efficacy of firsttime mothers among rural-to-urban floating women: a quantitative longitudinal study in China. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 18(6), 2793. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062793>
- World Health Organization. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. WHO
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. WHO.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. WHO.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. WHO.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>
- Yee, L. M., Silver, R., Haas, D. M., Parry, S., Mercer, B. M., Wing, D. A., Reddy, U., Saade, G. R., Simhan, H., & Grobman, W. A. (2021). Association of Health Literacy Among

Nulliparous Individuals and Maternal and Neonatal Outcomes. *JAMA network open*, 4(9), p. 2122576. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.22576>

Zheng, X. J., Morrell, J., & Watts, K. (2018). A quantitative longitudinal study to explore factors which influence maternal self-efficacy among Chinese primiparous women during the initial postpartum period. *Midwifery*, 59, 39–46.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.022>

Anexos

Anexo I – Questionário

À participante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida.

No âmbito do 7º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia e do 12º Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um estudo cujo título é “**Perceção de conhecimentos na alta hospitalar: impacto do contexto sociodemográfico e obstétrico**”. Os objetivos desta investigação são identificar os conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar e analisar o impacto das variáveis sociodemográficas e obstétricas nos conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Assim sendo:

- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua situação e experiência;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula (□), deve assinalar com uma cruz (x) a alínea que está de acordo com a sua opinião. Nas questões onde encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, ao solicitado, de forma, a que não restem dúvidas da sua intenção.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurada que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Em caso de dúvida ou de necessidade de qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar-nos através do e-mail: jessicasantos95@live.com.pt. A equipa de investigação agradece o seu interesse e disponibilidade em participar no estudo.

Equipa:

Professora Doutora Paula Nelas (Investigador Responsável)

Jessica Maria da Silva Santos (Estudante do 7º CMESMOG e do 12º CPLEESMO)

Assim, depois de devidamente informada, **autorizo a participação** neste estudo

Data: ____/____/_____

Nome: _____

Assinatura do participante _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi entendida

Nome do investigador: _____

Assinatura: _____

Questionário

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

1. Idade: _____ anos

2. Estado Civil:

Casada/União de facto

Solteira/Divorciada/Separada/Viúva

3. Habilitações Literárias:

2º Ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano)

3º Ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano)

Ensino Secundário (10º - 12º ano)

Curso de especialização tecnológica

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro: _____

4. Profissão: _____

5. Situação laboral:

Empregada a tempo inteiro

Empregada a tempo parcial

Desempregada

Em formação

Outro. Qual? _____

6. Residência:

Aldeia

Vila

Cidade

7. Rendimento mensal:

≤ 500€

Entre 501 e ≤1000€

Entre 1001 e ≤1500

≥ 1500 €

8. Constituição do agregado familiar:

2 pessoas

3 pessoas

4 pessoas

5 pessoas

> 5 pessoas

Parte II – Caracterização Obstétrica

História Obstétrica

1. Tem outros filhos?

Não Sim Se sim, quantos? _____

2. Vigiou a atual gravidez?

Não Sim Se sim, quantas consultas teve? _____

3. Que profissional de saúde vigiou a gravidez? (pode assinalar mais do que uma resposta)

Médico(a) de família Médico(a) Obstetra
 Enfermeiro(a) Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Enfermeiro (a)

4. Frequentou um Programa de preparação para o parto?

Não Sim

Se sim, iniciou as aulas às:

≥ 24 semanas de gestação ≥ 28 semanas de gestação
 ≥ 32 semanas de gestação ≥ 36 semanas de gestação

Quantas sessões frequentou no total? _____

4.1. Durante as sessões do Programa de preparação para o parto, foi-lhe realizado ensinios sobre:

		Sim	Não
Cuidados ao bebé	Cuidados de higiene ao bebé		
	Banho		
	Coto umbilical		
	Olhos, ouvidos e nariz		
	Medidas de segurança e conforto		
	Sono		
	Choro		
	Transporte		
	Preparação do enxoval e da casa		
	Amamentação		
	Vantagens		
	Dificuldades		
	Importância dos laços afetivos		
	Mãe-Filho		
	Pai-Filho		
	Mãe-Pai-Filho		

Vigilância da saúde	Vigilância de saúde durante a gravidez		
	Consultas		
	Exames		
	Suplementação		
	Vacinação		
	Promoção e vigilância da Saúde Infantil		
	Programa Nacional de Saúde Infantil		
	Programa Nacional de Vacinação		
	Rastreio de Doenças Genéticas e Metabólicas		
Recuperação pós-parto	Autocuidado		
	Alterações fisiológicas e desconfortos		
	Sinais de alarme		
	Físicos		
	Psicológicos		
	Exercícios de recuperação pós-parto		
	Consulta de revisão do puerpério		

5. Tipo de Parto

- Eutócico (normal) Distócico (Ventosa, Forceps ou Cesariana)

6. Teve acompanhamento por uma pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto?

- Não Sim

Se sim, qual o apoio prestado?

- Físico (no alívio da dor: deambulação, massagem)
 Emocional (escuta, tolerância, atenção, compreensão, empatia)

7. Elaborou um Plano de Parto (escrito)?

- Não Sim

8. Dentro do possível, o Plano de Parto e/ou o que verbalizou quanto às suas expectativas relativamente ao trabalho de parto e parto na admissão à Sala de Partos foi respeitado?

- Não Sim

9. Classifique a sua experiência:

	Muito boa	Boa	Razoável	Má
Como classifica a experiência do trabalho de parto?				
Como classifica a experiência do parto?				
Como classifica a experiência após o parto (na enfermaria)?				

10. No internamento do puerpério, os/as enfermeiros(as) deram-lhe informações sobre:

	SIM	NÃO
Alterações fisiológicas e desconfortos pós-parto		
Aspetos psicológicos do puerpério e sinais de alarme		
Autocuidado no pós-parto		
Adaptação da mulher/casal ao pós-parto		
Planeamento familiar		
Sexualidade		
Adaptação ao novo elemento da família		
Direitos sociais/legislação de apoio à parentalidade		
Consulta de vigilância de saúde – revisão do puerpério		
Recuperação pós-parto		
Exercício físico		
Reabilitação do períneo (massagem, cuidados de higiene, exercícios de kegel),		
Alimentação saudável e equilibrada		
Sono e repouso		
Lazer		
Aleitamento materno		
Vantagens		
Extração e conservação do leite materno		
Prevenção e tratamento de complicações		
Cuidados de higiene do bebé, conforto e segurança		
Banho		
Cuidados ao coto umbilical		
Troca da fralda		
Choro e estratégias de consolo		
Sono		
Prevenção de acidentes		
Alimentação		
Comportamentos de risco		
Promoção e vigilância de Saúde Infantil		
Frequência das consultas		
Vacinação		
Rastreio de Doenças Genéticas e Metabólicas – Teste do Pezinho		
Desenvolvimento sensoriomotor do bebé		
Transporte do bebé em Sistema de Retenção (Cadeirinha)		

11. Durante o internamento, teve dúvidas?

- Não Sim

Se sim, as dúvidas foram esclarecidas por

- Enfermeiro(a) Médico(a) Ambos

12. Durante o internamento, o/a enfermeiro(a) auxiliou-a nos cuidados ao bebé?

- Não Sim

Se sim, em quais dos cuidados obteve apoio (pode assinalar mais do que uma resposta):

Amamentação (sinais de boa pega, posição para amamentar)	
Higiene do bebé	
Cuidados ao coto umbilical	
Muda da fralda (características das dejeções e micções)	
Pele (coloração)	
Segurança do bebé	
Choro	
Cólicas	
Medidas de conforto (colo, massagem)	
Sinais de alarme no bebé	

13. Durante o internamento, o/a enfermeiro(a) promoveu o seu autocuidado?

- Não Sim

Se sim, em quais dos cuidados obteve apoio (pode assinalar mais do que uma resposta):

Amamentação (vantagens e gestão de dificuldades)	
Cuidados de higiene da região genital	
Prevenção da infeção puerperal	
Eliminação Vesical e Intestinal	
Alimentação	
Estratégias de alívio da dor	
Alterações emocionais no pós-parto	
Recuperação e bem-estar	

Parte III - Escalas

ESCALA DE CONHECIMENTOS PERCECIONADOS PELA PUÉRPERA NA ALTA HOSPITALAR

(Feliciano e Nelas, 2022)

As afirmações que se seguem, dizem respeito aos conhecimentos que adquiriu durante o internamento em obstetrícia. Assinale a quadrícula com **X**, que melhor corresponde aos seus conhecimentos adquiridos.

Legenda: 1 – Com Conhecimento 2- Com Dúvidas 3 – Sem Conhecimento

Conhecimentos sobre:	1	2	3
Alterações fisiológicas que ocorrem no corpo após o parto			
Início da atividade sexual			
Métodos contraceptivos a utilizar no pós-parto			
Prática de atividade física			
Alimentação equilibrada			
Importância do sono e repouso			
Recursos disponíveis na comunidade para apoio a si e ao seu bebé			
Direitos sociais			
Como os familiares/amigos podem ajudar nas atividades de vida diárias			
Importância da consulta de revisão pós-parto.			
Cuidados de higiene da região genital			
Sinais e sintomas de alarme no pós-parto			
Aleitamento Materno (vantagens)			
Amamentação do bebé			
Sinais de boa pega (sucção e deglutição do bebé enquanto mama)			
Sinais e sintomas de complicações da amamentação (fissuras, ingurgitamento mamário, obstrução dos ductos mamários, mastite)			
Técnica de esvaziamento mamário			
Extração e conservação do leite materno			
Preparação do biberon			
Existência do Cantinho da Amamentação/Linha de Apoio à Amamentação			
Conhecimentos sobre:	1	2	3
Importância de expressar os seus sentimentos			
Importância de esclarecimento de dúvidas			
Importância de promover a sua saúde mental			
Crescimento e desenvolvimento do bebé			
Sinais e sintomas de alarme no bebé			

Técnica do banho ao bebé e cuidados com a pele			
Cuidados com o coto umbilical			
Icterícia fisiológica do bebé			
Caraterísticas das dejeções do bebé			
Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (teste do pezinho)			
Rastreio Auditivo Neonatal Universal			
Importância da vigilância do peso do bebé após a alta hospitalar			
Importância da vigilância da saúde infantil			
Importância do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação			
Prevenção de acidentes no 1º ano de vida do bebé			
Transporte seguro do bebé no automóvel			
Cuidados com a roupa do bebé			
Cuidados com o espaço ambiente onde o bebé se encontra			
Vinculação aos membros da família (irmãos, avós)			
Síndrome da Morte Súbita do Lactente			

Anexo II – Pedido de autorização para efetuar colheita de dados

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE
Av. Rei D. Duarte
3509-504 Viseu

P. Soares

v. referência:

v. data:

n. referência:

data:

ESSV-0490 27-02-2023

assunto:

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante **Jessica Maria da Silva Santos** do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia a desenvolver um estudo subordinado ao tema **"Conhecimentos maternos na alta hospitalar: Impacto do contexto obstétrico e qualidade de vida"**.

Pretende-se com este estudo identificar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, analisar a qualidade de vida percecionada pela puérpera na alta hospitalar e analisar o impacto das variáveis sociodemográficas, obstétricas e qualidade de vida nos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar.

Neste contexto, vimos solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 9 de outubro de 2023 a 29 de fevereiro de 2024, no Serviço de Internamento de Obstetrícia do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados e a Declaração de Consentimento Informado, a aplicar às puérperas.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside.

Mais informamos que a Senhora Prof. Doutora Paula Nelas é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou correio eletrónico pnelas@essv.ipv.pt. Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir o prazo académico da estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

A Presidente,

(Manuela Maria Conceição Ferreira, PhD)

Florencia da São Teodónio - Viseu

Secretaria de Administração

Documento nº *E09216*

Emenda *02/10/23*

Setor *1*


Funcionário *2*

Anexo:

- Projeto Investigação
- Questionário
- Declaração de Consentimento Informado
- Submissão de Projeto de Investigação - Comissão de Ética para a Saúde do CHTV

PM/19

Anexo III – Autorização para colheita de dados

A. C. A.
 14.10.23

 José L. Gomes
 (Enfermeiro Director)



DELIBERAÇÃO

N/ Referência	12/29/09/2023
Designação	Conhecimentos maternos na alta hospitalar: Impacto do contexto obstétrico e qualidade de Vida.
Investigador(a) Principal	Jéssica Maria da Silva Santos – Mestrado Enfermagem
Outros colaboradores	
Data do documento	27 de setembro de 2023
Data de Entrada na CES	27 de setembro de 2023
Data de Deliberação CES	29 de setembro de 2023

Analisado o pedido de autorização, para realização do estudo subordinado ao tema: "Conhecimentos maternos na alta hospitalar: Impacto do contexto obstétrico e qualidade de Vida", cuja investigadora principal é a aluna de mestrado em enfermagem de saúde materna, Obstetria e Ginecologia, Jéssica Maria da Silva Santos, esta CES deliberou nada a opor, ao mesmo.

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 29/09/2023

- Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro
- Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade
- Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira
- Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes
- Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida



Dra. Helena Solheiro
 Presidente da C.E.S.

AUTORIZADO
 Reunião: 13.10.23
 CONSELHO
 ADMINISTRAÇÃO
 Presidência (Heloísa Duarte)
 Vogal Executivo (Suzana Sá)
 Vogal Fiscalizador (Mafalda Galvão)
 Diretor Clínico (José L. Gomes)
 Enfermeiro Director (José L. Gomes)

Anexo IV - Pedido de autorização da Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar (ECPAH)

Pedido de autorização da Escala de Conhecimentos das Puérperas na Alta Hospitalar (ECPAH)

Jessica Santos
Para: pnelas@gmail.com
Cc: belafeli@gmail.com
qui, 22/02/2024 14:52

Exma. Sra. Professora Doutora Paula Nelas

No âmbito da realização da dissertação de mestrado, do 7º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia cujo título é "Conhecimentos maternos na alta hospitalar: impacto do contexto obstétrico e qualidade de vida", e enquanto orientadora e investigadora principal do Relatório Final, venho por este meio solicitar a autorização para a utilização da Escala de Conhecimentos das Puérperas na Alta Hospitalar (ECPAH), construída e validada por si e pela enfermeira Anabela Feliciano.

Os objetivos desta investigação são identificar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, avaliar a qualidade de vida percecionada pela puérpera na alta hospitalar, analisar o impacto das variáveis sociodemográficas e obstétricas nos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar e determinar se a qualidade de vida tem influência nos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar

Agradeço desde já a atenção dispensada, ficando à vossa disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais considerados necessários.

Atenciosamente,
Jessica Santos

Responder Responder a todos Reencaminhar

Re: Pedido de autorização da Escala de Conhecimentos das Puérperas na Alta Hospitalar (ECPAH)

PN paula nelas <pnelas@gmail.com>
Para: Você
qui, 22/02/2024 15:03

Iniciar resposta com: Assim farei. Eu agradeço. Recebi-o!

Boa tarde Enfermeira Jessica.

Autorizo a utilização da escala supracitada, desejando, desde já, votos de maior sucesso.

Atenciosamente

Paula Nelas

Em qui., 22 de fev. de 2024 às 14:52, Jessica Santos <jessicasantos95@live.com.pt> escreveu:
Exma. Sra. Professora Doutora Paula Nelas

No âmbito da realização da dissertação de mestrado, do 7º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia cujo título é "Conhecimentos maternos na alta hospitalar: impacto do contexto obstétrico e qualidade de vida", e enquanto orientadora e investigadora principal do Relatório Final, venho por este meio solicitar a autorização para a utilização da Escala de Conhecimentos das Puérperas na Alta Hospitalar (ECPAH), construída e validada por si e pela enfermeira Anabela Feliciano.

Os objetivos desta investigação são identificar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, avaliar a qualidade de vida percecionada pela puérpera na alta hospitalar, analisar o impacto das variáveis sociodemográficas e obstétricas nos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar e determinar se a qualidade de vida tem influência nos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar

Agradeço desde já a atenção dispensada, ficando à vossa disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais considerados necessários.

Atenciosamente,
Jessica Santos

Re: Pedido de autorização da Escala de Conhecimentos das Puérperas na Alta Hospitalar (ECPAH)

AF Anabela Feliciano <belafeli@gmail.com>
Para: Você
sex, 23/02/2024 23:30

Boa noite Jéssica, espero que se encontre bem.

Autorizo, com muita satisfação, que utilize a escala elaborada durante o meu mestrado. Estarei ao seu dispor para o que for necessário.

Desejo que tudo lhe corra bem a si e ao seu projeto.

Atenciosamente
Anabela Feliciano

A quinta, 22/02/2024, 14:52, Jessica Santos <jessicasantos95@live.com.pt> escreveu:
Exma. Sra. Professora Doutora Paula Nelas

No âmbito da realização da dissertação de mestrado, do 7º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia cujo título é "Conhecimentos maternos na alta hospitalar: impacto do contexto obstétrico e qualidade de vida", e enquanto orientadora e investigadora principal do Relatório Final, venho por este meio solicitar a autorização para a utilização da Escala de Conhecimentos das Puérperas na Alta Hospitalar (ECPAH), construída e validada por si e pela enfermeira Anabela Feliciano.

Os objetivos desta investigação são identificar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, avaliar a qualidade de vida percecionada pela puérpera na alta hospitalar, analisar o impacto das variáveis sociodemográficas e obstétricas nos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar e determinar se a qualidade de vida tem influência nos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar

Agradeço desde já a atenção dispensada, ficando à vossa disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais considerados necessários.

Atenciosamente,
Jessica Santos

