EESMO

LIVRO DE BOLSO

Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras

EESMO

LIVRO DE BOLSO

ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM
SAÚDE MATERNA
E OBSTÉTRICA/
PARTEIRAS

05
Mensagem de Boas-Vindas do Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

07
Filosofia de Cuidados em Saúde Materna e Obstétrica

11
Definição Internacional de Parteira pela Confederação Internacional de Parteiras

13
Esfera de ação do Enfermeiro Especialista em EESMO/Parteira

15
Competências dos EESMO– Da definição à apropriação

19
Princípios éticos e deontológicos do EESMO

23
Padrões Assistenciais do EESMO

29
Pontos de atenção à Mulher antes da gravidez

31
Pontos-chave na prestação de cuidados à Mulher durante a gravidez

39
Pontos-chave na assistência da parteira

49
Pontos-chave na prestação de cuidados à Mulher após a gravidez

53
Circuito de Orientações para Referência

59
Parecer sobre obrigatoriedade de resposta a reclamações

EESMO

LIVRO DE BOLSO
ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM
SAÚDE MATERNA
E OBSTÉTRICA/
PARTEIRAS

FICHA TÉCNICA

AUTORES

Aida Barradas
Ana Lúcia Torgal
Ana Paula Gaudêncio
Antónia Prates
Cristina Madruga
Elisa Clara
Elisabete Santos
Elsa Salgueiro
Joana Varela
Lúcia Leite
Madalena Fernandes
Manuela Ferreira
Sofia Rodrigues
Susana Santos
Vítor Rocha
Vítor Varela

DATA DE PUBLICAÇÃO

2015

COORDENAÇÃO
E GRAFISMO

Goody S.A.

COORDENAÇÃO

Iolanda Veríssimo

PROJETO GRÁFICO
E PAGINAÇÃO

Joana Nunes

Um fio condutor para a prática dos EESMO

Mensagem de boas-vindas

POR: GERMANO COUTO BASTONÁRIO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

Caros colegas,
É com grande satisfação que felicito a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), bem como a sua Comissão de Apoio, pela iniciativa de criar um documento com as características da presente obra.
Sendo especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tenho a perfeita noção de que nem sempre é fácil saber onde encontrar informação especificamente dirigida à especialidade, não obstante os diversos documentos disponibilizados no site da Ordem dos Enfermeiros.
Daí que esta obra venha preencher uma lacuna importante. Ao criar este livro, a MCEESMO vai reunir, numa única obra, informação tão importante como a definição da profissão, o seu campo de ação, a sua filosofia de cuidados, os seus padrões assistenciais e as suas questões éticas. Os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica poderão igualmente consultar os pontos-chave da sua ação, os seus referenciais e respostas às eventuais queixas dos utentes.
Em suma, estamos perante um documento completo mas de consulta fácil, que ajudará cada membro deste Colégio a desenvolver o seu trabalho de forma homogénea e de qualidade.
Este é mais um passo para empoderar os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no sistema de saúde português.

Votos de excelente trabalho.

Filosofia de Cuidados em Saúde Materna e Obstétrica

Empowerment

Na prestação de cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) surgem, frequentemente, dúvidas e questões aparentemente problemáticas. A primeira premissa para sanar estas questões, da forma mais eficaz e eticamente correta, baseia-se no recurso à evidência. A prática baseada na evidência é a mais amplamente aceite e deverá ser a (realmente) praticada.

Walsh[1] advoga que todas as unidades obstétricas deveriam proceder à subscrição de periódicos relevantes na área da Obstetrícia, de forma a todos os profissionais dessas unidades poderem ter acesso a jornais/revistas eletrónicos.

O paradigma da prestação de cuidados de Saúde Materna difere, consoante os fatores contextuais existentes. No entanto, e de uma forma geral, os EESMO/Parteiras deparam-se com o mesmo tipo de questões, independentemente do país em que se encontrem. Em grande parte, estas incertezas e medos provêm do modelo (bio) médico que durante tanto tempo veio enraizando os seus princípios na prática tradicional das parteiras, produzindo subversão e adulteração da mesma.

Perante esta certeza, surge uma questão, universal: como encorajar as EESMO/Parteiras a alterar práticas que estão tão enraizadas? A resposta surge em dois passos: o recurso à evidência e o empoderamento da profissão.

A Parteira Mavis Kirkham, no seu brilhante discurso na 6.ª conferência anual da *Association of Radical Midwives* (23 Novembro 2012), deixou-nos algumas estratégias passíveis de recurso pelos EESMO/Parteiras, face às contradições e medos gerados no confronto com o modelo biomédico, de forma a fortalecer-nos enquanto profissão. Destas estratégias, passamos a destacar a importância de nutrir/estimular ou empoderar os EESMO/Parteiras, encorajar a diversidade, o desenvolvimento do sentimento de solidariedade entre pares e o desenvolvimento de estratégias políticas.

> "A filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EESMO/Parteira trabalha em parceria com a Mulher"

Relativamente ao empoderamento dos EESMO/Parteiras, aspeto crucial na construção da nossa identidade profissional,

este deverá ser um cariz a nutrir e desenvolver diariamente, entre colegas. Para isso, devemos desenvolver e fortificar modelos de cuidados de EESMO/Parteiras, atribuir louvores, criar redes de apoio, cuidar "umas das outras", evitar "apontar o dedo da culpa", suportar-nos mutuamente para desenvolver estratégias de mudança e superar contextos destrutivos, assim como desenvolver estratégias de *coping* a curto prazo. No que concerne às estratégicas políticas a desenvolver, estas passam pelo valorizar os relacionamentos, desenvolver solidariedade e apoiar as colegas em situações de opressão ("caça à bruxa"), realçar os benefícios a longo prazo das boas experiências de parto, analisar os contributos dos cuidados e quebrar barreiras através de uma "escala humana de trabalho".

"No cuidado centrado na Mulher, o EESMO/Parteira assume o papel de seu defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões"

As questões centrais no empoderamento dos EESMO/Parteiras, devem ser do nosso conhecimento, e têm como aspetos basilares: a continuidade de cuidados, o nutrir e preservar os relacionamentos entre pares assim como o sentido de lealdade, a análise de situações e o privilegiar relações de atenção e carinho quer com mães/utentes, quer entre EESMO/Parteiras.

O objetivo máximo de todas as Parteiras/EESMO deverá contribuir para a construção de "(...)um mundo onde todas as parturientes têm acesso aos cuidados de uma parteira para si e para o seu recém-nascido"[2].

Pelo que a filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EESMO/Parteira trabalha em parceria com a Mulher, colocando-a no lugar central durante o ciclo reprodutivo. Esta filosofia garante uma continuidade de cuidados, a qual melhora e protege o processo normal de parir e nascer.

O modelo de cuidados centrados na Mulher implica uma adequação dos mesmos às suas reais necessidades, que estes sejam sensíveis às necessidades individuais das mulheres, e que haja lugar a escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos à prestação de cuidados[3]. Pressupõe ainda que seja enfatizado o empoderamento (*empowerment*)/capacitação das mulheres, afirmando a sua própria força e competências pessoais, assim como um compromisso com a promoção do trabalho de parto e parto fisiológicos.

Políticas de saúde centradas na Mulher garantem a escolha no acesso ao tipo de cuidados na assistência pré e pós-natal e ao local de parto. Esta filosofia enfatiza também o desenvolvimento de competências dos EESMO/Parteiras, assim como de um forte sentido de liderança, e o seu próprio empoderamento, enquanto profissão/categoria, detentora de uma identidade profissional.

O "cuidado centrado na Mulher"[4] é o termo que descreve uma filosofia de cuidados de Saúde Materna e Obstétrica que dá prioridade aos desejos e necessidades das mulheres, enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das utentes, a eficácia clínica, capacidade de resposta e acessibilidade.

Os princípios fundamentais do cuidado centrado na Mulher asseguram[4]:

- Um enfoque na gravidez e parto como o início da vida em família, e não apenas como episódios clínicos isolados, que tem em conta e valoriza os significados individuais que cada Mulher traz, na sua experiência de maternidade;
- As mulheres são parceiros igualitários no planeamento e prestação de cuidados;
- É dada oportunidade de escolha informada às mulheres, em termos das opções disponíveis durante a gravidez, o parto e o período pós-natal – tais como o local de nascimento e quem lhes presta assistência;

• As mulheres têm controlo sobre as principais decisões relativas ao conteúdo e modo de prestação dos seus cuidados, e são apoiadas para ter uma gravidez e parto normais;

• As mulheres têm continuidade de cuidados, de modo a que possam desenvolver relações de confiança com os seus cuidadores.

No cuidado centrado na Mulher, o EESMO/Parteira assume o papel de seu defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões, apoiando-a nas suas escolhas informadas, incentivando a sua autoeficácia, e oferecendo um leque de informação imparcial que abrange as suas crenças e valores, isenta de julgamentos.

O cuidado prestado por EESMO/Parteira é, naturalmente, holístico pois atende à compreensão da Mulher nas suas dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica, no seu ciclo reprodutivo, considerando-a no seu todo – incluindo sempre os seus sentimentos e expetativas, promovendo e protegendo ativamente o seu bem-estar, promovendo uma consciência de saúde dos seus semelhantes, tal como do estado de saúde do feto, no decurso da gravidez[3,5].

As mulheres que são atendidas por parteiras tendem a apresentar menores taxas de intervenção, tais como: realização de ecografias, recurso a analgesia epidural, uso de monitorização cardíaca fetal contínua, realização de cesarianas e de induções do trabalho de parto[6,7]. Vários estudos demonstram consistentemente os resultados clínicos da assistência prestada por parteira: as mulheres atendidas por parteiras apresentam menos complicações no parto[7,8] e níveis elevados de satisfação relativamente aos cuidados e à forma como estes lhes foram prestados[7,8,9,10].

Uma revisão da *Cochrane11* evidenciou robustos resultados do modelo assistencial prestado por EESMO/Parteira, identificando 11 estudos e uma amostra global de 12.276 mulheres. A assistência por parteira foi associada a vários benefícios para mães e recém-nascidos, e não foram identificados quaisquer efeitos adversos. As principais vantagens identificadas foram a redução do uso de analgesia regional, menor número de episiotomias e de partos instrumentados. Este modelo propiciou à Mulher a oportunidade de se sentir no controlo durante o parto, de ter um parto vaginal espontâneo e de iniciar o aleitamento materno; além disto, os recém-nascidos de mulheres que foram randomizadas para receber cuidados por parteiras, tiveram um menor tempo de permanência hospitalar. Esta revisão concluiu que a maioria das mulheres deve ser encaminhada para este modelo de assistência.

O escopo de atuação do EESMO/Parteira é a promoção do parto normal, com grande enfoque no parto natural. O EESMO/Parteira é o profissional de referência, e o mais especializado em atendimento ao parto natural. Também neste aspeto a evidência científica nos revela que uma maior satisfação da Mulher com a sua experiência de parto está, efetivamente, associada ao parto natural e, sobretudo, ao tipo de assistência que lhe é prestada. Um estudo canadiano[12] concluiu que as mulheres atendidas por parteiras tendem a apresentar níveis de satisfação mais elevados em todas as suas dimensões, e a metodologia de parto natural apresenta elevada correlação com os seus níveis de satisfação.

"Políticas de saúde centradas na mulher garantem a escolha no acesso ao tipo de cuidados na assistência pré e pós-natal e ao local de parto"

A filosofia subjacente à prestação de cuidados por EESMO/Parteiras consiste na normalidade, na continuidade de cuidados e no estabelecimento de uma forte relação de confiança com a Mulher.

Os cuidados prestados pelos EESMO/Parteiras devem ser flexíveis, criativos, de capacitação/empoderamento e de suporte às

mulheres. Aos EESMO/Parteiras cabe ouvir e apoiar a Mulher nas suas escolhas, sem juízos de valor, com a consciência de que as crenças e valores das mulheres sobre a gravidez e o parto são mais elaborados do que uma superficial dicotomia entre "natural" e "medicalizado". As escolhas que as mulheres fazem dependem de vários fatores, principalmente das normas culturais e sociais do meio onde estão inseridas, mas também do tipo de cuidados que lhes é oferecido e disponibilizado – cabe ao EESMO/Parteira a oferta de um modelo assistencial adequado e holístico.

A filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica é dinâmica na sua abordagem, baseia-se na integração do conhecimento derivado das artes e das ciências, fortalecida pela experiência e pesquisa, e cooperativa com outros profissionais de saúde.

A profissão de EESMO/Parteira implica preocupação com a promoção da saúde da Mulher, centra-se nas vertentes da sexualidade e da reprodução, compreendendo-a como indivíduo saudável, no decurso do ciclo vital.

Os resultados da prestação de cuidados por EESMO/Parteiras são medidos/avaliados pelos ganhos em saúde para a Mulher e, a autonomia dos EESMO/Parteiras, no desenvolvimento das suas competências, traduz-se em ganhos em saúde para as mulheres, crianças e famílias.

A tomada de decisão que orienta o exercício autónomo dos EESMO/Parteiras integra os resultados da evidência científica e o respeito pelas características individuais de cada Mulher, fortalecendo o exercício da obstetrícia centrada na Mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Walsh D. (2007). Evidence-based care for normal labour and birth: a guide for midwives. Oxon: Routledge.
[2] Day-Stirk F. (2012). Standard ICM Competency-Based List for Basic Skills Training in Midwifery Schools. International Confederation of Midwives. Disponível em: http://www.k4health.org/sites/default/files/WEBSITE%20VERSION%20ACCESSED%20Skills%20List%20FINAL%20-%2013%20November%202012.pdf
[3] New Zealand College of Midwives (2008). Midwives Handbook for practice. Chistchurch: New Zealand. ISBN 978-0-473-12992-7.
[4] The Royal College of Midwives (2011). Woman centred care: position statement. Disponível em: http://www.rcm.org.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=121546
[5] Howell-White S. (1997). Choosing a birth attendant: the influence of a woman's childbirth definition. Social Science & Medicine, 45 (6), 925-936.
[6] Callister L. (1995). Beliefs and perceptions of childbearing women choosing different primary healthcare providers. Clinical Nursing Research, 4, 168-180.
[7] Turnbull D., Holmes A., Shields N., Cheyene H., Twaddle S., Gilmour W. et al. (1996). Randomized, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. Lancet, 348, 213-218.
[8] Oakley, D., Murray, M., Murtland, T., Hayashi, R., Andersen, H., Mayes, F. et al (1996). Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives. Obstetrics & Gynecology, 88, 823-829.
[9] De Koninck, M., Blais, R., Joubert, P., & Gagnon, C. (2001). Comparing women's assessment of midwifery and medical care in Québec, Canada. Journal of Midwifery &Women's Health, 46(2), 60–67.
[10] Harvey, S., Rach, D., Stainton, M.C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. Midwifery, 18(4), 260–267.
[11] Hatem M., Sandall J., Devane D., Soltani H., Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.
[12] Wilson, K., Sirois, F. (2010). Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: the role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28 (1), 69-83.

CLIQUE NOS LINKS

Definição internacional de parteira pela Confederação Internacional de Parteiras (ICM)

Uma parteira é alguém que conseguiu completar um programa de formação de parteiras devidamente reconhecido no seu país e baseado nas Competências Essenciais para a Prática Básica da Profissão de Parteira da ICM, bem como no quadro dos Padrões Globais para a Educação da Parteira da ICM; que adquiriu as qualificações necessárias para ser registada e/ou ter o direito de exercer legalmente a profissão de parteira e de utilizar o título de 'parteira'; e que demonstra competências para a prática da profissão de parteira.

ÂMBITO DA PRÁTICA DA PROFISSÃO

A parteira é reconhecida como um profissional e responsável, que trabalha em conjunto com as mulheres para lhes dar o apoio necessário e os conselhos e cuidados essenciais durante a gravidez, parto e período pós-parto. A parteira deve ser capaz de assumir toda a responsabilidade no momento do parto e de fornecer os cuidados necessários ao recém-nascido e ao bebé. Estes cuidados incluem medidas preventivas, a promoção do parto normal, a deteção de possíveis complicações na mãe ou no bebé, o recurso a assistência médica ou a outro tipo de assistência adequada à necessidade, e a realização de medidas de emergência.

A parteira desempenha um papel importante como conselheira na área da saúde e da educação, não apenas para as mulheres, como para a família e para a comunidade. O trabalho da parteira deve envolver educação pré-natal e preparação para a parentalidade, podendo ainda estender-se à saúde sexual ou reprodutiva da Mulher e aos cuidados da criança.

A profissão de parteira pode ser exercida em qualquer lugar, incluindo o lar, a comunidade, os hospitais, clínicas ou unidades de saúde.

"A parteira desempenha um papel importante como conselheira na área da saúde e da educação, não apenas para as mulheres, como para a família e para a comunidade"
CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PARTEIRAS

Esfera de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica/ Parteira

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica tem como foco dos seus cuidados a "Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo (...) tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se." A Mulher alvo dos cuidados do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica deverá ser entendida como uma pessoa no seu todo, considerando sempre as relações interpessoais com os seus significantes, com o ambiente em que se insere e se desenvolve e também numa perspetiva coletiva como grupo alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns.

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é responsável pelo exercício em diversas áreas de atividade, presta cuidados à Mulher que está inserida na família e comunidade em diferentes estádios da sua vida, descritos de seguida:

1 – Planeamento familiar e preconcecional, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica cuida da Mulher no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes e vivencias positivas da sexualidade e de parentalidade.

2 – Gravidez, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica cuida da Mulher durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

"O EESMO presta assistência às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem"

3 – Parto, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica cuida a Mulher durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

EESMO

ESFERA DE AÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAUDE MATERNA E OBSTÉTRICA/ PARTEIRA

4 – Puerpério, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica cuida a Mulher 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.

5 – Climatério, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica cuida a Mulher durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

6 – Ginecologia, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica cuida a Mulher a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

"O EESMO é responsável pelo exercício em diversas áreas de atividade, presta cuidados à Mulher que está inserida na família e comunidade em diferentes estádios da sua vida"

7 – Comunidade, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica presta assistência às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica, é responsável no seu exercício profissional por intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, ou seja, a Mulher que está envolvida em processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo. O enfermeiro especialista participa ainda em intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, ou seja, nas mulheres que estão envolvidas em processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da Mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Disponível internet: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

CLIQUE NOS LINKS

Competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Da definição à apropriação

A Ordem dos Enfermeiros publicou em Diário da República a 18 de fevereiro de 2011, em forma de regulamento o perfil de competências comuns[1] a todos os enfermeiros especialistas e o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica[2]. Estes documentos legais são o resultado do trabalho desenvolvido desde 2005, envolvendo um grupo alargado de peritos, auscultados todos os enfermeiros e aprovado na Assembleia Geral de 29 de maio de 2010.

Portanto, desde esta data que a sociedade e os profissionais sabem o que podem esperar de um Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Contudo, verificamos que em muitos aspetos o paradigma anterior se tem perpetuado e que, em alguns contextos, se tem até agravado a evidência de comportamentos e atitudes profissionais submissas a poderes e organizações institucionais adversos ao exercício pleno do espaço de atuação profissional destes especialistas.

Colocam-se assim várias questões: porque é que os cidadãos não estão a usufruir em pleno das competências destes enfermeiros especialistas? Por que razão os serviços não estão organizados no sentido de rentabilizar as mais-valias dos cuidados especializados? O que justifica que os enfermeiros especialistas não se afirmem no seu espaço de atuação?

A resposta não é simples! Podemos começar por identificar como primeira dificuldade o facto de a sociedade e os enfermeiros terem uma perceção incorreta e desconhecerem efetivamente o papel de uma Associação Publica Profissional como é a Ordem dos Enfermeiros.

> "Compete exclusivamente aos enfermeiros, através da sua Ordem, definir o espaço de atuação de cada profissional de enfermagem"

Comecemos então por esclarecer que a Ordem dos Enfermeiros é o organismo regulador do exercício profissional dos Enfermeiros e Enfermeiros Especialistas desde 1998, ano em que o Estado Português delegou esta missão aos enfermeiros e lhes confiou o poder de regulamentar e controlar o exercício profissional. Assim, importa

[1] Diário da Republica, 2ª Serie, nº 35 de 18 de fevereiro 2011- Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
[2] Diário da Republica, 2ª Serie, nº 35 de 18 de fevereiro 2011- Regulamento n.º 127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

reforçar que compete exclusivamente aos enfermeiros, através da sua Ordem, definir o espaço de atuação de cada profissional de enfermagem, suportado num perfil de competências aprovado, publicado e legitimado pela atribuição de um título profissional que assegure ao cidadão uma conduta ética e de excelência, garantindo por essa via qualidade dos cuidados de enfermagem.

Logo, nenhuma outra entidade pública ou privada pode expandir ou limitar, legitimar ou impossibilitar o exercício das competências reconhecidas pela atribuição de um título profissional emitido pela Ordem dos Enfermeiros. A falta de consciência desta realidade leva muitas vezes políticos, dirigentes, gestores e mesmo alguns enfermeiros a desconsiderar os referenciais publicados desenvolvendo políticas, emitindo diretrizes organizacionais ou mesmo subvalorizando o papel dos enfermeiros. Para agravar a situação podemos ainda verificar que um número elevado de enfermeiros desconhecem eles próprios o enquadramento legal do seu exercício profissional, o que contribui para manutenção do pouco reconhecimento social.

"O desanimo instalado entre os enfermeiros requer um redobrado esforço de envolvimento e determinação dos mesmos para afirmar independência, direitos e liberdade de estabelecimento"

Temos ainda que considerar que a Ordem dos Enfermeiros, à luz do enquadramento regulador da mobilidade dos profissionais no espaço europeu, controla em Portugal o exercício de duas profissões – Enfermeiro e Parteira. Embora o exercício profissional da Parteira[3] no nosso país seja assegurado pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, não podemos desprezar que estamos perante mais do que uma especialidade em enfermagem – uma profissão com espaço próprio de atuação, registada na Classificação Nacional da Profissões e referência específica na Classificação Portuguesa de Atividades Económicas para efeitos fiscais.

No site oficial da Comissão Europeia podem ser consultadas a profissões reguladas no espaço europeu, sendo que profissão de *Midwife*, conforme é designada internacionalmente, é regulada em 32 países ao abrigo do artigo 40º da Diretiva 2005/36/EC. No mesmo site pode ler-se que, em Portugal, esta profissão é exercida pelo "Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Parteira)" que "é detentor de formação legalmente reconhecida e de título profissional. Está habilitado para exercer as atividades de diagnosticar a gravidez; vigiar a gravidez normal e efetuar os exames necessários; prescrever / aconselhar os exames para o diagnóstico da gravidez de risco; estabelecer programas de preparação para a paternidade e para o parto; assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in útero; fazer o parto normal em caso de apresentação de cabeça, incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica; cuidar da parturiente; vigiar o puerpério e dar todos os conselhos necessários para tratar do recém nascido, assegurando as melhores condições de evolução (art.42º, da Diretiva 2005/36/EC). Estes profissionais regem-se por um código deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Anexo da Lei n. 111/2009 de 16 de Setembro de 2009)" [4].

Assim, competindo à Ordem dos Enfermeiros reconhecer a habilitação para o exercício e autorizar o mesmo, no território nacional, aos profissionais que detêm uma formação que cumpre os requisitos obrigatórios definidos pela diretiva europeia das qualificações profissionais, as Parteiras

[3] Parteira como tradução de *Midwife* e não como relativo às antigas profissionais formadas nas faculdades de medicina até 1985, deve assim ser entendido como um título sinónimo a Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

oriundas do espaço europeu, não sendo enfermeiras, após emissão de cédula profissional ficam autorizadas a exercer a atividade, no respeito pelo espaço de atuação autorizado para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica portugueses e pelo código deontológico dos enfermeiros.
Daqui resulta que, em Portugal o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a Parteira têm um campo de intervenção definido nos termos do art.42º, da Diretiva 2005/36/EC conjugado com o Regulamento n.º 127/2011 onde se explicita que, "assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de atividade de intervenção:

1. Planeamento familiar e preconcecional — assistência à Mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período preconcecional;
2. Gravidez — assistência à Mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal;
3. Parto — assistência à Mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto;
4. Puerpério — assistência à Mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal;
5. Climatério — assistência à Mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusico;
6. Ginecologia — assistência à Mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
7. Comunidade — assistência às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença"

Contudo, importa não esquecer que, no nosso país, todos os enfermeiros especialistas detêm o Título de Enfermeiro o que lhes confere reconhecimento de um corpo de competências gerais que não estão ao alcance das Parteiras, conferindo-lhes uma capacidade de intervenção diferenciada sobretudo no que se relaciona com as intervenções na presença de situações patológicas ou de doença concomitante com a gravidez.

Esclarecido o quadro legal e regulamentar, voltamos às questões iniciais colocadas noutra perspetiva: o que falta para que os enfermeiros assumam em pleno e com independência as suas competências próprias e o seu espaço de atuação autónomo? Os constrangimentos organizacionais ou das políticas de saúde são em si mesmos justificação para que os enfermeiros abdiquem ou justifiquem a passividade na assunção das suas áreas de atuação?

Reconhecemos que a situação de crise como o que se vive atualmente no nosso país determina contextos adversos e potencia a degradação das condições em que os enfermeiros exercem nos serviços públicos, mas também privados e sociais.
Reconhecemos ainda, que o desanimo instalado entre os enfermeiros requer um redobrado esforço de envolvimento e determinação dos mesmos para afirmar independência, direitos e liberdade de estabelecimento.

Contudo, não nos parece que exista outro caminho que não a ação concertada dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, com apoio das suas associações profissionais, mas agindo proativamente junto do poder politico, das administrações, das direções de serviço, dos colegas e dos cidadãos. É imperioso que cada um se aproprie do

"Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica estão autorizados e legitimados a exercer a sua atividade autónoma"

[4] http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?action=regprof&id_regprof=8067&id_profession=12404&tab=countries&quid=2&mode=asc&pagenum=2

quadro regulador, que se envolva na reflexão sobre as práticas individuais à luz dos referenciais definidos, que promova a reflexão sobre as práticas clinicas do serviço onde exerce com os colegas, que ponderem se a filosofia assistencial instituída respeita a deontologia profissional e os padrões de qualidade traçados para esta área de exercício.

Definido o perfil de competências importa contribuir para a consciencialização coletiva e apropriação individual, mas também assumir atitudes e comportamentos profissionais diários que revelem independência, responsabilidade, conhecimento, respeito e dignidade profissional.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica estão autorizados e legitimados a exercer a sua atividade autónoma. A afirmação deste espaço de atuação depende de todos e de cada um de nós!

"Em Portugal o EESMO e a Parteira têm um campo de intervenção definido nos termos do art.42º, da Diretiva 2005/36/EC conjugado com o Regulamento n.º 127/2011"

BIBLIOGRAFIAS REFERÊNCIAS

[1] Diário da Republica, 2ª Serie, nº 35 de 18 de fevereiro 2011- Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

[2] Diário da Republica, 2ª Serie, nº 35 de 18 de fevereiro 2011- Regulamento n.º 127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

[3] Parteira como tradução de Midwife e não como relativo às antigas profissionais formadas nas faculdades de medicina até 1985, deve assim ser entendido como um título sinónimo a Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

[4] http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?action=regprof&id_regprof=8067&id_profession=12404&tab=countries&quid=2&mode=asc&pagenum=2

CLIQUE NOS LINKS

Princípios éticos e deontológicos do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

"Teu Dever é Lutar pelo Direito,
Mas se um Dia Encontrares o Direito em Conflito com a Justiça,
Luta pela Justiça."
Eduardo Juan Couture

Com o continuum do nosso desenvolvimento Humano, novas realidades de vivências e consequentemente novas necessidades emergem.

No que respeita às vivencias profissionais na saúde e, em concreto, na promoção da prática assistencial de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica e Ginecologia, as mesmas também se fazem sentir.

Assim sendo, e considerando a nova consciencialização dos casais, em todo o Mundo, face à sua participação mais ativa e personalizada no processo de vivência da gravidez, trabalho de parto e parto, assente nos célebres Direitos Humanos, emergiu uma derivação nesta área, Direitos Humanos da Grávida e Direitos Humanos Universais do Nascimento, [1] em Hague em 2012, e em 2013 nos E.U.A. e na Bélgica.

Têm seis pressupostos básicos:
1) Direito ao consentimento informado;
2) Direito à recusa do tratamento médico;
3) Direito à saúde;
4) Direito ao tratamento igualitário;
5) Direito à privacidade;
6) Direito à Vida

Os princípios jurídicos, proclamados pela Organização das Nações Unidas, que sustentam o garante da exequibilidade destes direitos, pretendem salvaguardar a Dignidade de toda e qualquer pessoa em todas as circunstâncias e dimensões.

A Organização Mundial de Saúde promove esta vivência dos Direitos Humanos da Grávida e dos Direitos Humanos Universais do Nascimento ao fomentar a centralização da grávida/casal grávido na Equipa clínica que lhe prestará a assistência personalizada através da efetivação do paradigma da Autonomia em detrimento do paradigma Paternalista [2].

Desta forma, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) tem o dever de:
1) Trabalhar em parceria com as mulheres/ casais grávidos;

2) Promover a Capacitação/ Empoderamento das mulheres/casais grávidos face às tomadas de decisões inerentes tanto ao planeamento familiar, como gravidez, trabalho de parto e parto, através da: "(...) orientação e preparação

básica para o trabalho de parto, parto e maternidade" [3] para o que o EESMO/ Parteira é competente, efetivando assim a Cidadania ativa;

3) Verificar se o consentimento informado foi efetivado pelo Obstetra, aquando do internamento;

4) Legitimar a informação que a Mulher grávida/casal grávido detêm face à gravidez, trabalho de parto e parto;

5) Esclarecer personalizadamente as dúvidas identificadas inerentes aos processos vivenciais de gravidez, trabalho de parto e parto;

"Desenvolver e integrar projetos que promovam criação do valor Saúde no âmbito da saúde da Mulher, criança e família"

6) "Discutir " o plano de parto da Mulher/ casal grávidos, com a equipa clinica assistencial, onde a Mulher/casal grávido se encontram no centro, esteja ele materializado de alguma forma física ou não: papel, cd, etc;

7) Garantir a efetivação de estratégias a implementar concordantes com o plano de partos apresentado, de forma a que o nascimento do seu/deles bebé, se verifique com o máximo de segurança, dignidade e integridade humanas possível, em consonância com as legis Artis e as *guidelines* conhecidas para o efeito da OMS – transmitindo sempre que necessário informação sobre a sua (e do feto) situação de saúde, com transparência – 6º Direito do Doente [4]; Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter." (pontos b, c e d, artigo 840 do Código Deontológico do Enfermeiro - CDE)

8) Não interferir na vivência da gravidez, trabalho de parto e parto;

9) Oferecer à Mulher durante a gravidez e parto assistência que integre respeito do exercício do seu direito à integridade física, à autodeterminação e à privacidade. [5,6]

10) Promover um modelo assistencial Holístico, o qual atende às dimensões biopsicossociais da grávida, considerando a Mulher no seu todo, incluindo os seus sentimentos e expetativas, sem exercer juízos de valor. [7]

11) 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 (e em consonância com o Plano de parto); [8]

12) Promover a saúde da Mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém- nascido à vida extrauterina. Ou seja, "atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a Mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado" e "garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto". [9]

13) Fazer o parto normal em caso de apresentação de cabeça, incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica, em situação de urgência; [10]

14) Detetar na mãe ou no filho sinais reveladores de anomalias que exijam a intervenção do médico, e auxiliar este, em caso de intervenção; tomar as medidas de urgência que se imponham na ausência do médico, designadamente a extração manual da placenta, eventualmente seguida de revisão uterina manual; [11]

15) "Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega"

(ponto b, artigo 79º CDE) [12]

16) "Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência" (ponto b, artigo 83ºCDE) [13]

17) "Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da Mulher e do recém-nascido." ou seja, "identifica e monitoriza trabalho de parto; identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto; aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica; assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina; assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência."[14]

18) Examinar e assistir o recém-nascido; tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for caso disso, a reanimação imediata;
19) Cuidar da parturiente, vigiar o puerpério e dar todos os conselhos necessários para tratar do recém - nascido, assegurando -lhe as melhores condições de evolução;

20) Suportar-se nas suas dificuldades e desafios profissionais, entre pares, de forma a garantir o seu crescimento profissional devidamente sedimentado, com uma postura de proatividade face ao *Burnout*; [15]

21) Sedimentar a sua prática profissional com atualização científica sedimentada;

22) Avaliar com frequência a evidência científica dos seu trabalho;

23) Participar na formação de colegas que estejam a realizar a formação específica em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

24) Desenvolver e integrar projetos que promovam criação do valor Saúde no âmbito da saúde da Mulher, Criança e família;

25) Integrar centros de decisão nos Serviços/ Hospitais/e Direção Geral da Saúde, com o objetivo de majorar a criação do Valor Saúde no âmbito da saúde da Mulher, Criança e Família;

26) Denunciar más práticas profissionais da equipa clinica de saúde, que presta assistência a grávidas/parturientes, puérperas – Responsabilizarmo-nos pela Mulher

"Promover a saúde da Mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina"

[1] Disponível para consulta on line em:
http://humanrightsinchildbirth.com/universal-rights/
[2] Disponível para consulta on line em:
http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/artigos-de-autor/item/3630-a-efectivacao-da-mudanca-do-paradigma-paternalista-para-o-paradigma-da-autonomia
[3] Disponível para consulta on line em:
http://www.internationalmidwives.org
Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão da Parteira 2010 – Competência 3 ; pág 10
[4] Disponível para consulta on line em
http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA
Carta dos Direitos e Deveres dos doentes
[5] Disponível para consulta online em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_51_2014_Parto_Agua_site_proteg.pdf
Parecer parto na água – Parecer MCEESMO nº51/2014, P.2
[6] Disponível para consulta on line em:
http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-102
Tribunal Europeu dos direitos Humanos
[7] Howell-White, S. (1997). Choosing a birth attendant: the influence of a woman's childbirth definition. Social Science & Medicine, 45 (6), 925-936
[8] Disponível para consulta on line em:
http://dre.pt/pdf1s/2009/03/04400/0146601530.pdf
Lei 9/2009 de 4 de Março, artigo 39º
[9] Disponível para consulta on line em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf
[10] Disponível para consulta on line em:
http://dre.pt/pdf1s/2009/03/04400/0146601530.pdf
Lei 9/2009 de 4 de Março, artigo 39º
[11] Ibiden
[12] Disponivel para consulta on line em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf
[13] Ibiden
[14] Disponível para consulta on line em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf
[15] http://www.midwife.org.nz
Midwives Handbook for Practice – New Zealand College of Midwives (INC) - Updated Version Published by the New Zealand College of Midwives - 2008 Christchurch – ISBN 978-0-473-12992-7

CLIQUE NOS LINKS

Padrões Assistenciais do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

A excelência dos cuidados prestados deve ser o objetivo primeiro de todos os EESMO, ao longo de todo o seu percurso profissional, e em todas as áreas englobadas na sua esfera de competências.

Uma das condições fundamentais desta excelência de cuidados é a atualização contínua de conhecimentos, condição essa que, por sua vez, implica uma evolução positiva dos padrões de qualidade na assistência promovida pelos EESMO. Assim, os padrões que a seguir apresentamos não devem ser entendidos como um fim em si próprios mas como uma matriz ou um fio condutor a observar no dia-a-dia de cada EESMO, com características evolutivas e de adaptação aos novos conhecimentos científicos que são produzidos em contínuo. A prestação de cuidados de qualidade por parte de cada EESMO é imprescindível para que seja considerado como o profissional de referência para todas as suas utentes, no que concerne a manutenção/melhoria da sua saúde ginecológica sexual e reprodutiva, em qualquer contexto de trabalho ou nível de cuidados (primários, secundários ou terciários); é de suma importância que se observe no seu quotidiano laboral a acessibilidade aos cuidados, a satisfação das utentes, os ganhos em saúde, a autonomia profissional, a implicação esclarecida das utentes na sua saúde e nas decisões sobre os cuidados a lhes serem prestados.

O CONCEITO DE UTENTE DO EESMO

A delimitação das potenciais utentes dos cuidados a prestar é importante em todas as áreas, incluindo em saúde materna e obstétrica. Assim, é importante que tenhamos em mente que o alvo de ação dos EESMO é legalmente apenas um único:

> "Uma das condições fundamentais da excelência de cuidados é a atualização contínua de conhecimentos"

"Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue", define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade." [1]

Cabe ao EESMO focar os seus cuidados a

[1] Regulamento 127/2011 de 18 de fevereiro, in DR 2ª série, nº 35

este alvo às áreas da ginecologia e obstetrícia, no sentido de promover uma sexualidade saudável e responsável e um processo de maternidade otimizado.

Mesmo se as suas utentes são as mulheres, os EESMO devem ter sempre em consideração que estas não existem isoladas; assim, o envolvimento de outros alvos laterais não deve ser menosprezado. Por exemplo, os cuidados dos EESMO envolvem automática e diretamente o produto da conceção/recém-nascido (com o objetivo de promover um normal desenvolvimento fetal, uma boa adaptação à vida extrauterina, e a promoção da amamentação).

Numa esfera mais abrangente, as mulheres estão inseridas numa família e numa comunidade que interage em contínuo com elas pelo que outros profissionais (enfermeiro de família, etc...) podem/devem ser encarados como parceiros de cuidados com naturalidade, para se atingir uma esfera mais lata, e não menos importante, de utentes colaterais.

"Os cuidados prestados pelos EESMO devem incluir a capacitação da cliente para a posterior tomada de decisão e ação devidamente esclarecida"

O CONCEITO DE CUIDADO DE EESMO

Segundo o REPE[2], o EESMO, sendo um enfermeiro especialista, está "[...] habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados [...]" na área da saúde materna e obstétrica.

O EESMO assume, na sua prática profissional, "a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial no âmbito dos seguintes focos de atenção: planeamento familiar e autocontrolo infeção, autocuidado durante a gravidez, pós-parto e climatério; autocontrolo trabalho de parto; ligação mãe/pai-filho; adaptação à parentalidade, amamentação; luto perinatal. [...] deteção precoce de complicações e referenciação atempada para o profissional competente, nomeadamente no que se refere a complicações da gravidez, do trabalho de parto e do pós-parto, complicações ginecológicas, entre outras".[3]

DESCRIÇÃO DOS PADRÕES DE QUALIDADE EM EESMO

Vamos dividir os padrões de qualidade em seis categorias de enunciados descritivos:

1) SATISFAÇÃO DA UTENTE

Os cuidados prestados pelos EESMO só podem ser considerados excelentes se observarem, no mínimo, os seguintes parâmetros:

- A ética e a deontologia para com a utente, ou seja, a aplicação contínua do código deontológico[4] dos enfermeiros, na prática diária de cada EESMO, tendo em atenção o respeito pelas capacidades, crenças, valores da utente;
- O estabelecimento de uma relação terapêutica com a utente;
- O respeito pelas expetativas/desejos relacionados com as diferentes fases e eventos da sua vida sexual e reprodutiva como o trabalho de parto, o projeto de maternidade e o climatério;
- A capacitação da utente para a sua posterior tomada de decisão e ação devidamente esclarecida, estabelecendo com ela uma parceria de cuidados efetiva;
- O envolvimento dos conviventes significativos no processo de cuidados;
- A criação de condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo de todo o processo assistencial da utente.

2) PROMOÇÃO DA SAÚDE

É dever de todo o EESMO ajudar a utente a

[2] Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)

[3] In Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica - http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf

maximizar o seu potencial de saúde. Destacam-se, para o parâmetro "Promoção da saúde", os seguintes aspetos:
• A avaliação da utente no seu todo, no sentido de se estabelecer os respetivos diagnóstico(s) de enfermagem, a identificação dos recursos necessários disponíveis e o plano de cuidados de cuidados de enfermagem adequado;
• A criação/aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis nos períodos preconcecional, gravidez e puerpério assim como de todas as fases do ciclo vital da utente, em termos sexuais e reprodutivos, em geral;
• A promoção do potencial de saúde de cada utente através de programas, projetos e intervenções no âmbito da:
- saúde ginecológica, sexual e reprodutiva
- saúde mental durante a gravidez, puerpério e perimenopausa;
- preparação para o nascimento[5]/recuperação pós-parto;
- amamentação.
• A realização/implementação de programas, projetos e intervenções específicas a comunidades vulneráveis e/ou condições sociais complexas em todas as fases do ciclo vital da utente, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.
• A promoção da partilha de informação com as utentes no sentido de se otimizar a sua aprendizagem cognitiva, de criar novas capacidades de autocuidado, autodeterminação e participação ativa no seu plano de cuidados, assim como a obtenção de planos de parto esclarecidos, viáveis mantendo um ambiente seguro;

3) PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES
No desempenho das suas funções, o EESMO, ao visar a excelência de cuidados, também procura prevenir as potenciais complicações tendo em conta os seguintes parâmetros:
• Identificação dos problemas potenciais da utente, no âmbito da ginecologia e obstetrícia ou seja, em termos de:
- Sexualidade e reprodução;
- Gravidez, parto e puerpério (incluindo o bem-estar do feto/recém-nascido nestes períodos);
• Prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;
• Rigor técnico e científico dos cuidados de enfermagem implementados pelo EESMO e/ou a delegados a outros profissionais;
• Aplicação da deontologia e ética profissional na responsabilidade dos cuidados prescritos, realizados e delegados;
• Referenciação para outros enfermeiros especialistas/outros profissionais competentes, para áreas de intervenção que saiam do âmbito da Saúde Materna e Obstétrica;

"É dever de todo o EESMO ajudar a cliente a maximizar o seu potencial de saúde"

4) AUTOCUIDADO, AUTOCONTROLO E MESTRIA DA UTENTE
A otimização da qualidade das atividades dos EESMO depende, por um lado, dos cuidados que este profissional presta às suas utentes e, por outro, das capacidades que estas têm e adquirem em gerir o seu estado de saúde/doença. Para isso, alguns elementos devem constar de forma contínua no desempenho profissional dos EESMO.

São elementos importantes face ao autocuidado, autocontrolo e mestria da utente, entre outros:
• A identificação das necessidades em cuidados e informações, relacionadas com:
- o autocuidado, ao nível da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva; o autocontrolo, no âmbito do trabalho de parto e da saúde sexual e reprodutiva;
- os conhecimentos e as habilidades para o exercício do papel parental e a disponibilidade para aprender (consciencialização, envolvimento e motivação);

[4] Lei 111/2009 de 16 de setembro, capítulo VI, DR 2ª série, Nº. 180
[5] Sugere-se a leitura das Recomendações nº.2/2012 – in http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf

• A prescrição, a implementação e a avaliação das intervenções de enfermagem, baseadas na evidência científica, face aos diagnósticos identificados pelos EESMO tanto em termos individuais como comunitários, implicando atividades personalizadas ou de do âmbito de grupo;
• O envolvimento de outros enfermeiros especialistas de outras áreas, ou outros profissionais cujas competências específicas sejam uma mais mais-valia inequívoca para a promoção e consolidação da capacidade de autocontrolo, autocuidado por parte da utente, na sua vida sexual e reprodutiva;

5) READAPTAÇÃO À NOVA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Ao longo do seu ciclo vital e das várias fases da sua vida sexual e reprodutiva, cada Mulher vive em constante mutação de condições de vida – por ex, passando de Mulher sem filho a mãe, passando de uma fase fértil ao climatério, etc...
• Essa readaptação contínua da Mulher deve ser observada nos cuidados prestados pelo EESMO, rumo à excelência de cuidados. São elementos importantes face à readaptação às novas condições de saúde, entre outros:
• A preparação da utente à sua nova fase de vida, seja em termos sexuais e reprodutivos, seja com a alta hospitalar, seja num novo papel familiar (mãe), de acordo com as necessidades identificadas e os recursos da comunidade existentes;
• A garantia da continuidade dos cuidados de enfermagem, maximizando os recursos comunitários disponíveis e necessários;
• A otimização das capacidades da utente para gerir o regime terapêutico prescrito e os recursos comunitários, através da sua formação (informação dada);

"Os indicadores de qualidade têm sido cada vez mais utilizados na Saúde como garante de um processo de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem"

ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM EESMO

A máxima eficiência e a eficácia dos cuidados prestados pelos EESMO contribuem para a excelência dos cuidados. Para isso, destacam-se os seguintes elementos face à organização dos cuidados especializados:
• A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem especializada em SMO;
• A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros ESMO assim como de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, no mínimo, as necessidades de cuidados de enfermagem da utente, as intervenções de enfermagem e os resultados esperados/obtidos, avaliação e eventual modificação de estratégias a implementar;
• A adaptação das atividades dos EESMO aos recursos comunitários existentes, tendo em conta as necessidades das utentes.
Uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora de desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados, verdadeiramente adaptada às necessidades sentidas pela equipe;
• A utilização de metodologias organizativas dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.

A satisfação profissional dos EESMO;
Uma dotação segura de EESMO face às necessidades das utentes.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS

A monitorização e a avaliação contínuas dos cuidados prestados ao nosso alvo é fundamental para poder quantificar a sua qualidade, os seus pontos fortes e os fracos, assim como para promover o debate, e a implementação de novas formas de cuidar, potencialmente mais adequadas e eficazes

[6] Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna , obstétrica e ginecológica, in: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf

sujeitas, elas próprias, a uma avaliação posterior.

Para isso, a utilização de certas ferramentas de avaliação de desempenho - Os indicadores de qualidade - são necessárias. Eles têm sido cada vez mais utilizados na Saúde como garante de um processo de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, e a sua construção permite que se reflita sobre os efetivos contributos dos enfermeiros, nos diferentes níveis de cuidados, em diversos contextos de trabalho e em contextos comunitários desiguais desenvolvendo-se, paralela e consequentemente, um motor para o desenvolvimento da disciplina.
Estes indicadores devem ter como característica fundamental a sua sensibilidade, isto é, não devem produzir dados vagos, de interpretação variável. Devem ser o ponto de partida para a obtenção de dados concretos, mensuráveis e fidedignos.

Devemos considerar, ao construir-se indicadores de qualidade que:
• Alguns dos indicadores definidos podem ser utilizados por enfermeiros não EESMO, se se centram no mesmo foco de atenção, e, inclusivamente, serem usados para comparar a efetividade do desempenho e dos ganhos em saúde prestados por enfermeiros de diferentes categorias profissionais: os resultados obtidos podem contribuir para o nascimento de um novo paradigma de cuidados, onde a contribuição dos EESMO é inequívoca e insubstituível.
- a comparação deste resultados só é possível se houver uma uniformização nos indicadores, ou seja, "a cada foco de atenção deverão ser associados os critérios de diagnóstico para que face à mesma condição de saúde diferentes enfermeiros enunciem o mesmo diagnóstico, por exemplo, tomando por foco de atenção a amamentação, especificamente o conhecimento sobre sinais de boa pega importa definir quando se considera que o conhecimento está demonstrado, ou não, como se procura ilustrar no exemplo seguinte[6]:
• O mesmo indicador pode apresentar resultados de valores diferentes consoante o local e o momento da sua avaliação. Por exemplo, o mesmo indicador aplicado, numa USF, antes de uma hospitalização avaliará os cuidados prestados nos cuidados de saúde primários, mas se for aplicado no regresso pós-alta, mesmo que na mesma USF, estará a avaliar os cuidados prestados essencialmente durante a hospitalização. No primeiro caso, verifica-se a qualidade dos cuidados prestados na USF, no segundo, os cuidados prestados em meio hospitalar são os mais avaliados e são um ponto de partida para as atividades de enfermagem a realizar no âmbito da continuação de cuidados hospital – USF.
• Tendo em conta que o corpo de competências dos EESMO é específico à sua especialidade, a interpretação do indicador deverá ter em consideração qual o profissional que procedeu ao diagnóstico (s) a ele associado.

É impossível fazer-se aqui uma lista exaustiva de todos os indicadores potencialmente utilizáveis em todos os contextos de trabalho dos EESMO. Contudo, apresenta-se de seguida alguns exemplos:

DIAGNÓSTICO
Conhecimento sobre sinais de boa pega demonstrado/não demonstrado

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
1. Demonstrado se verbaliza:
2. Boca da criança bem aberta, com lábios voltados para fora, abocanhando a maior parte da aréola mamária;
3. Bochechas da criança arredondadas durante a sucção;
4. Queixo da criança encostado à mama.

GRAVIDEZ E PERI-PARTO
• Ganhos em conhecimento sobre prevenção de infeção urinária durante a gravidez
Avalia os conhecimentos adquiridos pela grávida para o seu autocontrolo infeção
• Taxa de efetividade na prevenção de

[7] Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna , obstétrica e ginecológica, in: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf

infeção urinária durante a gravidez

Mede a percentagem de grávidas que efetivamente não apresentaram infeções urinárias durante a gravidez

• Ganhos em conhecimento sobre sinais de trabalho de parto

Avalia os conhecimentos da grávida quanto aos sinais de trabalho de parto

• Taxa de parturientes admitidas em fase ativa

Avalia a capacidade das utentes em gerir a fase latente do trabalho de parto, fora do hospital

• Taxa de episiotomia em partos eutócicos acompanhados por EESMO

• Taxa de períneos íntegros após o parto eutócico acompanhado por enfermeiro ESMO

Podem ser excelentes indicadores diferenciadores entre cuidados EESMO/ cuidados por outro profissional

PRECONCECIONAL, PLANEAMENTO FAMILIAR, GINECOLOGIA E CLIMATÉRIO

• Ganhos em conhecimento sobre planeamento familiar

Avalia os conhecimentos das mulheres em termos de conhecimentos sobre os diferentes tipos de métodos contracetivos

• Ganhos em capacidades sobre autovigilância da mama

Avalia a capacidade das mulheres em realizarem autonomamente e nos momentos corretos a autoavaliação da mama

• Taxa de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero

Avalia a percentagem de mulheres que aderiram a este tipo de rastreio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cardoso, A. (2003). Representação dos Conceitos Centrais da Enfermagem: num contexto da Saúde Materna e Obstetrícia. Tese de Mestrado, ICBAS, Universidade do Porto, Porto.
Cardoso, A., & Paiva e Silva, A. (2010). Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health: a study on the cultural suitability of ICNP. International Nursing Review.
Lei 111/2009 de 16 de setembro, capítulo VI, DR 2ª série, Nº. 180
Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
Regulamento n.º 122/2011.D.R. 2ª Série. N.º 35 de 18 de Fevereiro 2011.
Regulamento n.º 127/2011. D.R. 2ª Série. N.º 35 de 18 de Fevereiro 2011
Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)

Pontos de atenção à Mulher antes da gravidez

Consulta Preconcecional

Os principais pontos de atenção à Mulher antes da gravidez, que devem ser considerados no âmbito da consulta preconcecional, são os seguintes:

DOENÇAS PREEXISTENTES
• Determinar as condições médicas existentes e antever os possíveis efeitos da gravidez de modo a orientar e aconselhar de acordo com os riscos;
• Ajudar na gestão e controle de situações como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças da tiroide, doenças autoimunes, epilepsia;

HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA
• Determinar características do ciclo menstrual, informar sobre período fértil e orientar sobre interrupção do uso contracetivos e altura mais favorável para relações sexuais;
• Identificar número de gestações, tipo de partos, peso ao nascer e eventuais complicações na gravidez e/ou parto.
• Aconselhar sobre espaçamento entre nascimentos;

RISCO GENÉTICO
• Determinar situações de risco como idade avançada, doenças genéticas na família, malformações, uso crónico de medicação potencialmente teratogénica, consanguinidade, abortamentos de repetição e orientar para aconselhamento genético;

ANTECEDENTES FAMILIARES
• Identificar situações de diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças da tiroide, doenças autoimunes, epilepsia, história de malformações, quer na família materna, quer na paterna;

ESTADO IMUNOLÓGICO
• Verificar imunidade à toxoplasmose e, em caso negativo, ensinar medidas preventivas e à rubéola, aconselhando e procedendo à vacinação, se necessário;
• Determinar estado de portador de hepatite B, aconselhando e procedendo à vacinação, se necessário (situações de risco).

Verificar vacinação antitetânica e atualizá-la, se necessário;

ESTADO NUTRICIONAL
• Determinar índice de massa corporal (IMC). Se aumentado, informar sobre riscos (diabetes, pré-eclampsia, maior taxa de cesariana) e aconselhar perda de peso, referenciando se necessário para nutrição.

EESMO

PONTOS DE ATENÇÃO À MULHER ANTES DA GRAVIDEZ

Se apresenta baixo IMC, informar sobre riscos (anemia, prematuridade, recém-nascidos de baixo peso) e aconselhar controle de peso, referenciando se necessário para nutrição;
• Aconselhar uso de ácido fólico.

HÁBITOS E ESTILO DE VIDA
• Determinar hábitos como tabagismo, ativo ou passivo, informar sobre riscos associados (influência no crescimento fetal, abortamento, prematuridade, descolamento de placenta) e aconselhar para a sua cessação ou diminuição de acordo com a situação pessoal;

"Ajudar na gestão e controle de situações como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças da tiroide, doenças autoimunes, epilepsia"

• Verificar situações de uso de álcool e drogas e aconselhar cessação no período pré-concecional, referenciando se necessário para outros profissionais;
• Avaliar condições de trabalho e alertar sobre exposição a tóxicos ambientais (radiação, pesticidas, solventes e outros);
• Avaliar capacidade de gestão de stress, quer na vida profissional, quer na vida pessoal e ajudar a procurar recursos internos para otimizar essa gestão;

EXAME FÍSICO
• Avaliar o estado geral, peso e altura e tensão arterial.
• Realizar exame da mama, incentivando e orientando para autoexame regular.

CONVERSAR SOBRE:
• A importância da vigilância da gravidez;
• Aspetos psicológicos, familiares e financeiros na transição para a parentalidade;
• Vantagens da preparação para parto e parentalidade.

Pontos-chave na prestação de cuidados à Mulher durante a gravidez

INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo natural que se caracteriza pela capacidade de gerar e abrigar um novo ser. Comporta mudanças físicas e emocionais que cada Mulher vivencia de forma distinta. As intervenções oferecidas no âmbito dos cuidados pré-natais devem ter benefícios comprovados e ser aceites pelas grávidas/casais.

A assistência pré-natal deve ser acessível, centrada na Mulher e realizada por profissionais qualificados. A grávida/casal deve receber informação suficiente e objetiva dos profissionais e ter a possibilidade de tomar decisões esclarecidas.

"Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de *Goodwin* modificada, nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e /ou neonatal" [1].

"A avaliação do risco permite determinar o local de vigilância (...) Toda a grávida de baixo risco deverá ser vigiada no Centro de Saúde e enviada a consulta de referência hospitalar entre a 36ª e a 40ª semana de gestação" [2].

"O objetivo dos cuidados pré-natais é de prevenir problemas de saúde que possam interferir com a saúde da mãe e da criança. Permitem preparar a mãe para o parto e a maternidade e diminuir a morbimortalidade da criança e da mãe. Implicam, também, promover a amamentação, estimular os laços afetivos pais-criança e promover a autoestima da mãe" [3].

"Os cuidados pré-natais são sempre cuidados partilhados entre diferentes profissionais: enfermeiros (as), médicos (as) de família, obstetras e, eventualmente, outros" [3].

"A grávida/casal deve receber informação suficiente e objetiva dos profissionais e ter a possibilidade de tomar decisões esclarecidas"

A OMS (1996) avalia que pelas características menos intervencionistas da sua prática clinica, a parteira/enfermeira obstetra é o profissional mais indicado para prestar assistência à Mulher durante a gravidez e o parto[4], essa opinião é também expressa pelo grupo de peritos no consenso "Pelo Direito ao Parto Normal" - Uma visão partilhada", [5] estando consagrada em Diário

da República, no Regulamento nº 127/20116 em conformidade com a Lei nº 9 de 2009 de 4 de Março[7].

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL
As recomendações que se seguem, de acordo com as orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde, são a base dos cuidados pré-natais para todas as grávidas classificadas de baixo risco, não contemplando os cuidados adicionais que algumas grávidas necessitam.

INFORMAÇÃO/ACONSELHAMENTO
Na vigilância pré-natal deve ser fornecida à grávida/casal informação/aconselhamento baseada na evidência, promotora do autocuidado no processo de gestação e nascimento, complementada com informação escrita que suporte a que foi transmitida oralmente sobre:
• Adaptações fisiológicas do organismo materno à gravidez
• Esquema de vigilância pré-natal (periodicidade e objetivos das consultas, exames ecográficos e analíticos)
• Hábitos e estilos de vida (cessação tabágica, álcool e drogas ilícitas)

"A Direção-Geral da Saúde recomenda a realização de dez consultas de vigilância pré-natal"

• Atividade laboral e atividade física
• Prevenção primária da toxoplasmose
• Sinais e sintomas de desvios à gravidez normal
• Apoio social (proteção contra ameaças e agressões)
• Expetativas face à gravidez e Nascimento
• Capacidade para a tomada de decisão
• Plano de parto

DATAÇÃO DA GRAVIDEZ
A datação correta da gravidez é determinante para a qualidade dos cuidados pré-natais, estando demonstrada uma redução significativa das induções do trabalho de parto por gravidez pós termo[8].

"Nas grávidas de baixo risco, com ciclos regulares, sem história de hemorragia vaginal, que pararam os estro-progestativos dois meses antes da conceção e que iniciaram a vigilância no 1º trimestre, a data do 1º dia da última menstruação permite calcular a idade gestacional e a data provável para o parto (+ 9 meses + 7 dias) com uma margem de erro de 14 dias"[3]. Nas situações em que a avaliação clínica não permite determinar a idade gestacional, a gravidez deve ser datada por ecografia realizada entre as 8 e as 13s,[3] através do comprimento craniocaudal (ccc).

CALENDARIZAÇÃO DAS CONSULTAS
A Direção-Geral da Saúde recomenda a realização de dez consultas de vigilância pré-natal com a seguinte periodicidade:
• 1ª consulta antes das 12 semanas
• A cada 4-6 semanas até às 30 semanas
• A cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas
• A cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto
(No mínimo seis consultas)
Todas as grávidas devem ter acesso a uma consulta peri-parto entre as 36 e as 40 semanas no hospital de referência, de acordo com o processo de interligação de cada UCF.

BOLETIM DE SAÚDE DA GRÁVIDA
O Boletim de Saúde da Grávida deve ser preenchido na 1ª consulta e estar permanentemente atualizado. "Assegura a transmissão dos dados clínicos relativos à saúde da grávida e do feto, contribuindo para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde Hospitalares" [9].

SUPLEMENTAÇÃO
É recomendada a suplementação com Ácido Fólico (400 microgramas/dia) a todas as mulheres na preconceção e até às 12

semanas de gestação. As grávidas que ainda não tiverem iniciado Ácido Fólico devem iniciar na 1ª consulta [3].

As mulheres em preconceção, grávidas ou a amamentar devem receber um suplemento de iodo sob a forma de iodeto de potássio-150 a 200 microgramas/dia, desde o período preconcecional, durante a gravidez e enquanto durar o aleitamento materno exclusivo [10].

A suplementação com ferro está recomendada após o 1º trimestre nas grávidas com valores de hemoglobina < 11g/dl, em caso de gravidez gemelar ou obesidade [3, 11].

Devem ser suplementadas com vitamina D (10 microgramas/dia) as grávidas com ingestão insuficiente em Vitamina D ou com risco aumentado de carência de vitamina D[3].

RASTREIO DE DOENÇAS INFECIOSAS
Durante a gravidez recomenda-se a realização dos rastreios de bacteriúria assintomática, rubéola, sífilis, toxoplasmose, VIH 1 e 2, hepatite B e estreptococos do grupo B[3].

Não se recomenda a realização, por rotina, dos rastreios de infeção por citomegalovírus, hepatite c e clamidia.

RASTREIO DE PATOLOGIAS ASSOCIADAS À GRAVIDEZ
A DGS recomenda o rastreio das hemoglobinopatias às mulheres com risco. Se rastreio positivo, o estudo deve ser realizado ao outro progenitor e ser feita referenciação para consulta de aconselhamento genético [1,12].

A determinação do grupo de sangue, do fator Rh e a pesquisa de aglutininas irregulares assumem particular importância na Mulher grávida pela possibilidade de prevenir a isoimunização Rh. Todas as grávidas Rh- não sensibilizadas devem fazer Imunoglobulina anti-D, às 28 semanas de gestação [13].

Para rastreio/diagnóstico de diabetes gestacional deve ser pedida uma glicémia plasmática em jejum a todas as grávidas, na primeira consulta. Um valor obtido < 92mg/dl implica a realização da prova de tolerância à glicose (PTGO) com sobrecarga de 75 gr.de glicose entre as 24 -28 semanas de gestação, um valor obtido ≥ 92mg/dl confere o diagnóstico de diabetes gestacional, não sendo necessário a PTGO às 24-28 semanas [14].

RASTREIO DE CROMOSSOMOPATIAS
O estudo dos marcadores bioquímicos na vigilância pré-natal para identificar grávidas de risco cromossómico não é oferecido por rotina, nos estabelecimentos de saúde da rede oficial [15].

Após os 35 anos é recomendada a realização de amniocentese entre a 14ª e 16ª semana de gestação, para rastreio/diagnóstico de cromossomopatias.

"É recomendada a suplementação com Ácido Fólico (400 microgramas/dia) a todas as mulheres na preconceção e até às 12 semanas de gestação"

AVALIAÇÃO FETAL
O estado fetal pode ser avaliado pela auscultação dos batimentos cardíacos fetais com Doppler a partir das 11 semanas e pela medição da altura do fundo uterino a partir das 24 semanas.

Não está demonstrado benefício para a realização de cardiotocografia anteparto na gravidez de baixo risco [11].

PLANO ASSISTENCIAL
As intervenções propostas na vigilância pré-natal devem contemplar o envolvimento da Mulher/casal na tomada de decisão.

1ª CONSULTA (ANTES DAS 12 SEMANAS)

EESMO

PONTOS-CHAVE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À MULHER DURANTE A GRAVIDEZ

• Entrevista: identificação, história pessoal e familiar, hábitos, cálculo da IG e DPP;
• Exame físico: geral, ginecológico e obstétrico;
• Exames laboratoriais;
• Avaliação do risco (referenciação para cuidados adicionais);
• Suplementação com Ácido fólico e Iodo;
• Aconselhamento/Informações gerais suportadas por informação escrita;
• Preenchimento do BSG;

"A DGS recomenda o rastreio das hemoglobinopatias às mulheres com risco"

AVALIAÇÃO EM CADA CONSULTA DE SEGUIMENTO

Estado fetal:
• Frequência cardíaca fetal (com Dopller), a partir da 11 semanas;
• Movimentos fetais, a partir das 20 semanas;
• Altura do fundo do útero, às 24 semanas;

Condição materna:
• Sinais ou sintomas de desvio à gravidez normal ou de inadaptação à gravidez que possam afetar a mãe e o feto;
• Pressão arterial (sentada, braço direito apoiado);
• Peso e variação ponderal;
• Exame sumário de urina com fita-teste;
• Necessidades educativas sobre comportamentos saudáveis

OUTRAS INTERVENÇÕES
• Administração de Imunoglobulina anti-D às grávidas Rh- às 28s, de acordo com a norma da DGS;
• Pesquisa de Streptococos do grupo B entre as 35-37 semanas, de acordo com a norma da DGS;
• Avaliação da situação e apresentação fetal entre as 36-37 semanas;
• Orientação da grávida para indução do trabalho de parto às 41 semanas;

EXAMES ECOGRÁFICOS
• Às 11-13 semanas e 6 dias: confirmação da viabilidade fetal, datação correta da gravidez, avaliação do risco de anaploidia, diagnóstico de malformações major, determinação do número de fetos e corionicidade;
• Às 20-22 semanas: estudo morfológico do feto, para diagnóstico de malformações;
• Às 30-32 semanas: avaliação do desenvolvimento fetal e diagnóstico de malformações tardias;

AVALIAÇÃO ANALÍTICA

Até às 14 semanas:
• Hemograma e contagem de plaquetas;
• Glicémia em jejum;
• Grupo de sangue, fator Rh e pesquisa de aglutininas irregulares;
• Serologia da toxoplasmose, rubéola, VDRL, VIH 1 e 2, hepatite B;
• Rastreio das hemoglobinopatias se aplicável;
• Exame bacteriológico de urina;

Às 24-26 semanas
• Hemograma e contagem de plaquetas;
• Pesquisa de aglutininas irregulares;
• Serologia da toxoplasmose (se IgG negativa na determinação anterior);
• Exame bacteriológico de urina;
• PTGO com 75gr (0, 60 e 120 min);

Às 32-34 semanas
• Hemograma e contagem de plaquetas VDRL, VIH 1 e 2, hepatite B e toxoplasmose (se IgG negativa na determinação anterior);
• Exame bacteriológico de urina;

PONTOS CHAVE

• Os cuidados pré-natais destinam-se a detetar problemas existentes ou que possam vir a surgir
• Os cuidados pré-natais para grávidas sem fatores de risco podem ter lugar na comunidade, com apoio de enfermeiras-parteiras e clínicos gerais
• Grávidas com problemas específicos devem ser seguidas em consulta especializada.

PLANO ASSISTENCIAL DE CUIDADOS PRÉ-NATAIS PARA A GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

TEMPO DE GESTAÇÃO	COLHEITA DE DADOS OBSERVAÇÃO/AVALIAÇÃO	INTERVENÇÕES	INFORMAÇÃO E DISCUSSÃO
1ª consulta 6 – 8 semanas	- Entrevista: identificação, história clinica pessoal e familiar, hábitos - Exame físico: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) antes da gravidez e atual, pressão arterial (PA), edemas, coloração da pele, mucosas e extremidades - Cálculo da IG e DPP -Exame ginecológico - Avaliação de fatores de risco pré-natal: clínicos, psicológicos e sociais - Avaliação da motivação e adaptação pessoal e familiar à gravidez - Avaliação de sinais violência familiar - Avaliação do histórico vacinal	- Peso e P Al - Observação genital e mamária - Exame sumário de urina: bacteriúria e proteinúria - Referenciação das grávidas com potencial risco de hemoglobinopatias para rastreio - Referenciação das grávidas com necessidade de cuidados obstétricos adicionais -Referenciação para consulta de cessação tabágica - Referenciação para consulta de nutrição - Referenciação para Equipa de Apoio à Violência em Adultos - Suporte emocional e empoderamento do casal - Atividades de Educação para a Saúde - Preenchimento do boletim de saúde da grávida	-Importância da vigilância da gravidez: periodicidade e objetivos das consultas e exames - Alterações fisiológicas e emocionais na gravidez -Fisiologia da gravidez (desconfortos do 1º trimestre) - Alimentação, postura, higiene, atividade física, atividade laboral, sexualidade - Efeitos do tabaco e outras drogas ilícitas -Prevenção de infeções; - Suplementação de Ácido fólico e Iodo -Sinais de alerta para aborto; - Exames a realizar no 1º Trimestre - Papel da Enfermeira Especialista de Saúde Materna - Próxima consulta
2º consulta 14-16 semanas	- Observação dos exames realizados - Confirmação da IG e correção da DPP pela eco - Avaliação materna: • Peso (aumento ponderal) • P A • Edemas • Genitais externos • Estado emocional - Avaliação fetal: • Auscultação fetal • Altura de fundo do útero (AFU) Avaliação de fatores de risco pré-clínicos: psicológicos e sociais - Avaliação de sinais de inadaptação pessoal ou familiar à gravidez	- Observação genital e mamária - Exame sumário de urina - Peso e PA -Auscultação dos batimentos cardíacos fetais com Doppler - Medição A F U - Referenciação das grávidas com fatores de risco identificados (rastreio das hemoglobinopatias positivo, rastreio de cromossomopatias positivo) - Sinalização das grávidas com necessidade de suplementação de ferro - Apoio à grávida/casal proposta para diagnóstico pré-natal - Referenciação da grávida com sinais de inadaptação á gravidez - Atualização do BSG	-Resultados dos exames do 1º trimestre -Desconfortos do 2º trimestre - Comportamentos saudáveis - Sinais de aborto - Exames a realizar no 2º trimestre - Crescimento dos movimentos fetais - Vestuário, profilaxia da insuficiência venosa periférica, cuidados com a pele, atividade sexual - Necessidade de suplementação de Ferro. - Legislação de proteção à grávida (direitos laborais, subsídio pré-natal) - Discutir com a grávida/ casal a necessidade de apoio psicológico ou social - Importância do curso de preparação para o nascimento

TEMPO DE GESTAÇÃO	COLHEITA DE DADOS OBSERVAÇÃO/AVALIAÇÃO	INTERVENÇÕES	INFORMAÇÃO E DISCUSSÃO
3ª consulta 22-24 semanas	- Observação dos exames realizados • Eco morfológica - Avaliação materna: • Peso (aumento ponderal) • P A • Edemas • Genitais externos • Estado emocional -Avaliação fetal: • Batimentos cardíacos fetais • Movimentos fetais • A F U - Avaliação de fatores de risco	-Peso e PA - Exame sumário de urina - A.F.U. - Auscultação fetal - Vacinação anti tétano/ diftérica se ultimo reforço > 10 anos - Confirmação do fator Rh- das grávidas e do cônjuge - Atualização do BSG	- Exames realizados (desenvolvimento fetal) - Vestuário e calçado adequados - Atividade / Repouso - Revisão das condições de trabalho -Segurança e uso de cinto de segurança - Desconfortos da gravidez • Varizes / Edemas • Obstipação • Hemorróidas - Movimentos Fetais e sua importância - Profilaxia da isoimunização
4ª consulta 27-30 Semanas	- Observação dos exames realizados: • Teste de *coombs* - Avaliação materna: • Peso (aumento ponderal) • P A • Edemas (maléolos, mãos e face) • Genitais externos • Estado emocional -Avaliação fetal: • Batimentos cardíacos fetais • Movimentos fetais • A F U • Perimetro abdominal - Avaliação de fatores de risco	-Peso e PA - Exame sumário de urina - Observação genital e mamária - A.F.U. - Auscultação fetal - Medição do perímetro abdominal - Vacinação anti tétano/ diftérica (2º dose se aplicável) - Orientação para a profilaxia da Isoimunização - Entrega do folheto sobre aleitamento materno - Inicio do curso de preparação para o nascimento - Atualização do BSG	- Anatomia da mama e Fisiologia da lactação - Vantagens do aleitamento materno - Cuidados especiais às mamas (observação mamilo, hidratação) - Sinais de alerta e de parto pré-termo - Exames a realizar no 3º trimestre - Vinculação e comunicação intrauterina - Características do R.N.
5ª consulta 34-35 Semanas	Observação dos exames realizados: • Eco do 3º trimestre - Avaliação materna: • Peso (aumento ponderal) • P A • Edemas (maléolos, mãos e face) • Genitais externos • Estado emocional - Avaliação fetal: • Batimentos cardíacos fetais • Movimentos fetais • A F U • Perimetro abdominal - Relação entre o aumento de peso e alimentação - Avaliação da capacidade de integrar um novo elemento na família	- Peso e PA - Exame sumário de urina - Observação genital e mamária - A.F.U. - Auscultação fetal - Medição do perímetro abdominal - Entrega do folheto sobre o que levar p/ a maternidade - Orientação para registo dos movimentos fetais no Cardiff a partir das 35 semanas - Orientação para a pesquisa de Strepto B - Marcação de consulta de referência no hospital. - Marcação da visita à maternidade - Atualização do BSG	- Incentivo para amamentação - Importância do registo dos movimentos fetais no Cardiff - Cuidados ao R.N. Enxoval / Preparação da mala p/ a maternidade - Plano para alta hospitalar - Apois disponíveis no pós--parto

TEMPO DE GESTAÇÃO	COLHEITA DE DADOS OBSERVAÇÃO/AVALIAÇÃO	INTERVENÇÕES	INFORMAÇÃO E DISCUSSÃO
6ª consulta 36 -38 Semanas	- Avaliação materna: • Peso (aumento ponderal) • P A • Edemas (maléolos, mãos e face) • Genitais externos • Estado emocional -Avaliação fetal: • Batimentos cardíacos fetais • Movimentos fetais • A F U • Perimetro abdominal • Posição e situação fetal Avaliação do risco pré-natal	-Peso e PA - Exame sumário de urina - Observação genital e mamária - Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal - Auscultação fetal - Medição do perímetro abdominal - Sessão educativa sobre trabalho de parto e parto - Apoio ao casal na elaboração do Plano de Parto	- Sinais de início de trabalho de parto - Sinais de alarme - Plano de parto -Diagnóstico precoce -Importância da vigilância da saúde Infantil - Recursos na comunidade (cantinhos de amamentação, linhas telefónicas e sites de apoio - Alterações fisiológicas no puerpério -Revisão de parto - Contraceção pós-parto
7ª consulta Após as 40 Semanas	Avaliação materna: • Peso • P A • Edemas (maléolos, mãos e face) • Estado emocional -Avaliação fetal: • Batimentos cardíacos fetais • Movimentos fetais • A F U • Perimetro abdominal • Posição e situação fetal • Avaliação do risco pré-natal	-Peso e PA - Exame sumário de urina - Observação genital e mamária - Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal - Medição do perímetro abdominal - Auscultação fetal -Cardiotocografia se aplicável - Avaliação do Indice de bishop - Descolamento de menbranas se aplicável - Encaminhamento para a urgência obstétrica às 41 semanas	- Sinais de alerta - Sinais de início de TP - Medidas promotoras do parto normal - Métodos de alívio da dor durante o TP -Posições de alívio durante o TP Ingesta durante o Trabalho de parto - Reforço da informação sobre a necessidade de se deslocar à urg. obstétrica às 41semanas - Indicações para indução do trabalho de parto - Participação ativa do casal no trabalho de parto e parto - Consentimento informado

Pontos-chave na assistência da parteira

"Teu Dever é Lutar pelo Direito,
Mas se um Dia Encontrares o Direito em Conflito com a Justiça,
Luta pela Justiça."
Eduardo Juan Couture

Este capítulo pretende evidenciar os pontos-chave da assistência durante o trabalho de parto e parto, tendo como pilares o cuidado centrado na Mulher e baseado em evidência científica. As situações abordadas estão relacionadas com trabalho de parto e parto fisiológico e de baixo risco, as complicações obstétricas não são aqui abordadas.

Arte e ciência. É no balanço positivo entre estas duas dimensões que reside o "segredo" das competências das parteiras. A assistência e o apoio dados pela parteira têm um resultado direto na forma como a Mulher encara e desenvolve o seu trabalho de parto e parto. As parteiras nunca esquecem que num cenário de parto está uma pessoa real, trazendo ao mundo outra pessoa também real.[1]

FASE LATENTE E PRIMEIRO ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO

A Mulher pode sentir-se excitada ou ansiosa. Necessita que a parteira lhe transmita segurança, calma e informação explícita sobre o que está a acontecer. Deve ser apoiada a gerir esta fase do trabalho de parto fora do hospital, quando o plano é um parto hospitalar. Nesta fase poderão ter lugar vários contactos telefónicos com a parteira. Habitualmente é a própria Mulher que diagnostica o início do trabalho de parto, e tem frequentemente receio de que tudo se desencadeie muito rapidamente e que daí resulte um parto não assistido[1], por outro lado há receios que a Mulher tem e que deve ser apoiada a gerir.

A Mulher que tem uma gravidez normal e que está em fase latente de trabalho de parto

"Quando a Mulher não apresenta plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas serão suportadas"

deve ser aconselhada a permanecer no conforto do seu ambiente, com as pessoas que escolher, a manter as suas atividades normais, a comer/beber, a manter-se ativa e em movimento, preferencialmente em posições verticais. É importante que se mantenha distraída, sem se

focalizar demasiado naquilo que está a acontecer, assim todo o processo poderá mais tarde não parecer tão longo.

Idealmente a Mulher deve conhecer a sua parteira e deve poder contactá-la quando o trabalho de parto se iniciar. No entanto, quando a Mulher escolhe um parto hospitalar, o atendimento no serviço de urgência é crucial. A Mulher pode sentir-se vulnerável e assim menos confiante, o atendimento deve ser afetuoso e hospitaleiro. A Mulher deve sentir-se parceira e experienciar sentimentos de respeito mútuo, que permitem que a Mulher relaxe e responda positivamente às forças espantosas do trabalho de parto [1].

"As palavras selecionadas para abordar uma Mulher em trabalho de parto podem ser facilitadoras ou dificultadoras de todo o processo"

Caso haja dúvidas relativamente à integridade da bolsa amniótica deve ser realizada uma observação com espéculo e não proceder a toques vaginais antes que o trabalho de parto se inicie, reduzindo o risco de infeção ascendente e melhorando a satisfação da grávida.[1,2]

A comunicação e a linguagem utilizadas são peças fundamentais na assistência da parteira. As palavras selecionadas para abordar uma Mulher em trabalho de parto podem ser facilitadoras ou dificultadoras de todo o processo. Dor e contração são associadas a algo negativo, falar em onda ou desconforto pode ajudar a Mulher a tolerar melhor as sensações físicas. Alívio da dor pode substituir-se por gerir ou lidar com. A evolução do trabalho de parto também pode ser transmitida de forma positiva: está no início do trabalho de parto é mais agradável de ouvir do que está ainda muito atrasada. A linguagem não deve ser prescritiva, mas sim sugestiva. A Mulher deve experimentar a bola de Pilates ou o duche, e não sentir-se obrigada a fazê-lo como se de uma prescrição se tratasse. Informar sobre as vantagens pode apoiar a decisão positiva, mas a Mulher é que decide o que quer ou não fazer.

A Mulher deve sentir-se com o controle da situação, sem se sentir pressionada, deve sentir-se apoiada e não substituída ou tratada, no sentido biomédico da palavra.

O plano de parto é uma ferramenta valiosa para a parteira, particularmente quando esta não conhece antecipadamente a Mulher/casal que está a assistir; nele estão as intenções e expetativas do casal para com o trabalho da parteira. O plano de parto facilita a assistência individualizada e o envolvimento do acompanhante.

Quando a Mulher não apresenta plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas serão suportadas: escolha do acompanhante, monitorização fetal, estratégias de gestão da dor, posições para o trabalho de parto e parto, corte do cordão umbilical, contacto pele a pele, aleitamento materno,... tendo oportunidade de discutir estas e outras questões abre-se espaço para o início de uma relação de confiança entre o casal e a parteira, e que a Mulher se sente valorizada e envolvida na tomada de decisão sobre si própria e o seu parto. Hodnett et al (2012) afirmam que há um poderoso efeito na satisfação da Mulher e no progresso do trabalho de parto, quando a Mulher se sente em controle e envolvida nas tomadas de decisão.[3] As questões abordadas devem ser registadas no processo clínico.

O acompanhamento por pessoa significativa é um direito da Mulher em trabalho de parto e está legislado em Portugal. Quando a Mulher é admitida no hospital pode experimentar uma série de emoções e sentimentos negativos, no mínimo sente-se vulnerável fora do seu ambiente, ainda que esta tenha sido a sua opção relativamente ao local do parto. O suporte, apoio e companhia de alguém emocionalmente significativo para a Mulher é segurizante e tranquilizador. O

acompanhante deve ser encarado pela parteira como um parceiro, para a Mulher e para ela própria – um membro da equipa, que pretende ajudar, ainda que também possa sentir-se ansioso. Deve ser envolvido no apoio à grávida e as suas atividades podem incluir massagens, disponibilizar bebidas, apoiar na respiração e relaxamento, nos movimentos, no duche ou imersão e apoiar nas decisões tomadas pela Mulher.

O acompanhamento contínuo da parteira durante o trabalho de parto é outro aspeto fundamental. Há evidência de que a presença da parteira, em assistência *one to one*, está associada a maior satisfação das mulheres [1]. A presença e o apoio da parteira aumentam a confiança da Mulher e a sua capacidade de coping[4]. Existem ainda outras importantes vantagens: trabalhos de partos mais curtos, menos intervenções durante o trabalho de parto, menos recurso a analgesia epidural e outras medidas farmacológicas, menos partos instrumentados e cesarianas.[5] Em 2013 estes resultados foram reforçados por Sandall et al, num estudo que reuniu 16242 mulheres. Concluiu-se que as mulheres assistidas exclusivamente por parteiras tiveram menos partos prematuros e menos intervenção durante o trabalho de parto e parto. Os autores concluem que a assistência exclusiva por parteiras deve ser oferecida a todas as mulheres, a menos que estas tenham sérias complicações médicas ou obstétricas, e afirmam ainda que as mulheres devem ser encorajadas a tomar esta opção.[6]

A essência da assistência da parteira, a arte de que se fala no início do capítulo, é o estar com a Mulher. A Mulher tem que estar suportada e apoiada.

A primeira preocupação da parteira é não prejudicar a Mulher.

Todos os procedimentos clínicos e invasivos devem ter uma indicação seletiva e não rotineira: administração de enemas, tricotomia, administração de fluídos ou fármacos intravenosos, exames vaginais repetidos, analgesia epidural, monitorização fetal contínua e/ou interna.

A bolsa amniótica deve permanecer intacta até que haja evidência de um critério clínico rigoroso para a sua rotura, contrabalançado com as vantagens das suas funções protectoras.[1,7] A amniotomia deve ser sempre encarada como uma intervenção irreversível, e por isso carece de avaliação rigorosa prévia ao procedimento e a Mulher deve participar na tomada de decisão.

O exame inicial da parteira inclui entrevista e observação física e obstétrica. Na entrevista inicial devem abordar-se aspetos como: sinais iniciais, sinais de rotura da bolsa amniótica, frequência e duração das contrações, movimentos fetais, índice obstétrico, idade gestacional, história obstétrica anterior, história ginecológica, grupo de sangue, antecedentes pessoais relevantes e alergias, vigilância da gravidez atual, intercorrências e exames pré-natais, escolha do acompanhante, existência de plano de parto. Com os dados recolhidos deve proceder-se à avaliação do grau de risco para o trabalho de parto e parto.

A observação física e obstétrica pressupõe sempre o consentimento da Mulher. Esta inclui a observação do estado geral, avaliação de sinais vitais maternos, pesquisa de edemas (não fisiológicos), avaliação da altura de fundo uterino, manobras de Leopold, determinação da melhor posição para a auscultação dos batimentos cardíacos fetais e auscultação ou cardiotocografia de

"O acompanhante deve ser encarado pela parteira como um parceiro, um membro da equipa, para a Mulher e para ela própria"

acordo com critérios clínicos determinados pela parteira. O exame vaginal pode também ser usado para determinar o início do trabalho de parto/ dilatação cervical, mediante as queixas e comportamento da Mulher, no entanto este procedimento deve ser encarado como invasivo, desconfortável

e com risco aumentado de infecção.[1]

Os registos clínicos da parteira são parte integrante do processo clínico da grávida e constituem um documento legal, devem ser rigorosamente redigidos. Neles devem estar registados todos os acontecimentos, interações, avaliações e decisões tomadas por todos os intervenientes.

O partograma é uma ferramenta absolutamente essencial no trabalho de parto, não é apenas um documento de registo, é também um instrumento de diagnóstico.

"A avaliação do bem-estar materno inclui: vigilância do estado geral e de sinais vitais, fluídos administrados, eliminação vesical, hidratação oral e comportamento"

A avaliação da evolução do trabalho de parto e a sua condução são um aspeto fundamental da assistência da parteira, com interferência direta nos resultados maternos e neonatais.

Apesar de todas as desvantagens conhecidas da observação vaginal, esta continua a ser a forma mais usada para avaliar a evolução do trabalho de parto. A parteira deve desenvolver competências, e aplicá-las na prática clínica, na avaliação não invasiva do trabalho de parto[1,2]: visualização da linha púrpura, observação do triângulo de Michaelis, descida da melhor posição para auscultação fetal, alteração do padrão respiratório materno, comportamento, postura e vocalizações maternas, frequência e duração das contrações.

A avaliação do bem-estar materno inclui: vigilância do estado geral e de sinais vitais, fluídos administrados, eliminação vesical, hidratação oral e comportamento.
Muitas outras medidas devem ser desenvolvidas para melhorar a forma como a Mulher se sente ao longo do trabalho de parto.

Deve ser dada liberdade de movimentos e posições à Mulher em trabalho de parto. As posturas verticais apresentam vantagens particulares: trabalhos de parto mais curtos e redução da necessidade de analgesia[8], menos episiotomias e alterações anormais da frequência cardíaca fetal9 e maior sensação de controle[1]. Por outro lado, estar deitada tem muitas desvantagens e interfere com a fisiologia do trabalho de parto: risco de compressão da aorta abdominal, redução do diâmetro inter-espinhal da bacia, aumento da dor e descida mais lenta da apresentação fetal[1]. Mesmo perante a necessidade de monitorização fetal contínua, é possível fazê-lo em posição vertical. A Mulher pode querer estar deitada e descansar e isso deve ser respeitado, ou pode ser necessário que esteja deitada por um período definido após a administração de analgesia epidural, mas é importante que nos intervalos as posições verticais sejam estimuladas. É ainda importante que a parteira tenha em consideração as raízes culturais da Mulher, encorajando-a e mostrando-lhe como pode facilitar o seu trabalho de parto e simultaneamente melhorar o seu conforto.

Não há evidência que recomende a utilização de enemas ou tricotomia rotineiros, a Organização Mundial de Saúde considera mesmo esta prática como "claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada" [10]. No entanto, a Mulher pode optar por estes procedimentos, e quando isso acontece habitualmente realiza-os ainda em casa.

O recurso a duche ou imersão deve ser oferecido à Mulher para relaxamento e hidroterapia.

A Mulher deve poder optar por usar a sua própria roupa. Sempre que necessário deve ser-lhe fornecida roupa limpa e seca.

A ingestão durante o trabalho de parto, embora ainda controversa nalguns cenários, deve ser defendida pela parteira pois é essencial para o bem-estar da Mulher em trabalho de parto. Negá-la pode ser um ato de violência. As mulheres são privadas de

ingerir alimentos e líquidos pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico, questão que à luz do conhecimento atual deveria estar perfeitamente ultrapassada pois a sua incidência é extremamente baixa[1,2] e todas as grávidas que necessitam de anestesia devem responder a um protocolo de prevenção da aspiração do conteúdo gástrico, de acordo com a norma de procedimento estabelecida na instituição, independentemente da hora da última ingestão alimentar. Por outro lado, a privação de alimentos e líquidos pode ser sentida como intimidação[11] ou até violência. Para a maioria das mulheres com trabalho de parto normal, é apropriado oferecer água, chá, sumos sem resíduos e alimentos com poucos resíduos e gordura[1,2,11]; a gelatina pode ser também uma boa opção. É comum no início do trabalho de parto a Mulher querer ingerir alimentos, mas essa vontade vai desaparecendo ao longo do trabalho de parto. A ingestão de líquidos deve ser estimulada mas a Mulher não deve ser forçada a ingerir.

A vigilância do bem-estar fetal durante o trabalho de parto tem como objetivo manter o bem-estar do feto, detetar a hipoxia e iniciar manobras de reanimação intra-uterina antes que se instale a asfixia e que possam ocorrer lesões neurológicas1. Em trabalhos de parto de baixo risco deve optar-se pela auscultação intermitente dos batimentos cardíacos fetais[7]. A parteira deve discutir com a Mulher esta opção. Esta auscultação pode ser feita com um estestoscópio de Pinard ou Doppler portátil, este último tem a vantagem de os batimentos cardíacos e os sons resultantes dos movimentos fetais poderem ser ouvidos também pela mãe e acompanhante.

A auscultação intermitente no 1º estadio do trabalho de parto deve ser realizada de 15 em 15 minutos, durante um minuto, imediatamente a seguir a uma contração. A frequência cardíaca fetal deve situar-se entre os 110-160 bpm e não devem ser audíveis desacelerações[7]. Se a qualquer momento for detetada uma anomalia na frequência cardíaca do feto, ou suspeita de comprometimento do bem-estar do bebé ou aparecimento de mecónio no líquido amniótico, deve ser iniciada monitorização contínua. Esta decisão deve ser discutida com a grávida e acompanhante. A monitorização contínua está ainda indicada nas situações em que o bem-estar fetal pode ser comprometido: indução de trabalho de parto, aceleração do trabalho de parto com ocitocina e após a administração de analgesia epidural.

Nos registos clínicos, para além das avaliações efetuadas deve também ser registada a forma como a vigilância fetal está a ser conduzida.

A cardiotocografia no momento da admissão não está recomendada para trabalhos de parto de baixo risco[7]. A sua realização não tem benefícios na redução da morbilidade e mortalidade perinatais e está relacionada com aumento da taxa de cesarianas e de partos instrumentados[12,13].

A interpretação da cardiotocografia deve ser baseada nas orientações da FIGO e adotada por todos os profissionais.

A gestão da dor durante o trabalho de parto deve ser centrada na Mulher, e não orientada medicamente. A parteira deve ter conhecimento profundo acerca da fisiologia da dor do trabalho de parto e deve conseguir ela própria dissociá-la do conceito clássico/cultural de dor que precisa de tratamento. A dor do trabalho de parto não pretende alertar para algo que está a correr mal ou para uma agressão que o organismo sofreu. É importante que a parteira reconheça que

"A ingestão durante o trabalho de parto, embora ainda controversa nalguns cenários, deve ser defendida pela parteira, pois é essencial para o bem-estar da Mulher"

durante o trabalho de parto todas as mulheres vão experimentar algum nível de dor (fisiológica) nalgum momento e deve saber mobilizar todos os recursos fisiológicos da Mulher para lidar com ela. A dor do trabalho de parto é positiva e tem um propósito, a Mulher tem que confiar no seu corpo e na sua capacidade para parir. À parteira cabe dar-lhe as melhores condições para expressar as suas sensações físicas sem constrangimentos ou restrições. A parteira deve ter em conta não só o nível de dor mas também o estado emocional da Mulher, experiências anteriores que esta verbaliza, falta de alimentos, falta de sono e descanso – todos este s elementos influenciam a perceção da dor.

"A parteira deverá saber gerir com a Mulher tanto medidas farmacológicas como não farmacológicas ou a associação de ambas"

Se para algumas mulheres a dor do trabalho de parto é encarada como sofrimento e memória negativa, para outras é vista como algo que as empoderou[1], tornando-as poderosas e triunfantes. À parteira cabe aceitar ambas com a mesma abertura e empenho. Deverá saber gerir com a Mulher tanto medidas farmacológicas como não farmacológicas ou a associação de ambas. Deve ainda saber informar a Mulher sobre as vantagens, desvantagens e procedimentos para cada opção. Também as mudanças de atitude ou escolhas da Mulher devem ser apoiadas pela parteira.

SEGUNDO ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO

Embora envolvida nalguma controvérsia atual, a definição tradicional de 2ºestadio de trabalho de parto refere-se ao período entre a dilatação completa e o nascimento do bebé. Mas a grande questão para as parteiras reside no facto de reconhecerem que a dilatação completa não significa o início do período expulsivo.

Esta fase é denominada por alguns autores como fase de descanso[1]. O comportamento da Mulher caracteriza-se por: parece ausente nos períodos entre contrações, sente-se desconfortável, deseja alívio da dor, sente que o processo nunca mais acaba e quer que tudo termine, pode verbalizar que se sente incapaz.

As contrações são habitualmente mais fortes e duradouras mas menos frequentes, o que favorece o descanso da Mulher entre contrações.

O reflexo de Ferguson instala-se (descida da apresentação pressiona os nervos recetores do pavimento pélvico) e a Mulher sente necessidade de expulsar. Inicialmente este reflexo pode ser controlado mas torna-se progressivamente compulsivo, desconcertante e involuntário[1].

Os esforços expulsivos dirigidos antes que a Mulher sinta essa necessidade e/ou a manobra de Valsava estão desaconselhados[1]. A Mulher deve ser encorajada a agir instintivamente. Poucas mulheres necessitam de orientação a menos que estejam sob o efeito de analgesia epidural. A posição de litotomia reduz a perfusão placentar e consequentemente reduz a oxigenação do feto e também a qualidade da dinâmica uterina, pelo que esta deve ser a última opção[1,2]. A posição deitada de lado pode ajudar na rotação fetal principalmente em mulheres com analgesia epidural[1,4].

A maioria dos estudos reconhece vantagens a todas as posições não horizontais: redução da duração do 2º estadio, menos partos instrumentados, menos episiotomias, menor dor e menor ocorrência de alterações da frequência cardíaca do feto[1,2]. Estas estão no entanto relacionadas com maior úmero de lacerações perineais, o que se entende se reduz a realização de episiotomia e também com perda hemática >500 ml.

A Mulher deve ser encorajada a mudar de posição e adotar a que melhor a faz sentir.

Quando os esforços expulsivos se iniciam, a parteira deve preparar-se para assistir ao parto. Neste momento a Mulher e acompanhante já se aperceberam de que o parto está iminente e os seus sentimentos podem variar desde a excitação ao medo. A abordagem calma da parteira que informa sobre o que está a acontecer ajuda a Mulher a manter-se confiante. É fundamental manter a privacidade e a dignidade da Mulher, o apoio do acompanhante é fundamental neste momento e deve transmitir-lhe confiança e coragem.

As desacelerações precoces de rápida recuperação, com variabilidade mantida entre contrações, são fisiológicas no período expulsivo. A parteira deve reconhecer o padrão fisiológico para evitar intervenções desnecessárias. São sinais de alerta e preocupação as desacelerações tardias ou de recuperação lenta e as bradicardias mantidas. Nesta situação deve considerar-se a realização de episiotomia.

Para a expulsão da cabeça fetal podem ser necessárias duas ou três contrações, onde o períneo não deve ser manipulado. Após a expulsão da cabeça, a parteira deve pesquisar a existência de circular cervical e decidir a condução clínica a realizar se a detetar. A maioria das circulares pode ser reduzida passando o cordão através da cabeça do bebé. Caso não seja possível, tem de optar entre o clampeamento/corte do cordão e a manobra de Somersault. Esta última tem a vantagem de manter o cordão intacto permitindo o seu corte apenas quando parar de pulsar, permitindo aumentar o volume de sangue recebido pelo bebé. Caso se opte pelo clampeamento/corte o bebé tem que nascer logo de seguida, pelo que esta deve ser a última opção e não a de primeira escolha.

O nascimento do corpo fetal pode ser apoiado pela mãe caso esta o deseje. A mãe ajuda o bebé a nascer e inicia de imediato o contacto pele a pele se esta for a sua vontade. O cordão umbilical será então cortado por quem a mãe decidir e após parar de pulsar.

A promoção da integridade perineal consegue-se através de: não manipulação do períneo no 2º estadio, episiotomia seletiva, verticalidade no parto, esforços expulsivos espontâneos e não dirigidos. Pode também aplicar-se calor no períneo durante o período expulsivo[1,2].

TERCEIRO ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO

A dequitadura pode ter condução expectante (fisiológica) ou ativa. A parteira deve ter em consideração a opção da Mulher declarada no plano de parto ou verbalizada na altura. Na condução expectante (ou fisiológica) [1,2] é necessário manter o ambiente calmo, mãe e bebé devem estar em contacto pele a pele, cobertos por lençóis aquecidos. Este contacto íntimo favorece o início da amamentação que estimulará a libertação de ocitocina. A Mulher deve estar confortável e com elevação de no mínimo 45º, para favorecer o descolamento da placenta através do seu peso. Este é o momento para a parteira se sentar e descansar um pouco mantendo apenas a observação atenta, interferindo o mínimo possível. Deve aguardar pelos sinais de descolamento da placenta, apoiar a sua expulsão e vigiar a perda de sangue. A grávida pode ser incentivada a levantar-se para favorecer a expulsão da placenta.

A expulsão da placenta deve ser gentilmente apoiada usando o seu próprio peso e movimentos circulares, para auxiliar a saída completas das membranas sem movimentos rápidos ou intempestivos. Pode ser administrado um uterotónico para melhorar o tónus uterino após a expulsão da placenta ou em qualquer altura em que seja necessário controlar a hemorragia, mas

"A abordagem calma da parteira que informa sobre o que está a acontecer ajuda a Mulher a manter-se confiante"

sempre preferencialmente após a dequitadura para evitar a retenção placentar.

Este processo espontâneo acontece em 10 minutos a 1 hora, com uma média de 13 minutos[15].

As orientações para a condução ativa da dequitadura[1,2] incluem a administração rotineira de uterotómicos com vista a reduzir o risco de hemorragia. Esta decisão pode ser tomada de acordo com o grau de risco que a Mulher apresenta, para isso é necessário proceder ao clampeamento precoce do cordão umbilical e à tração controlada do cordão. São ainda consideradas manobras de condução ativa a administração de perfusão de uterotómicos pós o parto e/ou a massagem uterina após expulsão da placenta.

"É aconselhável que a puérpera e o recém-nascido fiquem sob vigilância da parteira durante no mínimo uma hora após o parto"

Após a dequitadura, a parteira deve verificar a contração do útero e verificar a quantidade de sangue perdido. A placenta e as membranas devem ser rigorosamente observadas para garantir que todas as estruturas estão completas e que nada ficou dentro do útero.

De seguida a parteira deve observar criteriosamente o períneo e diagnosticar as lesões perineais existentes. A incidência de lesão perineal após o parto não está estudada em Portugal, mas grande parte das mulheres sofrem algum tipo de trauma perineal. A parteira deve ter competência para proceder à reparação do períneo por forma a melhorar a condição pós-parto da Mulher e prevenir problemas físicos, psicológicos, sexuais, sociais e de cuidados ao bebé. A parteira deve ainda ter em consideração que a sutura perineal é um momento que preocupa a Mulher e que pode ser traumático.

A Mulher deve estar confortável e convenientemente anestesiada, caso não esteja sob o efeito de analgesia epidural deve proceder-se a uma correta anestesia local do períneo.

Preferencialmente, a sutura perineal deve ser realizada por quem assistiu ao parto e logo após a dequitadura, reduzindo a perda de sangue e o risco de exposição à infeção.

QUARTO ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO

É aconselhável que a puérpera e recém-nascido fiquem sob vigilância da parteira durante um período mínimo de 1 hora após o parto[1,2]. Durante este período os sinais vitais maternos devem ser vigiados, com particular atenção para o pulso, um ligeiro aumento da temperatura é também fisiológico.

A Mulher deve ser apoiada no aleitamento materno, favorecido pelo contacto pele a pele que deve manter-se por um período superior a uma hora.

Este é também o momento para vigiar o tónus uterino, as perdas hemáticas e estimular o esvaziamento vesical. O períneo deve voltar a ser observado.

A puérpera deve nesta altura alimentar-se, se tiver vontade, o que habitualmente acontece.

Cateteres venosos ou epidurais devem ser removidos, se não existir contraindicação. Após todos estes cuidados a parteira decide a transferência para a enfermaria, caso se trate de um parto domiciliar esta será altura em que a parteira sai combinando com a Mulher os contactos subsequentes.

[1] Marshall, J., Raynor, M. (2014). Myles textbook for midwives. (16th edition). London: Elsevier, Ltd.
[2] Chapman, V., Charles, C. (2010). The midwife's labour and birth handbook. (2nd edition). Oxford: Wiley-Blackwell.
[3] Hodnett, E., Downe, S., Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institucional settings for birth. Cochrane Database 2012, Issue 8. Art nº CD00012/ 1010.1002/14651858.CD00012.pub2
[4] Kennedy, H.P., Grant, J., Walton, C. et al Normalising birth in England: a qualitative study. Journal of Midwifery and Women Health. 55 (3; 262-9.)
[5] Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., et al (2011). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art nº CD003766/ 1010.1002/14651858.CD003766.pub5
[6] Sandall J, Soltani H, Gates S (2013) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art nº CD004667/ 1010.1002/14651858.CD004667.pub3
[7] NICE (2007). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London.
[8] Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G et al (2009) Maternal positions and mobility during the first stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art nº CD003934/ 1010.1002/14651858.CD003934.pub3
[9] Gupta J, Hofmeyr G, Smith R (2012) Position for women during second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art nº CD002006/ 1010.1002/14651858.CD002006.pub3
[10] Organização Mundial de Saúde (1996) Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra.
[11] Royal College of Midwives (2012b) Evidence-based guidelines for midwifery-led care in labour. Nutrition in labour. London.
[12] Devane D, Lalor J, Daly S et al (2012) Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art nº CD005122/ 1010.1002/14651858.CD005122.pub4
[13] Ayres de Campos D, Bernades J (2010) Twenty five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring: time for simplified approach? International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 110:1-6
[14] Downe S. (2004) The concept of normality in the maternity services: application and consequences. In: Frith L (ed) Ethics and midwifery: issues in contemporary practice, 2nd edn. Butterworth Heinemann, Oxford.
[15] Begley C M (1990) A comparison of active and physiological management of the third stage of labour. Midwifery 6: 3-17

Pontos-chave na prestação de cuidados à Mulher após a gravidez

INTRODUÇÃO

Designa-se por Puerpério (vulgo pós-parto) "o período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez"[1]. Divide-se em três períodos: puerpério imediato (primeiras duas horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana)[1]. Há quem lhe chame também o quarto trimestre, o que por si só pressupõe uma fase de continuidade dos três trimestres de gravidez, fundamental para a saúde materna e neonatal [2].

É um período bastante vulnerável à ocorrência de crise, devido às profundas transformações intra e inter pessoais que ocorrem na Mulher/família, face à "delimitação entre o perdido – gravidez – e o adquirido – o filho"[3]. Sendo um período sobretudo de «ajustamento», "o apoio dado à Mulher/família pelos técnicos de saúde, nomeadamente os enfermeiros, é importante nesta fase da vida, com vista à prevenção de desajustes a nível familiar, tendo em vista a promoção da saúde e do bem-estar de toda a família, com repercussões positivas também para a sociedade"[4].

O EESMO é o membro da equipa multidisciplinar que potencia a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade[5], e é o mais presente, para avaliar o bem-estar do binómio mãe/RN, pois existe uma grande aproximação com as utentes e estas estão também mais recetivas ao seu cuidar [2 3 4].

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PUÉRPERA NO INTERNAMENTO

Em seguida, são enunciados os aspetos que devem ser tidos em conta na observação geral da puérpera, na orientação da puérpera para o autocuidado, na promoção da amamentação e na preparação para a alta clínica:

OBSERVAÇÃO GERAL DA PUÉRPERA:

- Avaliação da involução uterina através da massagem uterina;
- Avaliação dos lóquios quanto às suas

"O EESMO é o membro da equipa multidisciplinar que potencia a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade"

EESMO

PONTOS-CHAVE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À MULHER APÓS A GRAVIDEZ

características (quantidade, cor, cheiro);
• Inspeção do períneo para rastreio de sinais inflamatórios ao nível da episiorrafia e/ou sutura perineal, presença de hematoma e de hemorroidal;
• Verificação do penso da sutura operatória, no caso de cesariana e realizá-lo segundo a prescrição médica;
• Avaliação de Sinais Vitais para deteção precoce de complicações (ex: infeção, hipertensão, hemorragia);
• Observação dos membros inferiores sobretudo nas puérperas com fatores de risco para tromboembolismo;
• Palpação mamária (despiste de ingurgitamento mamário), observação dos mamilos e verificar a presença de colostro;
• Avaliação do retorno das eliminações vesical e intestinal;
• Avaliação da presença de desconfortos (ex: presença de contração uterina durante a amamentação, episiotomia/sutura perineal, sutura operatória, ingurgitamento mamário ou patologia hemorroidária) e atuar em conformidade;

"Entre os aspetos a ter em conta na preparação para a alta clínica, está o reinício da atividade sexual e contraceção"

• Interpretação dos valores laboratoriais para deteção de complicações;
• Administração de terapêutica prescrita (especial atenção à necessidade de administrar imunoglobulina anti-D, antes das 72 horas pós-parto, à puérpera Rh negativa com RN Rh positivo) [6].

ORIENTAÇÃO DA PUÉRPERA PARA O AUTOCUIDADO:
• Ajuda e/ou incentivo aos cuidados de higiene geral;
• Ensino da lavagem das mãos antes e após a realização de autocuidados e ao RN;
• Ensino sobre os cuidados perineais (mudança regular do penso higiénico lavagem do períneo com água tépida, limpeza perineal no sentido ântero-posterior após cada ida à casa de banho);
• Ensino sobre a higiene das mamas e mamilos.

PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO:
• Verificando a presença ou não de desejo da mãe em amamentar;
• Avaliando as características dos mamilos e drenagem de colostro;
• Explicando as vantagens do aleitamento materno;
• Ensino, instrução e treino da amamentação (posição do RN, adaptação à mama, presença de reflexos de sucção e deglutição do RN, horários e frequências das mamadas, condutas na prevenção de complicações, como o ingurgitamento mamário, fissuras ou mastite);
• Esclarecendo sobre a perda ponderal fisiológica do RN (até 10% do peso à nascença) nos primeiros dias de vida;
• Mostrando disponibilidade da equipa para a ajudar mesmo após a alta da maternidade ou referenciar para «cantinhos de amamentação» na comunidade.

PREPARAÇÃO PARA A ALTA CLÍNICA
• Reconhecimento de sinais e sintomas habituais de problemas físicos e/ou psicológicos maternos no pós-parto;
• Cuidados perineais;
• Amamentação;
• Reinício da atividade sexual e contraceção;
• Alimentação, exercício e repouso;
• Consulta de revisão do puerpério (entre a 6ª e 8ª semana de pós-parto);
• Referenciação em caso de situações potenciais ou existenciais de risco (ex: deficit socioeconómico, deficit cognitivo, problemas parentais, violência).

PRESTAÇAO DE CUIDADOS AO RECÉM NASCIDO DE MÉDIO E BAIXO RISCO DURANTE O INTERNAMENTO

Na observação geral do RN e na preparação

para a alta clínica, devem ser tidos em consideração os fatores que abaixo se mencionam.

OBSERVAÇÃO GERAL AO RN:
- Avaliação e registo do peso e medições antropométricas (perímetro cefálico e comprimento);
- Ensino, instrução e treino do banho diário e da mudança da fralda com a mãe/família com avaliação:
  - da pele e mucosas;
  - do coto umbilical;
  - do choro;
  - da eliminação vesical e intestinal.
- Avaliação conjunta com a puérpera/família das mamadas e/ou aleitamento artificial (ex: capacidade de pega, reflexos de sucção e deglutição, eructação);
- Vacinação da BCG e VHB (e imunoglobulina anti-hepatite B para as situações de má vigilância materna).
- Promoção da relação de apego, estimulando os pais a prestar os cuidados ao RN[7];
- Esclarecimento das dúvidas e dar suporte emocional aos pais em caso de desvios ou complicações com o RN, que requeira internamento em neonatologia.

PREPARAÇÃO PARA A ALTA CLÍNICA:
- Realização de ensinos para a saúde:
teste de diagnóstico precoce entre o 3º e 6º dia de vida do RN8;
  - cumprimento do programa nacional de vacinação[9];
  - situações de risco (asfixia, posicionamento no berço, acidentes domésticos e rodoviários);
  - aconselhamento sobre amamentação/ lactação;
  - consulta de saúde infantil a partir dos 15 dias de vida;
  - avaliação ponderal semanal no 1º mês
  - transporte seguro desde a maternidade com Sistema de Retenção de Crianças – Projeto de Promoção da Alta Segura[10].
- Realização do rastreio auditivo;
- Registo do nascimento[11].

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PUÉRPERA NA COMUNIDADE

No contexto da prestação de cuidados na comunidade, são importantes as seguintes medidas:
- Avaliação com a puérpera do seu estado físico e psicológico e processo de recuperação de parto, incluindo exame mamário e perineal (se apropriado);
- Avaliação do processo cicatricial do períneo ou abdómen e remoção de material de sutura (caso exista);
- Consulta de revisão do parto (com exame mamário, perineal e citologia);
- Aconselhamento contracetivo e ou início de contracepção[12];
- Despiste de problemas físicos e/ou mentais e fazer o seu encaminhamento para outros profissionais ou instituições de cuidados.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO RN NA COMUNIDADE

Quanto ao RN, devem ser promovidos os seguintes cuidados no âmbito da comunidade:
- Avaliação e registo do peso e medições antropométricas (perímetro cefálico e comprimento);
- Realização do teste de diagnóstico precoce;
- Cumprimento do programa de vacinação;
- Consulta de saúde infantil;
- Despiste de problemas com a amamentação e/ou outras complicações (ex: icterícia, infeção do coto umbilical) e fazer o devido encaminhamento.

PONTOS CHAVE

- Promover o bem-estar físico e emocional da Mulher e do RN.
- Orientar e apoiar a família para a amamentação.
- Orientar os cuidados básicos com o RN.
- Identificar situação de risco ou intercorrências e referenciá-las.
- Orientar o planeamento familiar. [13]

[1] GRAÇA, L. Medicina materno-fetal. 3ª ed. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda., 2005.
[2] BOBAK, I.; LOWDERMILK, D.; JENSEN, M. Enfermagem na Maternidade. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999, 1017p.
[3] SOIFER, R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
[4] AFONSO, E. Relações familiares no pós-parto. In Enfermagem em Foco. SEP. Ano IX, nº 38 (Fevereiro/Abril 2000), p. 35-38.
[5] Diário da República, 2.ª série, N.º 3,18 de Fevereiro de 2011.
[6] Direção Geral da Saúde. Profilxia da Isoimunização Rh, Circular Normativa Nº 02/DSMIA de 15/01/2007
[7] BRAZELTON, T. A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce. Lisboa: Terramar, 1989.
[8] Diário da República, 2.ª série, N.º 7, 12 de Janeiro de 2010.
[9] Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação 2012. Norma n.º 040/2011 de 21/12/2011, 26 de janeiro de 2012
[10] Direção Geral da Saúde. Orientação 005/2013 de 10 de Abril de 2013.
[11] Projeto «Nascer Cidadão» . Portal da Saúde. 2007 in http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2007/3/nascer+cidadao.htm
[12] Direção Geral da Saúde. Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar. Orientações Clínicas da Direcção-Geral da Saúde, 2008.
[13] WHO. Essencial Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO Regional Office for Europe. 2002 in http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf

CLIQUE NOS LINKS

Circuito de Orientações para Referência

O primeiro contacto com uma Mulher no período pré-natal é pautado pelo início de cuidados que pode ser quando ela frequenta os cuidados de saúde primários para confirmação da gravidez. As mulheres começam os cuidados pré-natais neste momento ou são encaminhadas para um prestador ou um serviço de cuidados maternos (i.e. o hospital local, parteira, obstetra, médico de clínica geral). As mulheres que tencionam ter o bebé no hospital deverão participar numa visita pré-agendada. Esta pode ser a sua primeira visita ao hospital caso estejam a ser seguidas através deste serviço ou mais tarde na gravidez, caso estejam a ser seguidas com um prestador privado. A primeira visita pré-natal deve ser mais longa que a maioria das visitas devido ao grande volume de partilha de informação necessária no início da gravidez.

A procura de aconselhamento profissional de uma fonte qualificada e competente para tomar decisões sobre responsabilidades partilhadas na prestação de cuidados é denominada de consulta, a qual está dependente da existência de relações colaborativas e de comunicação aberta com outros elementos da equipa de saúde multidisciplinar. Colaboração refere-se a todos os membros da equipa de saúde que trabalham em parceria com consumidores e entre si, para fornecer o mais elevado standard e acesso a cuidados de saúde. Colaboração com respeito mútuo depende da comunicação, consultoria e tomada de decisão conjunta dentro de uma estrutura de gestão de risco, para permitir encaminhamento adequado e assegurar cuidados de saúde eficazes, eficientes e seguros1. O encaminhamento é a transferência da responsabilidade dos cuidados de saúde primários para um outro prestador/profissional de saúde qualificado. Contudo, a parteira que faz o encaminhamento do consumidor para outro profissional ou serviço poderá necessitar de continuar a prestar os seus serviços profissionais de forma colaborativa durante este período[2].

A segurança e eficácia de cuidados maternos primários é sustentada por uma estrutura de serviços colaborativos para prestadores de cuidados que assegura uma avaliação adequada, encaminhamento atempado e acesso a serviços secundários e/ou terciários[3].

Os cuidados maternos primários é quando a responsabilidade de cuidados maternos se faz com o prestador de cuidados de saúde materna de nível primário (neste caso, a parteira)[4].

Quando a responsabilidade para cuidados maternos se faz com o médico (tal como um médico de clínica geral com qualificação obstétrica, um obstetra, ou a equipa médica

de serviço no hospital de referência) trabalhando em colaboração com uma parteira ou parteiras que continuam a prestar cuidados é considerado cuidados maternos secundários. A responsabilidade para cuidados maternos terciários é quando se faz com um prestador de cuidados que está num hospital especializado em cuidados maternos. Este prestador habitualmente trabalha com uma equipa que pode incluir um obstetra, um neonatalogista, uma parteira ou outros serviços especializados.

Partindo da premissa de que a gravidez e o parto são acontecimentos normais, os cuidados maternos têm que se basear na consciencialização e/ou avaliação dos aspetos físicos, emocionais, sociais, culturais e espirituais de bem-estar tanto da Mulher como da sua criança. A parteira é a profissional responsável pela planificação, organização e previsão na atenção à Mulher desde a 1ª consulta pré natal até ao puerpério. As parteiras são as prestadoras primárias na atenção à saúde para as mulheres em idade fértil em quase todo o mundo. Como cuidadores primários, as parteiras são responsáveis pela tomada de decisões acerca da Mulher sob os seus cuidados e, se a mesma, necessita de cuidados médicos durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto ou o puerpério (6 semanas depois do nascimento do bebé).

"Os cuidados obstétricos devem ser prestados de acordo com o princípio de consentimento informado"

Quando uma Mulher escolhe uma parteira para lhe prestar os seus cuidados, qualquer referenciação para cuidados maternos de nível secundário ou terciário é realizada pela parteira (prestador de cuidados primários). A Mulher e a parteira devem trabalhar em conjunto durante toda a experiência materna, construindo uma relação de confiança mútua, partilhando informação para facilitar a tomada de decisão informada e reconhecendo o papel ativo que cada um tem nos cuidados maternos. Os cuidados obstétricos devem ser prestados de acordo com o princípio de consentimento informado. A parteira deve fornecer à Mulher informação suficiente para informar o consentimento da Mulher para qualquer procedimento e deve dar oportunidade à Mulher de considerar o aconselhamento oferecido. A Mulher é livre para aceitar ou recusar qualquer procedimento ou conselho. Caso ocorram problemas durante a gravidez, parto ou puerpério, a parteira pode decidir consultar os seus colegas na primeira instância; ou consultar diretamente um prestador de cuidados secundário ou terciário e encaminhar quando apropriado. A parteira deve fornecer uma carta de referenciação explicitando as razões para o encaminhamento.

Os cuidados de obstetrícia podem continuar mesmo quando um prestador de cuidados secundário ou terciário é necessário (isto é, a parteira continua a prestar cuidados à Mulher). O prestador de cuidados de nível secundário ou terciário poderá assumir responsabilidade clínica contínua, e o papel da parteira será concordado entre o especialista, a parteira e a Mulher. Esta transferência de responsabilidade clínica incluirá uma discussão acerca da calendarização de transferência para a parteira quando a(s) condição(ões) permitirem. A concretização de colaboração e cooperação entre os grupos profissionais envolvidos em cuidados maternos é de grande importância para a excelência de cuidados[5]. Isto envolve o reconhecimento de competências específicas encontradas dentro dos vários grupos de prestadores de cuidados.

A responsabilidade pelos cuidados maternos contínuos irá depender da situação clínica e dos desejos e necessidades da Mulher. Após a consulta com o médico, deve ser claramente estabelecido se os cuidados maternos e a responsabilidade:

a) Continua com a parteira (cuidados primários), ou

b) São referenciados para o médico (cuidados secundários ou terciários).

Áreas de discussão e envolvimento têm que ser acordadas e claramente documentadas. Uma boa comunicação entre os prestadores de cuidados é essencial para a prestação de cuidados maternos seguros e eficazes. Numa emergência, a responsabilidade clínica é imediatamente transferida para o prestador mais apropriado disponível. Os papéis clínicos e as responsabilidades dos prestadores assistentes são ditadas pelas necessidades da mãe e do bebé e das competências e habilidades dos prestadores disponíveis. Depois da consulta ou referenciação, é esperado que a parteira receba comunicação de retorno. Contudo, é da responsabilidade da parteira pedir confirmação do prestador de saúde do plano de cuidados contínuos, incluindo os papéis acordados da parteira e do prestador de saúde.

Quando acontece uma consulta, a decisão sobre os papéis clínicos em curso e a responsabilidade tem que envolver uma discussão entre o médico ou o prestador de saúde, a parteira e a Mulher. Procurar uma consulta não transfere a responsabilidade dos cuidados. Caso o médico ou o prestador de cuidados recomende uma mudança na responsabilidade dos mesmos tem que ser claramente comunicado à parteira e à Mulher envolvida.

Quando os cuidados maternos são encaminhados (tanto permanente como temporariamente) da parteira para o médico, esse médico assistente, em consulta com a Mulher e a parteira, assume toda a responsabilidade pelos cuidados maternos (secundários ou terciários). A Mulher tem que fornecer consentimento informado antes de uma transferência. O obstetra (ou outro especialista médico) irá assumir uma responsabilidade clínica contínua e o papel da parteira será acordado entre o especialista, a parteira e a Mulher. Isto incluirá uma discussão sobre o tempo apropriado da transferência de responsabilidade clínica novamente para a parteira quando a(s) condição(ões) permitir(em). Quando os cuidados maternos são referenciados para um médico assistente, a parteira poderá continuar a prestar cuidados dentro do âmbito da prática da parteira, em colaboração com o médico assistente.

"A decisão sobre os papéis clínicos em curso e a responsabilidade tem que envolver uma discussão entre o médico ou o prestador de saúde, a parteira e a Mulher"

As áreas de discussão, responsabilidade e envolvimento devem ser acordadas e claramente documentadas e comunicadas à Mulher. Independentemente da natureza ou nível da discussão, consulta ou encaminhamento, a comunicação entre os prestadores acerca da mudança de planos de gestão deve incluir o envolvimento da Mulher e deve estar claramente documentado e comunicado a todas a pessoas envolvidas.

Os princípios éticos e legais que sustentam a saúde e a lei da saúde enfatizam a importância de respeitar a autonomia e direitos dos indivíduos para ponderar os riscos e benefícios de acordo com as suas necessidades pessoais e valores e tomar decisões de forma independente. Quando uma variação do normal é identificada durante os cuidados à Mulher, recomenda-se que a parteira realize um ou mais de três passos:

A. Discutir a situação com um colega (parteira), e/ou clínico geral, e/ou outro profissional de saúde; e/ou

B. Consultar com um médico de clínica geral ou outro profissional de saúde; e/ou

C. Encaminhar uma Mulher ou o seu bebé para um médico de clínica geral para cuidados Secundários ou Terciários.

[10] Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna , obstétrica e ginecológica, in: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf

NÍVEL DE INDICAÇÃO/CONDIÇÃO IDENTIFICADA

A **DISCUTIR**	B **CONSULTAR**	C **ENCAMINHAR**

Seguindo estas ações, a responsabilidade dos cuidados permanecerá com os seguintes:

CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**PRESTADOR COM RESPONSABILIDADE PRIMÁRIA**
A	DISCUTIR Uma discussão será iniciada com outro profissional de saúde para planear cuidados.	Parteira e/ou médico assistente ou outros profissionais de saúde.
B	CONSULTAR Avaliação envolvendo tanto necessidades de cuidados primários e secundários. A situação individual da mulher será avaliada e acordos acerca da responsabilidade por cuidados maternos serão realizados.	Parteira e/ou médico assistente ou outros profissionais de saúde
C	ENCAMINHAR Isto é uma situação que requer cuidados médicos a nível secundário ou terciário enquanto a situação existir. O pedido para encaminhamento será feito por escrito. Alterações nos cuidados serão comunicadas por escrito à parteira.	Médico Assistente (para cuidados secundários ou terciários). Quando adequado a parteira continua a prestar cuidados.

Australian Health Ministers' Advisory Council. (2008). Primary maternity services in Australia- a framework for implementation
Australian Nursing and Midwifery Council. (2007). National framework for the development of decision-making tools for nursing and midwifery practice.
ICM. Essential Competencies for Midwifery Practice 2002.
Declaración de postura de la ICM. 2011. Servicios de maternidad apropiados para un embarazo, parto y puerperio normales.
Declaración de postura de la ICM. 2011. El parto en casa.
Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011; Regulamento n.º 127/2011; Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
National Health and Medical Research Council. (2010). National Guidance on Collaborative Maternity Care
National Midwifery Guidelines for Consultation and Referral. (2013). Australian College of Midwives

Parecer sobre obrigatoriedade de resposta a reclamações

Por resolução do Conselho de Ministros n.º 189/96, foi normalizada a obrigatoriedade da existência de livro de reclamações em todos os organismos da Adminstração Pública. O Livro de Reclamações foi posteriormente criado e regulamentado pela Portaria nº. 355/97, de 28 de Maio.

O seu âmbito abrange todas as unidades de saúde tuteladas pelo Ministério da Saúde e deve estar disponível em todos os locais onde seja efetuado atendimento público. Desta forma, qualquer utente das unidades prestadoras de cuidados que durante o seu processo de atendimento, se sinta prejudicado ou descontente com alguma situação ocorrida, tem a possibilidade de o registar formalmente, dirigindo essa comunicação escrita às entidades competentes.

Após receção da participação escrita, deverá a mesma ser analisada pelo instrutor responsável nomeado pela Instituição. Este, poderá caso a caso remeter para os responsáveis hierárquicos dos sujeitos alvo de participação, a fim de esclarecerem o facto relatado elaborando a devida resposta. Pretende-se que a situação seja analisada objetivamente, dando oportunidade às partes de serem ouvidas e poderem exercer a sua defesa se for esse o caso.

No caso em apreço, o membro relata que lhe foi solicitada esclarecimento pelo superior hierárquico direto sobre os factos ocorridos. A ser assim e conforme artigo 79º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Código Deontológico), o enfermeiro "responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega". Embora não diretamente relacionado com a pratica de cuidados, todas as decisões que são tomadas pelo profissional no âmbito do seu exercício estão sujeitas à sua responsabilidade e responsabilização. Logo o pedido de esclarecimento por parte da superior hierárquica deverá ser entendido como parte do processo de audição que se vai desenvolver.

"O enfermeiro deverá participar nos procedimentos que tenham por objetivo analisar reclamações das pessoas"

O enfermeiro deverá participar nos

procedimentos que tenham por objetivo analisar reclamações das pessoas, nomeadamente quando está em causa a proteção dos seus direitos. Todavia, deverá ponderar a informação a fornecer, no sentido de manter o sigilo profissional, nos termos do artigo 85º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Código Deontológico). Mas essa solicitação escrita ao interveniente não deve ser assumida como a resposta definitiva ao ocorrido. Na verdade, impõe-se por respeito a quem elabora a reclamação e fundamentalmente pela procura da verdade dos factos, que o auditor seja neutro e esteja acima de qualquer envolvimento no processo. Ora não parece crível, que o membro envolvido direta ou indiretamente no episódio relatado, seja ele mesmo o responsável pela resposta à reclamação.

"O enfermeiro assume o dever de colaborar nos procedimentos que visem apurar responsabilidades individuais e institucionais face à proteção dos direitos das pessoas"

CONCLUSÃO

Tendo em atenção o exposto, o Conselho Jurisdicional considera que: as Unidades de Saúde abrangidas pela obrigatoriedade de possuírem livro de reclamações, deverão atempadamente normalizar procedimentos relativamente ao processo de audição de factos tendentes ao apuramento de responsabilidades, ao nível de quem está habilitado e é responsável pelo apuramento dos mesmos.

O enfermeiro assume o dever de colaborar nos procedimentos que visem apurar responsabilidades individuais e institucionais face à proteção dos direitos das pessoas, devendo contudo manter o sigilo a que está obrigado.