



Instituto Politécnico de Bragança
Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Relatório de Estágio de Natureza Profissional
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Unidades de Obstetrícia

Nome

Ana Raquel Romão Ribeiro

Vila Real, 2022



Instituto Politécnico de Bragança

Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio de Natureza profissional

A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Unidades de Obstetrícia

Proponente:

Ana Raquel Romão Ribeiro

Orientadores:

Professora Especialista na Área Científica de Enfermagem Anabela Martins Pinto de Figueiredo

Professora Especialista na Área Científica de Enfermagem Maria do Carmo Martins Pires e Sousa

Vila Real, 2022

Ribeiro, A. R. R. (2022)

A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Unidades de Obstetrícia

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do Consórcio Instituto Politécnico de Bragança/ Instituto Politécnico de Viana do Castelo/ Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, ao abrigo do Despacho N.º 2823/2020 publicado em Diário da República 2.a série, no43 de 2 de março de 2020.

“O que dá o verdadeiro sentido ao encontro é a busca, e é preciso andar muito para se alcançar o que está perto”

José Saramago

Dedicatória

Ao meu pai que no Céu irá orgulhar-se da minha conquista.

À minha mãe e à minha irmã, pelo apoio incondicional.

Ao meu afilhado porque tantas vezes abdiquei de estar com ele e ajudar no seu crescimento, mas que sempre me enchia o coração quando estávamos juntos e esses momentos davam-me ainda mais força para continuar.

Ao meu namorado, pelo seu apoio incondicional e por nunca ter desistido de mim.

E a toda a minha família porque sempre acreditou em mim.

Agradecimentos

No final da realização deste trabalho de investigação, considero importante dedicar algumas palavras de agradecimento a todos os que contribuíram e possibilitaram a sua concretização.

Este trabalho, um constante desafio não é só meu, fazem parte dele todas as minhas orientadoras da componente prática em contexto clínico e em contexto académico. Com a disponibilidade demonstrada, sugestões de melhoria e palavras de ânimo fizeram com que este meu caminho fosse mais agradável e fácil de trilhar.

Neste trabalho, também se encontra o carinho da minha família que pelo incentivo e pela compreensão da minha ausência me permitiram chegar ao final e concretizar este objetivo na minha vida profissional.

Neste meu caminho, pela procura da qualidade de vida e dos seus requisitos, descobri um fator essencial, a amizade. Por isso, um especial agradecimento às minhas amigas e colegas de trabalho, pelo ânimo, apoio, ajuda e compreensão, imprescindíveis nesta aventura.

Agradeço ainda a todos aqueles que participaram no preenchimento dos questionários, porque sem eles não seria possível desenvolver o estudo de investigação.

E por fim, mas não menos importante, agradeço a todas as mulheres, companheiros e famílias que me permitiram acompanhá-los num momento único, sagrado e especial, como é o do nascimento de um filho. Eles são o motivo para continuar o meu crescimento profissional, no sentido de lhes oferecer com carinho, um atendimento de qualidade.

A todos agradeço, verdadeiramente!

Resumo

Introdução: Este relatório inclui uma descrição detalhada das atividades realizadas e competências desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tendo por base a análise crítico-reflexiva e a evidência científica nas áreas de intervenção. Neste estágio, pretendeu-se desenvolver competências específicas e comuns, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, no âmbito da prestação de cuidados, da formação contínua, da gestão e da investigação. Para o desenvolvimento das competências de investigação optamos por um estudo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros, tendo em conta que um maior nível de satisfação destes profissionais se associa a um aumento da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

Objetivo: Desenvolver competências na prestação de cuidados em enfermagem de saúde materna e obstétrica; avaliar o nível de satisfação profissional dos enfermeiros em unidades de obstetrícia e verificar a relação de alguns fatores com o nível de satisfação profissional.

Metodologia: Avaliação, planeamento e intervenção de enfermagem dirigida à mulher, parturiente, feto, recém-nascido e acompanhante. O estudo é analítico-correlacional e transversal. Os dados foram obtidos a partir de um questionário construído para o efeito e a aplicação da Escala Satisfação Enfermeiros Trabalho (ESET). Foram salvaguardados os aspetos éticos. A população foi constituída por 34 enfermeiros que exercem funções em serviços de obstetrícia de um centro hospitalar na região Norte do país. Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva e inferencial, com recurso ao programa SPSS versão 26.

Resultados: Das competências adquiridas evidenciam-se as relacionadas com o cuidar da mulher, inserida na família comunidade, durante o trabalho de parto e parto. A satisfação profissional global é positiva ($3,21 \pm 0,69$). As dimensões em que os participantes revelaram uma maior satisfação foram a satisfação com a valorização profissional e a satisfação com os colegas. Os fatores que revelaram uma relação estatística significativa com a satisfação profissional foram as condições de segurança, a comunicação na equipa e o local onde exercem funções.

Conclusões: A aquisição das competências e a reflexão sobre as mesmas contribuiu para um desempenho autónomo e fundamentado na evidência científica. A satisfação profissional é uma variável essencial para o bem-estar, saúde e motivação dos profissionais, com implicações na qualidade dos cuidados prestados. Este grupo de enfermeiros encontrava-se globalmente satisfeito, porém alguns fatores revelaram ter uma relação significativa com o aumento destes níveis de satisfação, pelo que importa investir na sua valorização.

Palavras-chave: Satisfação profissional; Enfermeiros; Obstetrícia.

Abstract

Introduction: This report includes a detailed description of the activities and skills developed during the Professional Internship of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, based on a critical-reflective analysis and the scientific evidence in the areas of intervention. In this internship, the aim was to develop specific and common competencies, as recommended by the Portuguese Nurses' Association, in the areas of care provision, continuing education, management and research. For the development of research competencies, we chose a study on the nurses' job satisfaction, taking into account that a higher level of satisfaction among these professionals is associated with an increase in the quality and safety of the care provided.

Objective: To develop skills in providing care in maternal health and obstetric nursing; to evaluate the level of job satisfaction of nurses in obstetric units and verify the relationship of some factors with the level of job satisfaction.

Methodology: Assessment, planning and nursing intervention directed at the woman, parturient, fetus, newborn and attendant. The study is analytic-correlational and cross-sectional. Data were obtained from a questionnaire designed for this purpose and the application of the Nurse Work Satisfaction Scale (ESET). Ethical aspects were safeguarded. The population was composed of 34 nurses who worked in midwifery services of a hospital center in the northern region of the country. Data were submitted to descriptive and inferential statistical analysis using the SPSS version 26 software.

Results: Among the skills acquired, the ones related to caring for the woman, within the family and community, during labor and delivery are highlighted. The overall professional satisfaction is positive (3.21 ± 0.69). The dimensions in which participants showed the highest satisfaction were satisfaction with professional recognition and satisfaction with colleagues. The factors that showed a statistically significant relationship with job satisfaction were safety conditions, communication within the team, and the place where they work. were safety conditions, communication within the team, and the place where they work.

Conclusions: The acquisition of skills and the reflection on them contributed to an autonomous performance based on scientific evidence. Job satisfaction is an essential variable for the well-being, health and motivation of professionals, with implications in the quality of care. This group of nurses was globally satisfied, but some factors showed a significant relationship with the increase in these levels of satisfaction, thus it is important to invest in their enhancement.

Keywords: Job Satisfaction; Nurses; Obstetrics.

Índice

Resumovii

Abstractviii

Lista de Figurasxi

Índice de Tabelasxii

Lista de Abreviaturas e Siglasxiii

INTRODUÇÃO15

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL19

1.1. *Bloco de partos e urgência obstétrica/ ginecológica*20

2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA23

2.1. *Desenvolvimento de competências na gravidez com complicações*24

2.2. *Desenvolvimento de competências nas situações de perda fetal*33

2.3. *Desenvolvimento de competências no trabalho de parto e parto*37

2.4. *Desenvolvimento de competências nos cuidados ao recém-nascido*56

3. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE OBSTETRÍCIA59

3.1. Enquadramento metodológico64

3.1.1 *Objetivos e Finalidades*64

3.1.2 *Hipóteses de estudo*65

3.1.3 *Variáveis*66

3.1.4 *Tipo de estudo*67

3.1.5 *População*67

3.1.6 *Instrumentos e procedimento de recolha de dados*67

3.1.7 *Tratamento dos dados*69

3.1.8 *Apresentação e análise de resultados*70

3.1.9 *Discussão de resultados*80

4. CONCLUSÃO86

5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS90

6. LEGISLAÇÃO CONSULTADA102

ANEXOS103

Anexo I - Partograma104

Anexo II – Plano de Parto106

Anexo III – Pedido de Autorização para utilização de ESET109

Anexo IV – Questionário sócio-demográfico e ESET110

Anexo V – Autorizações para a aplicação do Estudo114

Anexo VI – Consentimento Informado123

Índice de Figuras

Figura 1 - Evolução do número de partos.22

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo	70
Tabela 2 - Caracterização da formação académica e profissional dos participantes em estudo	71
Tabela 3 - Caracterização laboral dos participantes do estudo	72
Tabela 4 - Caracterização da informação dos participantes quanto à opinião sobre a liderança, a segurança e a comunicação no local de trabalho	73
Tabela 5 - A estatística da Escala de Satisfação Profissional	73
Tabela 6 - Comparação da satisfação profissional em função da unidade onde exerce funções	75
Tabela 7 - Comparação da satisfação profissional em função do tipo de contrato	75
Tabela 8 - Comparação da satisfação profissional em função do tipo de liderança	76
Tabela 9 - Comparação da satisfação profissional em função da formação académica	77
Tabela 10 - Comparação da satisfação profissional em função do tipo de formação contínua	77
Tabela 11 - Comparação da satisfação profissional em função da detenção de título de especialista	78
Tabela 12 - Comparação da satisfação profissional em função das condições de segurança.....	78
Tabela 13 - Comparação da satisfação profissional em função da comunicação existente na equipa.....	79
Tabela 14 - Comparação da satisfação profissional em função do tempo de serviço.....	80

Lista de Abreviaturas e Siglas

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

art. - Artigo

bpm - Batimentos por minuto

CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

cit. - Citado

CTG - Cardiotocográfico

CU - Contrações Uterinas

DG - Diabetes Gestacional

DL - Decreto-Lei

DR - Diário da República

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENP - Estágio de Natureza Profissional

EPE - Entidade Pública Empresarial

ESET - Escala Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho

ESS - Escola Superior de Saúde

EV - Endovenosa

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

gr - Grama

IG - Idade Gestacional

IM – Intramuscular

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

IPB - Instituto Politécnico de Bragança

IPVC - Instituto Politécnico de Viana do Castelo

ITP - Indução do Trabalho de Parto

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

LA- Líquido Amniótico

n.º - número

mg - Miligramas

mg/dL - Miligramas por decilitro

mmHg - Milímetros de Mercúrio
ml - Mililitros
ml/h - Mililitros por Hora
mmol/l - Micromol por Litro
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
p. - Página
PCR- Polymerase Chain Reaction
PH – Potencial Hidrogeniónico
PPT - Parto Pré-Termo
RCIU - Restrição Crescimento Intra-uterino
Rh - Fator Rhesus
RN - Recém-nascido
RPM - Rotura Prematura Membranas
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
TP - Trabalho de Parto
UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, lecionado na Escola Superior de Saúde (ESS) da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), em consórcio com o Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) e com o Instituto Politécnico de Bragança (IPB), está previsto o Estágio de Natureza Profissional (ENP). Este estágio, foi desenvolvido no Serviço de Bloco de Partos e Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), Entidade Pública Empresarial (EPE) no período entre 26 abril e 06 agosto de 2021.

No plano de estudos, este ENP está preconizado com os seguintes objetivos:

- Aplicar conhecimentos no planeamento, execução e avaliação dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstetrícia;
- Interpretar a complexidade da intervenção no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, sustentada na evidência científica, na prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família;
- Aplicar princípios éticos legais que orientam a profissão com vista ao desenvolvimento de ações autónomas e/ou multidisciplinares adequadas a cada situação clínica na área de enfermagem em saúde materna e obstetrícia;
- Participar na construção, implementação e avaliação de programas de saúde materna e obstetrícia nos diversos contextos;
- Elaborar, apresentar e discutir publicamente, o relatório desenvolvido.

A exigência da qualidade dos cuidados de enfermagem, conduziu os enfermeiros ao desenvolvimento de competências específicas, sendo disponibilizados, para tal, cursos de especialização em enfermagem que reconhecem, aos enfermeiros, competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados, em áreas específicas da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) tem vindo a regular o perfil de competências específicas para cada área de especialização em Enfermagem (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio) que devem coexistir com o perfil das competências comuns a todos os enfermeiros.

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro são: a) responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados; d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) incluem um conjunto de competências clínicas relacionadas com o cuidar da mulher, inserida na família comunidade, no âmbito de diversas áreas de intervenção. Nomeadamente, do planeamento familiar e período pré-concepcional, do período pré-natal, do trabalho de parto (TP), do período pós-natal, do período do climatérico e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Acrescenta-se ainda, o cuidar das mulheres em idade fértil (grupo-alvo) inseridas na comunidade.

O EEESMO “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Neste estágio desenvolvemos sobretudo as competências relativas ao cuidado da mulher, inserida na família e comunidade, durante o TP. Nomeadamente no âmbito da promoção da saúde materno-fetal e otimização da adaptação do recém-nascido (RN) à vida extra-uterina; do diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a mulher e RN e intervenção à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP. Pretendemos ainda o desenvolvimento de competência no cuidado da mulher, inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde e doença ginecológica, no contexto de urgência.

No sentido de desenvolver competências de investigação, com a finalidade de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, considerou-se pertinente estudar o tema da satisfação profissional, durante o ENP. Esta pertinência pode justificar-se pela conjuntura que se vive atualmente, de uma insatisfação recorrente dos enfermeiros, visível através de manifestações, greves e reivindicações na comunicação social. A necessidade de confirmar empiricamente este grau de satisfação e conhecer alguns dos fatores que interferem na satisfação profissional dos enfermeiros, especificamente nas unidades de obstetrícia, foi o

ponto de partida para a realização de um estudo de investigação que tem como título: A satisfação profissional dos enfermeiros em unidades de obstetrícia.

A relevância desta temática é também justificada pelo entendimento da satisfação profissional como um importante indicador de eficácia e qualidade dos serviços num sistema de saúde. Nos últimos anos, as condições e a qualidade de vida no trabalho têm sido de grande interesse e investigação, promovidas pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Os resultados sugerem que existe muita pressão tecnológica, pressão por parte das chefias e com clientes muito exigentes, podendo afetar a saúde mental e o bem-estar psicossocial dos colaboradores. Sendo que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, estão integrados num grupo de desgaste mais rápido originado situações de stress, torna-se assim relevante conhecer as principais causas que influenciam a satisfação dos mesmos (Dias, 2018; Dias & Morais, 2019). Por outro lado, níveis altos de satisfação profissional convertem-se em qualidade de cuidados e atendimento, pelo que se justifica uma avaliação periódica da satisfação laboral para acompanhar a monitorização da qualidade dos cuidados prestados na organização (Bilhim, 2009).

Em síntese, como referem Gouzou et al. (2015), a satisfação profissional dos enfermeiros nos hospitais é associada à produtividade à eficácia nos cuidados prestados, à rotatividade e sobretudo à segurança e qualidade com os cuidados prestados ao doente. Sendo a obstetrícia uma área tão específica e tão importante para a saúde das mulheres e conviventes significativos, estes profissionais têm um papel fundamental para que esta experiência vivida seja muito positiva, logo é importante que os seus níveis de satisfação profissional sejam elevados.

Os objetivos preconizados para este relatório são: a) proceder à descrição das atividades com base numa reflexão acerca do desenvolvimento de competências no cuidar e na assistência especializada à mulher, convivente significativo e a restante família; b) demonstrar a aquisição de competências que contribuíram para o desenvolvimento desta área específica de intervenção, no domínio da investigação científica.

Neste seguimento de ideias e com o objetivo de dar resposta aos objetivos anteriormente referidos, este relatório encontra-se dividido em três partes, sendo elas:

1. Caracterização do contexto onde se desenvolveu o ENP;

2. Contextualização e descrição da aquisição e desenvolvimento de competências clínicas comuns e especializadas do EEESMO, em diferentes áreas de intervenção tais como gravidez com complicações, TP e parto, cuidados ao RN e ainda em outros domínios;
3. Apresentação de uma revisão da literatura sobre a satisfação profissional dos enfermeiros e fatores que concorrem para uma maior satisfação, e uma abordagem à metodologia do estudo, que culminou na apresentação, análise e discussão dos resultados e as conclusões.

Neste relatório, recorreu-se à metodologia descritiva e crítico-reflexiva, sustentada na evidência científica (presente em livros de referência, *guidelines* e artigos científicos, obtidos em diversas bases de dados da plataforma EBSCO), análise individual e discussões com orientadores.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Este estágio foi desenvolvido no Serviço de Bloco de Partos e Urgência de Obstetria e Ginecologia do CHTMAD, EPE.

O CHTMAD, EPE é uma empresa pública, com sede em Vila Real, criada em fevereiro de 2007. Resulta da fusão entre o Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, EPE com o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego (Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro; Decreto-Lei n.º 233/2005, de 27 de dezembro).

Este Centro Hospitalar, atualmente, integra quatro unidades, que com as suas características diversas se complementam para prestar cuidados de saúde de proximidade, em rede:

- Na cidade de Vila Real, o Hospital de São Pedro, cuja história remonta a 1915, quando a Santa Casa da Misericórdia local inaugurou o Hospital da Divina Providência, passando em 1980, a ter esta denominação;
- Na cidade de Chaves, um Hospital que teve a sua origem há mais de 450 anos com cuidados assistenciais ligados ao antigo Hospital da Misericórdia. No ano de 1975 iniciaram-se as obras de construção do Hospital que funciona até aos dias de hoje;
- Na cidade de Lamego, o CHTMAD, EPE tem as suas instalações mais modernas e recentes, com o Hospital de Proximidade construído de raiz a partir do ano de 2009 e em funcionamento desde 2013;
- Com início de funcionamento em 2008, a Unidade de Vila Pouca de Aguiar, instalada no Centro de Saúde local, completa a oferta de serviços do Centro Hospitalar, com um local de internamento para doentes exclusivamente provenientes do Centro Hospitalar que necessitem de cuidados paliativos.

Até janeiro de 2020, o CHTMAD, EPE, integrou, ainda, uma quinta Unidade, o Hospital de Dom Luiz I, no Peso da Régua, cuja abertura remonta a 5 de maio de 1957, tendo sido, por acordo, entregues as instalações ao seu proprietário, a Santa Casa da Misericórdia do Peso da Régua.

O CHTMAD, EPE está integrado na Administração Regional de Saúde do Norte. A sua área de influência direta abrange cerca de 300.000 habitantes. Abrange as populações de Tarouca,

Tabuaço, São João da Pesqueira, Montalegre, Lamego, Chaves, Boticas, Armamar, Vila Real, Vila Pouca de Aguiar, Santa Marta de Penaguião, Sabrosa, Ribeira de Pena, Peso da Régua, Murça, Mondim de Basto, Mesão Frio e Alijó.

Abrange ainda, para algumas valências como o Centro de Oncologia, um total de cerca de meio milhão de habitantes, numa área coincidente com a da Associação de Municípios de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O CHTMAD, EPE tem como missão: prestar cuidados de saúde direcionados às necessidades da população, proporcionando-lhe longevidade com qualidade de vida através de uma resposta atempada, rigorosa e eficiente, intensificando o conceito de humanização que contribui para a promoção da saúde e prevenção da doença, promovendo simultaneamente a valorização pessoal e profissional dos seus recursos humanos. A sua visão é constituir-se como uma unidade de saúde de excelência e indutora de desenvolvimento sustentável com elevado sentido de pertença dos seus profissionais e clientes.

Os seus valores e princípios são: solidariedade; união; transparência; respeito; competência; responsabilidade; integridade; ambição e entusiasmo; respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; ação assistencial e cultura de gestão centradas em elevados padrões éticos; promoção da saúde na sociedade; responsabilidade ambiental; multidisciplinariedade e trabalho de equipa.

Nos serviços clínicos, conta com o Centro de Gestão da Mulher e Criança que, na área da saúde da mulher, integra a Unidade de Genética Médica, o Serviço de Obstetrícia e Ginecologia e o Bloco de Partos com Urgência Obstétrica/Ginecológica (CHTMAD, 2021).

1.1. Bloco de partos e urgência obstétrica/ ginecológica

O Serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica/Ginecológica estão situados no 1º andar do edifício principal. O Serviço de Urgência tem duas salas de atendimento com computadores, ecógrafos e todo o material necessário para a avaliação da mulher, duas casas de banho (uma com duche), uma unidade de observação com uma cama que, dada a situação da pandemia foi adaptada para os casos em que as mulheres vinham em período expulsivo e em que não houvesse tempo para a realização do teste de Covid-19, em tempo útil. Esta opção faz sentido, tendo em conta a minimização do risco para os demais profissionais, assim como para as restantes mulheres que se encontravam em trabalho de parto.

O Serviço de Urgência presta atendimento a grávidas, parturientes, puérperas e mulheres com patologia ginecológica. Por ser um serviço especializado, todas as mulheres tinham que passar numa fase inicial sempre pelo Serviço de Urgência Geral, localizado no andar (-1) do edifício principal, para uma triagem e posteriormente eram encaminhadas e acompanhadas por um assistente operacional até este serviço.

O Bloco de Partos tem um gabinete médico, uma copa, um vestiário, uma casa de banho para os profissionais, uma sala de enfermagem, quatro salas individuais para vigilância do TP, uma sala de vigilância do trabalho de parto com duas camas, uma sala de cuidados ao RN, uma sala com duas camas adaptadas para o período expulsivo com todo o material necessário e uma sala de desinfecção/lixos. Todas as salas para vigilância do TP têm cardiotocógrafo com telemetria, uma cama de parto, monitor para vigilância dos parâmetros vitais e dispositivo de música. A sala de período expulsivo contém todo o material necessário para reanimação neonatal, caso seja necessário.

Relativamente à metodologia de stocks, os pedidos ao serviço de aprovisionamento eram feitos semanalmente, pela enfermeira chefe, partindo de uma média calculada das necessidades do serviço e gastos efetuados. A medicação era repostada pela farmácia hospitalar com regularidade sendo que para alguns estupefacientes e antibióticos era necessário preencher uma justificação a cada utilização e enviar para a farmácia, para estes reporem conforme os gastos. Os resíduos hospitalares eram separados consoante o seu tipo e, diariamente, eram retirados do serviço pelo funcionário destinado para o efeito.

A equipa de Enfermagem era constituída pela Enfermeira Chefe, EEESMO, presente apenas durante o turno da manhã, quatro EEESMO no turno da manhã e tarde e, três EEESMO no período noturno. No total, a equipa dispunha de 22 enfermeiros especialistas, o que permitia cumprir os rácios de enfermeiros especialistas por turno, segundo as indicações da OE. O método de trabalho utilizado era o método individual, sendo que na maioria das vezes havia uma ajuda entre os elementos a fim de melhorar a organização dos cuidados.

As assistentes operacionais, eram sempre distribuídas pelo Bloco de Partos e Serviço de Urgência, um elemento no turno da manhã e da tarde, no período da noite era apenas uma assistente operacional para ambos os locais. Houve alturas em que dada a falta de profissionais desta categoria, principalmente no turno da tarde, permanecia apenas uma nos dois locais em

simultâneo, exigindo que os enfermeiros desempenhassem outras funções, nomeadamente de limpeza e desinfeção.

A equipa médica, era constituída por médicos obstetras em permanência 24 horas, anestesista e pediatra quando solicitada a sua presença.

Os registos de enfermagem eram realizados no programa informático Scínico®.

Os serviços com relação direta com o Bloco de Partos e a Urgência Obstétrica e Ginecológica, eram essencialmente o Bloco Operatório, localizado no mesmo andar, nomeadamente para a realização de cesarianas, cirurgias ginecológicas de urgência ou até mesmo cirurgias ginecológicas programadas. A Consulta Externa, localizada em pavilhões externos ao edifício central, onde por vezes as mulheres que iam a consultas de rotina e por alterações nomeadamente nos registos cardiotocográficos (CTG) ou alterações analíticas, eram encaminhadas para o Serviço de Urgência e Obstetrícia. Em alguns casos acabavam por ficar internadas no Bloco de Partos ou no Serviço de Internamento de Obstetrícia e Ginecologia, situado no 4º andar do edifício central. Este serviço, era aquele que tinha um elo de ligação maior com o Bloco de Partos, uma vez que era para este serviço que se encaminhavam todos os RN e puérperas, depois das duas horas após o parto, sem complicações.

No que se refere à taxa de partos relativamente aos anos anteriores podemos verificar que tem vindo a diminuir o número total nos últimos cinco anos, exceto no ano de 2020 em que houve um aumento de 26 partos face a 2019. A taxa de cesarianas teve um aumento acentuado em 2018 e 2020. Aumentou de 37,7% em 2019 para 43,6%, em 2020, acentuando a divergência face à média nacional (CHTMAD, 2022). Em termos numéricos, em 2020, houve um total de 410 partos eutócicos e 683 partos distócicos.



Figura 1 - Evolução do número de partos.

Na Consulta Externa de Obstetrícia, em 2020, houve um total de 2492 consultas primárias e 4897 subsequentes, sendo que em igual período do ano de 2019 ocorreram 2385 primárias e 6493 subsequentes.

Em suma, tendo em conta estes resultados, o CHTMAD, EPE apresenta um valor reduzido de partos, nomeadamente eutócicos, o que poderia tornar-se um entrave para atingir os objetivos e o número mínimo de experiências exigidas pela Diretiva Europeia (transposta para o direito interno pela Lei n.º 25/2014, de 2 de maio) e pela OE para atribuição do título de especialista, no entanto durante o período de estágio foi possível atingir o número de experiências mínimas e superar as expectativas em algumas experiências.

2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Após a descrição do contexto onde realizamos o ENP, torna-se fulcral refletir acerca da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas previstas para o EEESMO. Neste ponto, pretende-se descrever todo o percurso formativo realizado ao longo deste estágio e de forma a torná-lo mais fácil, seguimos as linhas orientadoras preconizadas no projeto de estágio.

Para cumprimento dos objetivos de estágio devem ter-se presentes as orientações constantes nas Diretivas Europeias (2005/36/CE; 2013/55/EU), transpostas para a legislação interna pela Lei n.º 9/2009, de 4 de março, Lei n.º 26/2017 de 30 de maio e anexo II da Lei n.º 25/2014 de 2 de maio, que definem um conjunto de conhecimentos e experiências mínimas para garantir o reconhecimento automático das qualificações profissionais. Deve ter-se ainda em consideração as orientações constantes no Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, que atualiza a definição do perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Assim como, o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, que integra o perfil de competências comuns para o enfermeiro especialista.

A OE (art. 3.º, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) distingue três tipos de competência:

1. “Competências comuns”, que são aquelas que são compartilhadas por todos os enfermeiros especialistas e que são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;
2. “Competências específicas”, decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e, do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um grau elevado de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas;
3. “Competência acrescida”, refere-se às habilidades e às atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, levando a novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

Assim, para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista é necessário concretizar as seguintes competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Desta forma, nos próximos subpontos irão ser apresentadas as principais atividades desenvolvidas, fundamentadas de acordo com a evidência científica mais recente. Esta apresentação terá ainda por base a reflexão crítica, de forma a consolidar as aptidões técnico-científicas referentes às competências comuns e específicas do EEESMO, no âmbito da prestação dos cuidados especializados à mulher/feto/recém-nascido (RN) e família durante o período pré-natal, TP e parto e período pós-natal.

2.1. Desenvolvimento de competências na gravidez com complicações

Ao longo do estágio foram prestados cuidados especializados a grávidas com diferentes patologias e complicações obstétricas. Deste modo, as principais intervenções de enfermagem adotadas perante cada situação, como seguidamente referidas, passaram essencialmente por diagnosticar precocemente e prevenir complicações materno-fetais, informar e orientar a grávida/ parturiente e convivente significativo acerca dos sinais e sintomas de risco, monitorizar

e avaliar a saúde materno-fetal com os meios de diagnóstico apropriados, identificar e monitorizar os desvios do padrão de adaptação à gravidez com patologia associada.

Ao longo deste estágio pude adquirir competências neste domínio através do cuidado a grávidas que iam à Consulta Externa ou Urgência Obstétrica, e a parturientes que se encontravam no Bloco de Partos.

As principais intervenções planeadas e implementadas, na consulta externa, foram: a) avaliação da evolução da gravidez e do desenvolvimento fetal; b) avaliação dos sinais vitais; c) avaliação do índice de massa corporal e peso corporal; d) avaliação do bem-estar fetal e dinâmica uterina; e) orientação sobre vigilância da gravidez; f) orientação sobre sexualidade na gravidez ; g) informação sobre sinais e sintomas de alarme que justificam a ida à urgência; h) informação sobre alívio de sintomas na gravidez; i) informação sobre estilos de vida saudáveis; j) informação sobre recursos disponíveis, incluindo os direitos parentais; k) realização de exame químico à urina.

Durante o estágio pude perceber que a maioria destas grávidas tinham conhecimento sobre a sua patologia, assim como das implicações que poderia ter no momento do parto, pois uma vez diagnosticada a patologia, elas tinham consultas frequentes e desta forma era possível reforçar ensinamentos. Ainda assim, aquando do seu internamento ou ida à urgência eram esclarecidas algumas questões que pudessem apresentar. Elas demonstravam conhecimento sobre os sinais e sintomas de agravamento que as deveriam levar a recorrer ao hospital, assim como dos respetivos recursos na comunidade.

Foram realizados registos informáticos e no boletim de saúde da grávida.

A maioria das grávidas que recorriam à Consulta Externa hospitalar tinham como motivos a vigilância de gravidez de termo, a gravidez de risco (nomeadamente por apresentarem idade igual ou superior a 35 anos) e/ou doenças associadas à gravidez, nomeadamente Diabetes Gestacional (DG) e hipertensão.

Ao longo deste estágio deparei-me com poucas grávidas ou parturientes consideradas jovens, sendo que, regra geral, essas não tinham complicações associadas. A grande maioria das parturientes e grávidas a quem prestei cuidados tinham idades compreendidas entre os 33 e os 39 anos, sendo que em algumas delas acrescia outro fator de risco, a obesidade, o que por si só também aumenta a predisposição para complicações (WHO, 2018).

Uma patologia frequente em parturientes ou grávidas, foi a doença hipertensiva, sendo que hipertensão é definida por valores de tensão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de tensão arterial diastólica ≥ 90 mmHg em, pelo menos, duas medições distintas e com intervalo de quatro horas entre elas. A hipertensão crônica é aquela que é diagnosticada antes da gravidez ou antes das 20 semanas de idade gestacional, e a hipertensão gestacional surge pela primeira vez após as 20 semanas de idade gestacional e normaliza até às 12 semanas pós-parto. Pese embora o seu caráter distintivo, ambas as situações podem originar quadros de pré-eclâmpsia/eclâmpsia (Brown, et al., 2018; Druzin et al., 2013; Hod et al., 2015).

Como critério de diagnóstico para uma eclâmpsia ou pre-eclâmpsia, além da hipertensão arterial, inclui também a presença de proteinúria na urina com valores ≥ 300 mg da junção da urina de 24 horas ou a relação proteína/creatinina de $\geq 0,3$ mg/dL sendo que neste caso já poderia haver lesão dos órgãos alvo com sintomas de gravidade, como cefaleias ou distúrbios visuais (Stevens et al., 2018).

Todo este processo tem implicações materno-fetais sendo que as principais consequências são um aporte uteroplacentário insuficiente, anormalidades na placenta, isquemia de vasos placentários, restrição do crescimento fetal, oligodrâmnios, e estado fetal não tranquilizador demonstrado no momento do parto. Consequentemente, os fetos de mulheres com pré-eclâmpsia estão em risco acrescido de parto pré-termo (PPT). Foi possível ao longo deste estágio implementar intervenções, tais como administração do sulfato de magnésio segundo protocolo de serviço, na situação mais grave. Este fármaco previne convulsões associadas à eclâmpsia (Druzin et al., 2013).

A todas as restantes grávidas com doença hipertensiva eram priorizadas as seguintes intervenções: monitorização dos sinais vitais (a cada quatro horas); identificação precoce de sinais como edemas das face, mãos e membros inferiores e sintomas como a dor epigástrica; monitorização do bem estar materno-fetal por CTG e vigilância do estado neurológico materno.

Ao longo deste estágio houve também várias situações de grávidas com DG. Para Lima et al. (2018) a DG é considerada um problema de saúde pública dada a sua disfunção metabólica. Representa cerca de 7% das gravidezes. Segundo Inácio (2016) considera-se DG quando ocorre o aparecimento de níveis de glicose elevados na circulação sanguínea durante a gravidez. Um valor da glicemia em jejum superior ou igual a 92 mg/dL (5,1 mmol/l), mas inferior a 126

mg/dL (7,0 mmol/l), determina o diagnóstico de DG, não sendo necessária a prova de tolerância à glicose oral (Almeida et al., 2017).

O diagnóstico precoce é de extrema importância para se poderem adequar os ensinamentos para um estilo de vida saudável e prevenir complicações futuras, nomeadamente que a diabetes se prolongue além do período de gravidez (Rosset et al., 2020).

Também para Rosset et al. (2020) os fatores de risco mais frequentes para a DG são a obesidade, a idade materna avançada, fatores genéticos e fatores ambientais.

Todas as grávidas que tenham DG podem ter alguma sintomatologia como, cansaço, náuseas e vômitos, aumento da necessidade de ingestão de água, visão turva, micções frequentes, infeções e ganho ou perda de peso excessivo (Hod et al., 2015).

Desta forma, os ensinamentos na consulta externa estavam focados para os sinais de alerta como referidos anteriormente, e informar e ensinar acerca do controle diário da glicemia, assim como do seu registo.

Em todas as parturientes com diagnóstico de DG, controladas apenas com dieta, era perfundido polielectrolítico com glicose por bomba infusora a 125ml/h, com avaliação de pesquisa de glicemia a cada quatro horas. As restantes grávidas com DG controladas com medicação ou insulina era igualmente perfundido polielectrolítico com glicose por bomba infusora a 125ml/h, em simultâneo com insulina por bomba infusora com 50 ml de soro com um débito que variava consoante os valores de glicemia capilar, que nestes casos era avaliado de hora a hora, seguindo sempre o protocolo do serviço.

Ao longo deste estágio também me deparei com algumas situações de ameaças de parto pré termo (APPT). A APPT é diagnosticada quando surgem contrações uterinas dolorosas e regulares antes das 37^o semanas de gestação, com formação do segmento inferior uterino (Magro et al., 2016). O PPT ocorre entre as 22 e 37 semanas de gravidez (WHO, 2018) e para Hod et al. (2015) pode ainda ser considerado prematuro moderado a tardio se ocorrer entre as 32 e as 37 semanas; muito prematuro entre as 28 e 31 semanas e extremamente prematuro se for inferior as 27 semanas.

Sendo que é de extrema importância diferenciar e identificar corretamente a APPT e o PPT, essa diferença reside essencialmente na presença de dilatação e extinção do colo uterino nos casos de PPT.

Foram realizados vários ensinamentos a todas as grávidas e parturientes nesta situação, de forma a promover o bem-estar materno-fetal, um ambiente calmo e seguro, assim como a monitorização materno-fetal e a administração de medicamentos tocolíticos e/ou outros.

Segundo os dados mais recentes da World Health Organization (WHO, 2020), sabe-se que todos os anos nascem cerca de 13 milhões de bebés prematuros em todo o mundo, sendo que em Portugal, o PPT representa 9% de todos os nascimentos (INE, 2021). Todas as atitudes terapêuticas de primeira linha segundo protocolo da instituição onde se realizou o estágio, passam por tocolise, corticoterapia para maturação pulmonar fetal, antibioterapia profilática e repouso. Nesta instituição, todas as grávidas com diagnóstico de APPT antes da 33ª semana de gestação eram transferidas para o Centro Materno Infantil do Norte, acompanhadas por um enfermeiro especialista. Após as 34ª semanas de gestação era possível realizar o parto nesta instituição, tentando sempre concluir os ciclos de corticoterapia quando se encontravam no limite da idade gestacional (IG) recomendada. A administração de corticosteroides está recomendada a mulheres grávidas entre a 24 e a 34 semanas com risco de parto pré-termo. O efeito máximo é atingido quando os corticosteroides são administrados entre 24 horas e sete dias antes do parto (Rousset et al., 2020). O glucocorticóide utilizado foi a dexametasona, em quatro doses de 6mg, com intervalo de 12 horas, via intramuscular (IM) (Infarmed, 2021).

O protocolo do CTHMAD, EPE inclui medicação tocolítica, ou seja, com vista à diminuição das contrações uterinas, atrasando a evolução do TP (Sentilhes et al., 2016), tendo como fármaco de primeira linha o Atosiban, para idades gestacionais compreendidas entre as 24 e as 33 semanas completas, que é um antagonista do recetor da ocitocina. O Atosiban é administrado por via endovenosa (EV) em três fases sucessivas: uma dose de bólus inicial (6,75 mg/0,9 ml de solução injetável), imediatamente seguido por uma perfusão contínua de dose elevada 37,5 mg/5 ml concentrado para solução para perfusão durante três horas (perfusão de carga 300 microgramas/minuto), seguido por uma dose mais baixa até 45 horas (perfusão subsequente 100 microgramas/minuto). A duração do tratamento não deve ultrapassar 48 horas.

Este medicamento está indicado para atrasar o parto prematuro iminente em mulheres grávidas adultas com:

- contrações uterinas regulares com, pelo menos, 30 segundos de duração com frequência > quatro cada 30 minutos.;

- uma dilatação cervical de um a três centímetros (zero a três para nulíparas) e um apagamento de >50%;
- uma idade gestacional de 24 a 33 semanas (no CHTMAD, EPE era iniciada a medicação de tocolise enquanto se aguardava pelo transporte para transferência);
- uma frequência cardíaca fetal normal.

No entanto como todos os medicamentos tem os seus efeitos adversos, neste caso os mais frequentes são náuseas, hiperglicemias, cefaleias, tonturas, taquicardia, hipotensão, vômitos, prurido e em alguns casos, a febre (Infarmed, 2021), sendo que não observei nenhum destes efeitos na prática uma vez que as mulheres eram transferidas para outra instituição de saúde o mais rápido possível.

Outra situação frequente foi a ruptura prematura de membranas (RPM), que é a ruptura de membranas antes do início do TP. Toda a RPM antes do parto que ocorre antes das 37 semanas de gestação pode ser referida como "ruptura de membranas pré-termo". A RPM acarreta complicações em aproximadamente 8% das gravidezes, originando um TP espontâneo (Martim, 2019).

Uma das complicações maternas mais graves da RPM é a infecção intrauterina, cujo o risco aumenta quanto maior for a duração da ruptura.

Entre as mulheres com RPM a infecção intra-amniótica ocorre em 15-35% dos casos e infecção pós-parto ocorre em aproximadamente 15-25% dos casos (Martim, 2019).

Algumas das complicações fetais que podem surgir decorrente da RPM é o PPT, fazendo com que o RN possa apresentar ainda dificuldade respiratória, sépsis, hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante (Kiver et al., 2018). No RN, a RPM pré-termo aumenta ainda o risco de deficiências a nível neurológico.

Algumas das complicações mais frequentes a nível materno podem ser a infecção intra-amniótica, a endometrite e a retenção da placenta (Kiver et al., 2018). Segundo um estudo recente de Dotters-Katz (2017) a RPM prolongada provocou septicemia, infecção, lesão renal aguda, aumentando o risco de hemorragia e levando à necessidade de transfusões sanguíneas maternas.

Dado ser uma situação frequente é de extrema importância ter conhecimentos acerca do diagnóstico e do respectivo exame à grávida de forma a minimizar o risco destas complicações. Todas as técnicas invasivas devem ser evitadas pois aumentam o risco de infecção, como por exemplo o exame vaginal. Esta avaliação deve ser realizada por espéculo, para descartar a suspeita de prolapso do cordão umbilical e avaliar a dilatação cervical. A confirmação da RPM pode ser realizada via microscópica, mas no decorrer do meu estágio era colocado um reagente no líquido denominado bromotimol que consiste na avaliação do potencial hidrogeniônico (PH) através de alteração de cor, havendo a sua confirmação imediata ou em situações em que era visível o líquido amniótico (LA) e já não havia a necessidade de confirmação através de nenhum meio complementar, dado ser muito evidente através da cor do líquido, do cheiro e da quantidade.

Todas as grávidas que apresentavam RPM com idade gestacional igual a 34 semanas e inferior a 37 era indicado uma atuação expectante, caso não houvesse contra indicações materno-fetais, pois proporciona benefícios quer para a mãe quer para o bebé (Middleton et al., 2017). A administração de antibioterapia reduz as infeções maternas e fetais. Nesta instituição quando a RPM ultrapassava as 12 horas era administrada ampicilina de 4/4 horas e em alguns casos gentamicina.

Houve algumas situações em que as grávidas recorriam ao serviço de urgência referindo perda de líquido vindo-se a constatar que muitas vezes era apenas urina (Motta & Crepaldi, 2018). Dependendo da idade gestacional, existem medidas que devem ser tomadas de imediato, nomeadamente a avaliação da apresentação fetal, avaliação do bem estar-fetal através do registo do CTG, avaliação de contratilidade uterina e se possível ou necessário a realização de colheita para determinação do estreptococos do grupo B (Middleton et al., 2017).

Como EEESMO procurei informar, encorajar e incentivar a grávida ao repouso, pois era importante evitar a perda de mais líquido e o prolapso do cordão umbilical. Porém, o repouso prolongado aumenta o risco de desenvolver quadros de tromboembolismo, pelo que era recomendado, tendo sempre em conta as necessidades de cada grávida e de cada situação, a mobilização ativa dos membros inferiores e poder levantar-se para satisfazer algumas necessidades.

Levine et al. (2015) definem restrição de crescimento intrauterino (RCIU) como fetos pequenos para a idade gestacional, normalmente estão abaixo do percentil dez e/ou perímetro abdominal

<P10. De acordo com Maciejewski et al. (2016) pode ainda ser classificada, como precoce ou tardia, sendo que na precoce existe maior risco de acidemia ou morte fetal in útero.

A RCIU refere-se a todo o feto que não atinge o potencial de crescimento geneticamente determinado para a sua IG (Maciejewski et al., 2016).

Os critérios utilizados para a definição de Leves para a Idade Gestacional não distinguem os RN constitucionalmente pequenos que conseguem atingir o seu potencial esperado de crescimento dos RN com RCIU e cujo peso ao nascimento é inferior ao peso esperado. Como tal, foram desenvolvidas curvas de crescimento fetal personalizadas considerando fatores constitucionais para diferenciar estes dois subgrupos de RN (Verfaillie et al., 2017).

Estes RN apresentam peso inferior ao percentil dez ou inferior mais do que dois desvios padrão da população de referência nas curvas de crescimento (Sharma et al., 2016).

Estes fetos apresentam um elevado risco de mortalidade e morbidade a curto e longo prazo. Existem entre 5% e 7% de todas as gravidezes (Levine et al., 2105; Montenegro & Rezende, 2014).

Algumas das complicações neonatais mais frequentes decorrentes da RCIU são a prematuridade, hipoglicemia, sépsis, insuficiência renal, trombocitopenia, asfixia intraparto, enterocolite necrosante, lesão cerebral por hipóxia (Dias, 2012).

Existem várias causas associadas à RCIU, podendo ser maternas, fetais e placentares (Pimiento & Beltrán, 2015):

- Fatores maternos - doenças hipertensivas, diabetes mellitus, cardiopatia cianótica, desnutrição, doença pulmonar restritiva, trombofilias, descolamento da placenta normal inserida, estilos de vida e fármacos;
- Fatores fetais - anomalias genéticas, malformações cardíacas, encefálicas e da parede abdominal, prematuridade e gestações múltiplas;
- Fatores placentários - placenta prévia, descolamento da placenta normalmente inserida, inserção marginal ou velamentosa do cordão umbilical, artéria umbilical única, placenta circunvalada, vasculite e tumores placentares.

Em todos os casos de RCIU, com IG de 37 ou mais semanas era programada a indução do trabalho de parto (ITP), com realização de CTG contínuo, a fim de manter uma vigilância mais adequada do bem estar fetal.

Tendo em consideração os fatores de risco acima referidos cabe-nos a nós, enquanto EEESMO a promoção de estilos de vida saudáveis e uma adequada vigilância materno-fetal.

Como já foi referido, todas estas situações de patologia materno-fetal foram vivenciadas durante o ENP em contexto de bloco de partos e urgência de ginecologia e obstetrícia. Os diagnósticos de enfermagem frequentemente identificados foram:

- Ansiedade presente; dor de trabalho de parto presente; Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez nomeadamente sobre o padrão alimentar, aumento de peso esperado, sono e repouso; metabolismo energético alterado; hipertensão presente.

Foram realizadas algumas intervenções de enfermagem relativas aos diagnósticos referidos anteriormente:

- Incentivar a expressão de emoções e colocação de questões; Executar escuta ativa; Orientar para técnicas de distração e relaxamento; Avaliar dor; Utilizar estratégias não farmacológicas de controlo da dor; Administrar analgésicos; Gerir fármacos em SOS; Monitorizar glicemia capilar; Vigiar sinais e sintomas de hipoglicemia; vigiar sinais e sintomas de hiperglicemia; Avaliação do bem-estar materno-fetal; Ensinar sobre sinais e sintomas de início de TP; Incentivar a comunicar o aparecimento de contrações uterinas dolorosas (assim como a perda de líquido ou sangue via vaginal); Incentivar ao repouso (sempre que necessário); Incentivar a permanência do convivente significativo (sempre que possível); Assistir a grávida aquando de transferência hospitalar; Incentivar estilos de vida saudáveis; Monitorização de sinais vitais; Vigiar a acuidade visual e reflexos periféricos; Vigiar a presença de edemas na face mãos e membros inferiores.

Desta forma ficam assegurados os cuidados prestados assim como a concretização de alguns objetivos do ENP e ficam ainda asseguradas algumas das competências específicas “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem estar materno-fetal”.

2.2. Desenvolvimento de competências nas situações de perda fetal

A nível mundial as malformações fetais representam uma causa de elevada taxa de mortalidade infantil. Dentro das malformações fetais são de destacar aquelas que são incompatíveis com a vida, nomeadamente a nível cardíaco, displasias ósseas, trissomias 12 e 18 e ainda alguns erros no encerramento neural. Sabe-se que estas são as mais frequentes, existindo muitas outras (Tessaro, 2016).

A OMS (2017) define malformação congénita como “ (...) anomalias estruturais ou funcionais que ocorrem durante a vida intrauterina e podem se manifestar no pré-natal, ao nascimento ou, ocasionalmente, serem detectadas apenas durante a infância”.

O diagnóstico pré-natal permite identificar algumas anomalias congénitas antes do nascimento. Para Sousa (2003) é no período da gravidez que os pais sabem o resultado de exames que por um lado pode ser tranquilizador, mas por outro lado pode mantê-los inquietos e angustiados.

Quando a medicina leva a um diagnóstico de malformação fetal e o casal é colocado perante um sofrimento inimaginável e a tragédia de ter que interromper uma gravidez desejada, planeada e já com algumas semanas de evolução, constitui o final de um sonho. Surgem assim sentimentos negativos de incapacidade, culpa e luto pelo seu bebé (Silveira et al., 2015).

Uma das situações que decorreu no meu período de estágio foi uma interrupção médica de gravidez (IMG) por onfalocelo com 15 semanas de gestação, que é definido como um defeito da parede abdominal com a herniação de vísceras através do cordão umbilical, recoberta por membrana (Fuentes et al., 2018). Nestes casos a mulher era colocada numa enfermaria, de preferência mais afastada das restantes parturientes.

Para a indução do abortamento foram colocados comprimidos vaginais de misoprostol, até que ocorresse a expulsão do feto e da placenta. Foi um momento de tensão, pois lidar com a mulher a chorar e a perda daquele que idealizou como sendo o seu primeiro filho, não foi fácil conter a emoção que se apoderou de mim naquele momento.

Diariamente os profissionais de saúde, intervêm e prestam cuidados para salvar vidas, lidam com a vida. Desta forma entende-se a dificuldade que eles demonstram em lidar com a morte. A morte, em especial a morte na maternidade, representa no psiquismo tudo o que é difícil de dizer, e de atribuir significado. A perda perinatal é considerada como um insucesso para os pais e para os profissionais de saúde envolvidos (Cunha, 2015).

De entre as ferramentas mais importantes na enfermagem destaca-se a comunicação sendo um elo de ligação entre enfermeiro-cliente ajudando a cuidar o sofrimento, dando respostas às necessidades de quem sofre (Seabra, 2009).

Nesta situação em específico, a morte fetal, o EEESMO deve procurar junto da grávida/parturiente/puérpera/casal, uma atitude de cuidar interagindo com o casal, promovendo um ambiente calmo e seguro e respeitar as crenças culturas e o silêncio de cada casal (Seabra, 2009).

As cardiopatias congénitas são as malformações de maior impacto na morbimortalidade das crianças. Estas representam a maior causa de morte fetal por malformação congénita em todo o mundo (Cardoso, 2012). Embora tenha havido ganhos na mortalidade em todo o mundo, nas últimas três décadas (Ebrahimian et al., 2022).

Outra situação de IMG foi a de uma mulher com 24 semanas de gestação, 4º filho, em que o feto apresentava anomalias congénitas cardíacas, com apresentação pélvica, tendo sido feita indução do trabalho de parto. Esta oportunidade permitiu-me colaborar na realização de um parto pélvico, ainda que não fosse numa situação de urgência mas sim por ser mais benéfico para a mulher, e contribuir para o desenvolvimento, entre outras, da competência “Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica”.

O aborto espontâneo ocorre entre 15 a 20% de todas as gravidezes, não se conhecendo as causas na maioria das vezes. Este ocorre de forma inesperada e repentina até às 20-22 semanas de gravidez culminando na morte fetal (Mora Alferez et al., 2016).

Alguns fatores que podem levar a este resultado podem ser as alterações cromossómicas, genéticas, infeções, causas socioeconómicas, ambientais e estilos de vida e ainda distúrbios endócrinos (Diejomaoh, 2015).

As principais consequências são a nível emocional e psicológico para os casais que vivenciam este momento (Nery & Gomes, 2014). Ao longo deste estágio presenciei dois abortos espontâneos, um com dez semanas e outro com 16 semanas de gestação, sendo que neste último era a segunda vez que acontecia e com o mesmo tempo de gestação. Nestes casos eram vigiados os sinais vitais e confirmada a expulsão da placenta, sendo que passadas algumas horas tinham alta para o domicílio. Nestes casos, as informações que transmitíamos incidiam essencialmente nos seguintes tópicos: autovigilância da perda hemática; repouso, principalmente nas primeiras

horas; possível existência de dores abdominais, devido à contração do útero; utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, como colocação de calor local; reforço hídrico e alimentação rica em ferro e, início de métodos contraceptivos.

As interrupções voluntárias de gravidez (IVG), também foram situações com as quais tivemos contato neste estágio. Em 2007 a IVG, realizada por opção da mulher, deixou de ser uma prática ilícita até as dez semanas de gestação. Esta prática pode ser realizada em todas as unidades do serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 16/2007, de 17 de abril).

As vivências psicológicas das mulheres que realizam IVG podem ser a longo prazo, como sentimento de tristeza, perda, vergonha, no entanto para outras pode ser um sentimento de alívio e bem estar (Santos, 2016). Todas as mulheres que realizaram IVG no meu estágio eram muito jovens, estudantes, e com baixos recursos monetários. De todas as situações que presenciei houve necessidade de realização de curetagem uterina, no bloco operatório, depois de colocada fluidoterapia com glicose em curso, avaliados os sinais vitais e explicado o procedimento. Nestas situações já tinham feito medicação na consulta externa para expelir o feto, mas ainda se mantinham restos ovulares. Após a vinda do bloco operatório eram realizados os cuidados pós-curetagem como vigilância de sinais vitais, vigilância de perda hemática e início de dieta, posteriormente se tudo estivesse bem poderiam abandonar o serviço poucas horas depois. Como já havia todo um trabalho realizado antes na consulta e dado ser um procedimento em que as próprias mulheres não se sentem à vontade para falar, esta decisão não era discutida com elas. Aos profissionais de saúde é exigida neutralidade e respeito pela decisão da mulher em interromper ou não a gestação (Carioca & Arrais, 2020). Neste estágio houve a oportunidade de desenvolver competências no cuidar de uma grávida com uma situação de morte fetal, de um feto de 35 semanas e do sexo masculino, que neste caso foi realizada uma cesariana para extração do mesmo. Neste caso, a grávida deixou de sentir os movimentos fetais tendo ido então ao serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia, sendo confirmada a ausência de batimentos cardíacos fetais. Aquando da extração deste feto foi possível verificar que tinha duas circulares apertadas em volta do seu pescoço e poderia ter sido essa a causa da morte. Este foi sem dúvida o caso mais difícil de gerir pois houve a preparação da mulher antes da sua ida para o bloco, a forma como se dá esta notícia, saber adequar e dizer as palavras certas naquele momento. Também a irmã desta mulher se encontrava com ela, tendo ambas optado por ver o feto morto. Quando se encontra na reta final da gravidez onde já se tem tudo comprado, pensado e idealizado, este acontecimento pode ser encarado como uma tragédia, no meu entender esta

mulher e esta família não irão esquecer este momento. Como refere Binnie (2020) a morte fetal é das experiências mais traumáticas que se podem viver uma vez que ao longo da gravidez são criadas expectativas e idealizados sonhos com aquele bebé e vivendo a morte fetal estes casais são impedidos de vivenciar tudo isso e de transpor todo o afeto que já tinham por aquele bebé. Para Rolim e Canavarro (2001) ao existir perda física, existe também uma perda psicológica, do bebé que era normal, saudável e por quem tanto era esperado.

Como referi anteriormente esta foi uma situação difícil de gerir emocionalmente, mas como EEESMO temos uma função importante ao cuidar das pessoas que vivenciam estas situações. Embora se associe o bloco de partos e esta especialidade a um ato bonito que é o nascimento temos por vezes bastante dificuldade em gerir estas situações, dado serem situações raras. Quando tem de se comunicar à mulher e convivente significativo uma perda fetal, provoca-nos alguma ansiedade e insegurança, pois esta situação estende-se também a toda a família e amigos (Alves, 2018; Binnie, 2020).

Segunda a WHO (2017) a morte fetal é a morte antes da expulsão completa da placenta ou saída do produto de concepção. Para Serrano et al. (2018) existem três condições que aumentam o risco de morte fetal sendo elas maternas, fetais e placentárias. Sabe-se que estas situações podem ocorrer de forma inesperada, como neste caso em concreto, tornando-se mais difícil a sua aceitação. Como EEESMO as intervenções devem ir de encontro ao bem estar físico e mental da mulher de forma a readaptá-la neste novo processo da sua vida.

O luto por morte fetal ou neonatal é sempre difícil de gerir. Segundo dados mais recentes, em 2019, a taxa de mortalidade perinatal foi de 3,5% e a taxa de mortalidade neonatal foi de 1,9% (Pordata, 2020).

No desenvolvimento destas competências foi possível identificar como principais diagnósticos de enfermagem: Ansiedade presente; Dor presente; Risco de infecção; Comunicação comprometida; Adesão ao regime terapêutico comprometido; Náusea presente; Eliminação urinária comprometida; Padrão de sono alterado; Medo; Luto e Risco de perda hemática.

Como intervenções de enfermagem destacamos: Orientar para técnicas de distração e relaxamento; Incentivar a expressão de emoções; Executar escuta ativa; Administração de fármacos; Avaliar dor; Vigiar a comunicação; Vigiar vômito; Vigiar reflexo de vômito; Planear sono; Vigiar sono; Incentivar a expressão de medos e ansios; Apoiar no processo de luto e Monitorizar perda hemática.

Neste contexto foi possível atingir a competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade 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”, mais especificamente promovendo a saúde da mulher em situações de abortamento, diagnosticando de forma precoce e prevenindo complicações em situação de abortamento, providenciando cuidados e facilitando a sua adaptação perante um abortamento.

Também no que se refere à morte fetal atingi a competência relativa ao conceber, planear e implementar intervenções de apoio à mulher e convivente significativo em situações de alterações morfológicas ou funcionais do RN e ainda durante o período de luto fetal ou neonatal.

2.3. Desenvolvimento de competências no trabalho de parto e parto

Ao longo deste estágio existiu sempre a necessidade e a preocupação de poder prestar cuidados diferenciados e de excelência à parturiente/feto/RN, convivente significativo e família respeitando sempre a sua cultura, as suas preferências e as suas vivências de forma a tornar esta experiência única e positiva.

Como refere a OE (2019), todas as parturientes de baixo risco, podem ser assistidas por um EEESMO, o que faz com que estas mulheres se sintam mais confortáveis e seguras originando um menor número de intervenções e ocorrendo assim partos espontâneos, tendo sempre em atenção que devemos referenciar para a equipa médica caso sejam identificados desvios aos padrões de normalidade. As parturientes admitidas no bloco de partos eram encaminhadas do serviço de urgência ou do internamento de obstetrícia. Era realizado o acolhimento ao serviço tentando criar sempre empatia com a parturiente e convivente significativo de forma a tornar este processo mais fácil, claro e livre de medos.

A avaliação inicial

Na maioria das vezes a avaliação inicial já vinha feita do serviço de urgência, uma vez que todas as parturientes tinham que aguardar pelo resultado do teste de covid 19, pois só com um resultado negativo poderiam entrar para o bloco de partos. Nos casos em que o teste fosse positivo eram prestados cuidados diferenciados na urgência numa sala específica para covid 19, com pressão negativa, durante o estágio nunca prestei cuidados nesta situação.

Como referi anteriormente, a avaliação inicial incluía dados como o resultado da pesquisa do Streptococcus do grupo B, vigilância da gravidez, antecedentes pessoais e obstétricos, estilos de vida, grupo sanguíneo, alergias e por vezes, resultados de algumas análises realizadas no período pré-natal. Era-nos facultado sempre o boletim de saúde da grávida que vinha anexado ao processo.

Todas as parturientes eram examinadas no serviço de urgência, e já no bloco de partos, através do partograma era possível confirmar a integridade das membranas e o índice de Bishop. Este consiste na extinção, dilatação, consistência do colo do útero, posição e plano de Hodge, um dado importante para poder avaliar a evolução do TP, como vou explicar mais à frente.

Para a avaliação inicial e registo da evolução do TP existia uma folha denominada como partograma, como referi anteriormente (Anexo I). Este consistia na representação gráfica temporal da dilatação cervical, a descida da apresentação fetal, parâmetros vitais maternos, o estado das membranas e se ruptura, as características do líquido amniótico (LA). Neste documento eram ainda registadas as prescrições médicas. Também na face oposta à folha do partograma eram registados dados relativos ao parto nomeadamente o tipo de parto, hora, tipo de dequitação, alguns dados do RN como peso, Índice de Apgar, o sexo e a identificação dos profissionais presentes no parto.

Após completar toda a avaliação inicial e instalar a mulher na unidade, passava-se ao registo do plano de cuidados no sistema informático Sclinic®, sendo este atualizado sempre que necessário e mediante as fases/estádios do trabalho de parto.

Desde o acolhimento, era sempre explicado à mulher os procedimentos que precisávamos realizar, assim como a informação de que ficaria numa sala até a dilatação completa e que o período expulsivo seria noutra sala.

Devido ao contexto de pandemia, ao contrário do que acontecia anteriormente, a mulher não era admitida em simultâneo com o convivente significativo, que normalmente é o pai do futuro RN. Estes, só tinham direito a permanecer junto da mulher quando ela já se encontrava na fase ativa do trabalho de parto e mediante um resultado negativo à Covid-19.

Durante a admissão, as parturientes também eram questionadas acerca da frequência dos programas de preparação para o parto e parentalidade, tendo-se verificado que devido ao contexto de pandemia a maioria não frequentou. Este facto pode ter contribuído para que demonstrassem menos conhecimentos, mais dúvidas e receios, segundo as enfermeiras

orientadoras. É muito importante esta preparação pois o parto “(...) é um momento de aprendizagem e de partilha de informações, é o local onde as grávidas têm a oportunidade de se familiarizarem com os cuidados de saúde prestados” (Morais, 2012, p.14).

O plano de parto

No CHTMAD, EPE já existe um plano de parto (Anexo II). O plano de parto “(...) origina-se no respeito ao princípio bioético de autonomia, aumentando assim o controle das mulheres sobre o processo de parto, contribuindo para produzir um efeito positivo sobre a satisfação, servindo como ferramenta importante na preparação para o parto” (Cortés et al., 2015, p.2). Apesar de se saber que este plano pode diminuir a ansiedade e o medo da mulher na hora do parto ainda não é uma prática comum nesta instituição (Cortés et al, 2015). Durante todo o período de estágio nunca houve uma mulher que falasse ou trouxesse o seu plano de parto. Talvez isto aconteça por falta de informação facultada às mulheres ou mesmo algum receio das mulheres em pedir ou falar acerca deste assunto. Pude verificar que a maioria das mulheres quando questionadas acerca deste tema referiam não ter conhecimento, e algumas referiram receio por parte da reação da equipa de enfermagem e médica por não estarem receptivos às suas escolhas. Todas as mulheres que realizam consultas no Serviço Nacional de Saúde e que se encontrem entre as 32 e as 37 semanas de gravidez deveriam ser informadas da possibilidade da elaboração de um plano de parto, assim como também o poderiam elaborar mais cedo com a colaboração dos profissionais dos cuidados de saúde primários ou qualquer outra instituição onde seja vigiada a gravidez (Parecer N° 7/2012 da OE).

Muitas vezes eram questionadas acerca das suas expectativas acerca do TP e nascimento, tendo a maioria referido que gostaria de ter parto sem dor e um parto normal. Porém, havia também algumas parturientes que referiam que se pudessem escolher escolheriam de imediato a cesariana, de forma a evitar a dor e ser um processo mais rápido. Era sempre explicado que tudo dependeria da evolução do TP mas tentando sempre respeitar as ideologias da mulher assim como a sua vontade, não colocando em risco a sua saúde e a do bebé, como defendem Sabino e Charallo (2022).

Sabe-se atualmente que o papel do EEESMO é o de promover o empoderamento das grávidas e casais face às tomadas de decisão no TP e parto. Quando a WHO (2018) refere que existem novas recomendações no cuidado durante o TP, parto e pós-parto, estas recomendações

referem-se por exemplo à vontade da mulher nomeadamente na escolha do acompanhante, do tipo de controlo da dor, do tipo de parto e posição de parto.

Segundo Rodrigues (2016a; 2016b) o parto normal é um parto natural na sua essência: um processo dinâmico em que o TP se inicia, desenvolve e termina com o nascimento espontâneo de um feto de termo e em posição de vértice, sem qualquer intervenção. O parto distócico é classificado em duas categorias diferentes segundo Rodrigues (2016a; 2016c), parto vaginal instrumentado (ventosa e fórceps) e cesariana. Relativamente às indicações para a realização de cesariana, estas prendem-se com a impossibilidade ou contra-indicação na realização de um parto vaginal, incluindo as que constituem um risco de vida para a mãe e para o feto (Graça, 2017).

A indução do trabalho de parto

Ao longo deste estágio desenvolvi várias competências sendo que muitos dos TP que ocorreram não tiveram um início espontâneo, mas foram induzidos, ou seja, um TP onde houve necessidade de recurso a administração de medicação, tais como a ocitocina e as prostaglandinas de forma a desencadear o seu início (WHO, 2018).

Sabe-se que nos últimos anos este procedimento tem vindo a aumentar sendo que nos países desenvolvidos representa 25% dos partos, aumentando o risco de complicações e partos instrumentalizados (Castan & Homs, 2013). A WHO (2018) recomenda o uso desta prática sempre que existam possibilidades acrescidas de complicações materno-fetais enquanto aguardam pelo início de TP espontâneo.

De acordo com a Direção Geral Saúde (DGS, 2015) todas as grávidas com: gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas; RCIU; diabetes mellitus; pré-eclâmpsia; isoimunização Rh; oligoâmnios em gravidezes de termo e óbito fetal, têm indicação para ITP. Foi possível verificar que em alguns casos as ITP não se enquadravam nestas indicações e tinham IG inferior a 40 semanas.

A escolha pelo fármaco para ITP era sempre uma decisão médica, daquele que se encontrasse de serviço, sendo que o fármaco de eleição nesta instituição era o misoprostol, comprimido vaginal com intervalos de seis a oito horas, conforme indicação médica após avaliação do colo uterino (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009b; Tsakiridis et al., 2020).

Após a administração do fármaco, iniciava-se a monitorização com CTG contínuo de forma a avaliar o bem-estar fetal e dinâmica uterina.

Outra alternativa ao misoprostol, era a ocitocina, dez unidades de ocitocina num polieletrólito com glicose (1000 ml), em perfusão, iniciando a um ritmo de 15ml/h e aumentando de forma gradual após cada meia hora, conforme indicação médica e tolerância materno fetal, até um limite de 60 ml/h, na maioria dos casos.

Sabe-se que ambos são susceptíveis de produzir várias complicações, nomeadamente hipertonicidade, contrações tetânicas, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina, laceração do colo e hemorragia pós-parto (WHO, 2018).

Como intervenções realizadas durante a indução do TP destacam-se, além do CTG contínuo, a monitorização de sinais vitais, incluindo a dor; e a avaliação do estado do colo uterino, como recomendam Prada e Rafael (2016). Quando as induções do TP não tinham sucesso, após avaliação materno-fetal, e em situações em que não houvesse RPM, era permitido à grávida alimentar-se e repousar por algumas horas, sendo que em alguns casos era iniciada novamente a indução do TP no dia seguinte, de manhã, e caso houvesse outra tentativa falhada de indução de TP era realizada cesariana, principalmente em nulíparas, como recomenda Graça (2017). Apesar de existir uma taxa de cesarianas elevada, todas elas devem ser realizadas sempre que seja impossível ou contraindicado um parto vaginal e sempre que haja um risco para a vida da mãe e do feto (Graça, 2017).

A avaliação da evolução do Trabalho de Parto

A avaliação da evolução do TP era realizada através do exame vaginal, tendo sido esta uma das competências adquiridas. No início do estágio, por vezes, existia alguma dificuldade para ser precisa na avaliação da dilatação e extinção, mas após vários exames fui conseguindo perceber a diferença tendo-se tornado este um objetivo superado.

O exame vaginal permite ainda avaliar a consistência e posição do colo uterino, integridade das membranas, tipo de apresentação fetal, variedade, posição, situação e progressão fetal (Albuquerque et al., 2017). Em todas as avaliações por mim efetuadas durante este estágio, os fetos encontravam-se em apresentação cefálica, tendo por vezes sido difícil avaliar a posição e a variedade.

Com a evolução do TP é expectável que a cabeça do feto rode no sentido da sínfise púbica até atingir o menor diâmetro facilitando a passagem pelo canal de parto. As variedades anteriores facilitam a progressão do feto no canal de parto enquanto que as variedades posteriores estão associadas a TP mais prolongados, o que foi possível verificar durante este estágio (Albuquerque et al., 2017).

Para a progressão do feto no canal de parto tem que existir sete movimentos cardinais do mecanismo do parto sendo eles o encaixe, a descida, a flexão, a rotação interna, a extensão, a rotação externa e por fim o nascimento por expulsão.

De acordo com Albuquerque et al., (2017) a mobilidade da bacia materna também ajuda o feto a encaixar-se, facilitando a sua progressão no canal de parto. Desta forma eram avaliadas as bacias maternas no que se refere aos diâmetros e morfologia pélvica, tendo em especial atenção os estreitos superior, médio e inferior. Sabendo-se ainda que existem diferentes tipos de bacia (platiplóide, ginécoide, antropóide, andróide) sendo que o tipo ginecóide era o tipo de bacia mais favorável para um parto vaginal.

A WHO (2018) recomenda o toque vaginal em intervalos de quatro horas para a avaliação de rotina na fase ativa do TP em todas as mulheres de baixo risco. Assim, antes da realização do exame vaginal era pedida autorização à parturiente, o que nunca me foi negado, eram ainda tidas em conta as horas do último exame pois é um processo desconfortável e por vezes dolorosas para a mulher, principalmente quando não se encontrava sob efeito de analgesia.

A avaliação do bem-estar fetal

O bem-estar fetal era avaliado através do registo cardiotocógrafo contínuo, mesmo que a mulher não se encontrasse sob efeito de analgesia epidural. Neste sentido, foi possível adquirir competências na realização e interpretação dos registos de CTG. O “avaliar o traçado cardiotocográfico” é uma intervenção autónoma de enfermagem que deriva do diagnóstico “Trabalho de parto” (CIPE, 2017). Este pode ser considerado normal, patológico ou suspeito. É considerado um CTG tranquilizador ou normal quando este tem uma variabilidade de cinco a 25 batimentos por minuto (bpm), uma frequência cardíaca fetal (FCF) de 110-160 bpm e ausência de desacelerações. Quando um ou mais destes valores estivesse ausente era considerado um CTG suspeito ou não tranquilizador (Ayres et al., 2015). Existiam traçados tranquilizadores que é sempre o que se espera numa situação destas, mas durante o meu estágio,

apesar de não serem muito frequentes, também existiram alterações. Por exemplo, situações de bradicardia, em que dependendo do tempo se atuava logo de acordo com o protocolo do serviço, com salbutamol em perfusão cerca de três minutos a 300ml/h por bomba infusora; taquicardias, muitas vezes associadas a febre materna, em que era administrado paracetamol (1 grama (gr), EV) que surtia efeito; desacelerações precoces ou tardias; ou baixa variabilidade que aumentado o débito de fluidoterapia com glicose revertia.

O bem-estar materno

Tendo em conta a prática habitual da monitorização contínua, era possível a parturiente levantar-se e sentar-se, estar de pé e deambular, apesar de distâncias pequenas dada a dimensão dos fios que a ligavam ao cardiotocógrafo, na ausência de analgesia epidural. Apenas em dois casos vi a utilização da bola de pilates, tendo incentivado sempre que possível ao seu uso. O uso da bola de pilates faz parte da prática dos partos humanizados promovendo a participação ativa da parturiente no seu parto, trazendo vários benefícios tais como relaxamento, alívio da dor, alongamento, fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico originado uma maior abertura da pelve facilitando a progressão fetal no canal de parto. Esta técnica tem um baixo custo e tem vários benefícios quer físicos quer psicológicos tornando o TP mais tranquilo, devendo por isso ser uma prática mais frequente (Oliveira & Cruz, 2014).

Tendo em conta o espaço físico ser muito limitado e as condições não serem as ideais, estes pequenos gestos ajudavam no bem-estar da mulher, no alívio da dor e num parto mais ativo, sem colocar em causa a monitorização contínua. Segundo a evidência científica, é recomendado a monitorização contínua na fase ativa do TP, após analgesia epidural, amniotomia, durante a administração de ocitocina, em parturientes com cesariana prévia, e no caso de verbalização de queixas álgicas por parte da parturiente (The National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Existem várias recomendações da WHO (2018) para um parto normal de baixo risco e com intervenções seletivas. Ao longo deste estágio verificou-se um excesso de intervenção durante o TP, sendo que algumas das intervenções eram feitas de forma rotineira, nomeadamente:

- Cardiotocografia contínua;
- Tricotomia, antes de um parto vaginal;

- Administração de fluidoterapia e analgesia epidural;
- Administração de ocitocina e amniotomia, para acelerar o TP;
- Pressão no fundo uterino (manobra de Kristeller), nomeadamente nos partos auxiliados por ventosas ou fórceps.

Estas eram algumas das intervenções que não estão recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) mais frequentemente observadas no decorrer no meu estágio.

No sentido de poder tornar o parto o mais humanizado possível é importante que os profissionais possam respeitar e criar condições de forma a evitar intervenções desnecessárias e deixarem evoluir o TP dentro do seu tempo normal, o tempo que cada corpo e cada mulher tem.

A administração de fluidos via EV também era uma prática comum em todas as parturientes, mesmo as que não apresentavam nenhuma patologia associada, pois era protocolo do serviço. A WHO (2018) refere que se deve ter especial atenção à administração de fluidoterapia uma vez que reduz a mobilidade da parturiente e está associada a mais custos para as instituições. Nesta instituição, dado a maioria das parturientes se encontrar em jejum e não ter autorização para se alimentar durante o seu TP, a fluidoterapia vinha assim colmatar esta carência regularizando os níveis de açúcar no sangue. Caso houvesse necessidade de uma cesariana de emergência e até mesmo como forma preventiva de broncoaspiração, a parturiente encontrava-se em jejum podendo ser administrada anestesia geral, se necessário (Alhafez, & Berghella, 2020).

Apesar da OMS (2018) aconselhar a ingestão de líquidos claros como chá e água, Rousset et al. (2020) defendem que a parturiente pode ingerir uma dieta ligeira como sopa, líquidos, gelatinas e sumos. No entanto, Amaral e Faria (2014) defendem o jejum nesta fase. Dado serem partos com um grande nível de intervencionismo, como referido anteriormente, poderá ser discutível este tema, tendo sempre em consideração que a evidência científica recomenda a ingestão de líquidos claros.

A eliminação urinária era um foco de atenção importante para o EEESMO, pois para uma melhor avaliação vaginal sempre que as parturientes não se encontravam sob efeito de analgesia epidural, eram incentivadas a esvaziar a bexiga, assim como era importante para progressão fetal no canal de parto. Já quando se encontravam sob efeito de analgesia epidural após algum

tempo, quando não sentiam dor eram algaliadas, aumentando o risco de infecções. Existem riscos e benefícios para a algaliação contínua durante o TP, sendo dever de cada enfermeiro avaliar cada situação e tomar a decisão. Tanto nas intervenções autónomas como nas interdependentes o EEESMO é responsável pela sua decisão em realizá-las. Assim, a postura a adotar por parte do EEESMO “quando o médico prescreve a algaliação contínua em parturiente com analgesia epidural” depende da sua avaliação da situação particular de cada parturiente, assumindo a decisão tomada, baseada nas suas competências e autonomia técnico-científicas (Parecer Nº18/2012 da OE).

Durante o estágio apenas em três situações as parturientes não foram algaliadas, pois antes da colocação do cateter de epidural tinham urinado e a evolução do TP desencadeou-se de forma tão rápida que não houve necessidade de algaliar. Também no período de hemóstase, duas horas após o parto, era realizado esvaziamento vesical, em todas as puérperas, com uma sonda, sendo um método invasivo também. Esta técnica era realizada uma vez que a puérpera ainda não tinha sensibilidade e para promover o globo de segurança de Pinnard, de forma a prevenir e estar atento a sinais de atonia uterina (Castan & Homs, 2013).

Também a eliminação intestinal era importante, e assim à chegada todas as parturientes eram questionadas acerca do seu padrão intestinal e se tinham tido eliminação naquele dia, na maioria dos casos eram dados clisteres e explicado como deveriam ser usados, surtindo efeito. Nestas situações as parturientes acabam por se sentir mais confortáveis principalmente no momento da expulsão do feto onde existem esforços maternos acrescidos (Castan & Homs, 2013). Apesar da WHO (2018) não recomendar o uso de enemas de limpeza esta prática foi comum ao longo meu estágio.

Ainda nos dias atuais se associa o parto a um sinónimo de dor, tendo esta dor não só fatores fisiológicos, mas também fatores histórico-culturais, surgindo assim a ansiedade e o medo quando se referem ao parto (Santos et al., 2007). Sendo a dor de parto diferente de outro tipo qualquer de dor já experimentado pelas mulheres, a maioria deseja de alguma forma o alívio da mesma durante o TP, quer através de métodos farmacológicos ou não farmacológicos (WHO, 2018).

Na maioria dos TP em que participei, a parturiente optou pela analgesia epidural, apenas num caso a parturiente recusou qualquer tipo de analgesia. É importante salientar que muitas vezes

antes da colocação do cateter de epidural era administrada outro tipo de analgesia EV ou IM, conforme prescrição médica.

Existem vários fármacos que podem ser administrados durante o TP (opióides, sedativos, ansiolíticos, fármacos dissociativos, amnésicos, neurolépticos e inalatórios, sendo que os mais usados para alívio da dor foram o Paracetamol 1gr EV, Tramadol 50 mg EV associado sempre com a Metoclopromida 10 mg EV e Petidina 50 mg IM. Existem várias vantagens no seu uso, pois podem ser administrados facilmente sem a necessidade de estar presente um anestesista, os efeitos secundários são reduzidos, requerem pouca vigilância, permitem liberdade de movimentos e baixo custo. Mas como em todos os casos, também têm as suas desvantagens pois em muitas situações não aliviam a dor por completo, atrasam o esvaziamento gástrico podendo causar náuseas ou vômitos e podem ter efeitos adversos no feto/RN, como a depressão respiratória (Magro et al., 2016).

De acordo com a OE (2019) a implementação de intervenções de promoção e prevenção do controlo da dor faz parte das intervenções do enfermeiro. Desta forma no decorrer deste estágio tive oportunidade de cuidar parturientes que preferiram usar medidas não farmacológicas de alívio da dor enquanto a consideravam ainda suportável.

Apesar do local do estágio não ter as condições mais favoráveis para estratégias não farmacológicas, estas eram adaptadas o melhor possível.

Uma das formas muito utilizada era o estar em pé e dar pequenos passos (dada a limitação do registo CTG contínuo) e adotarem posicionamentos de conforto que muitas vezes era o estarem sentadas. Para Osawa et al., (2014) mulheres que adotem posições verticais e possam deambular durante o TP tendem a ter TP mais curtos e sem necessidade de tantas intervenções.

Magro et al. (2016) propõem ainda a musicoterapia e técnicas de relaxamento como a massagem que é um método de estimulação sensorial e promove o alívio da dor. Assim é importante o acompanhamento de um convivente significativo que normalmente é o pai do futuro bebé, de forma a poder participar de forma ativa no decorrer do TP e pode ser incentivado o seu envolvimento nestas técnicas. Estas medidas foram as mais usadas durante o estágio.

Embora existam outras técnicas, nomeadamente o duche, estas não foram utilizadas pois a instituição carece de condições físicas para tal.

Também para Dahlberg, et al., (2016) o EEESMO tem a responsabilidade acrescida de ajudar a parturiente a lidar e a controlar a dor. Assim, na analgesia epidural era importante a colocação de um Lactato de Ringer antes do procedimento, devido ao risco de hipotensão. Aquando da colocação do cateter epidural e administração da respetiva analgesia, que se encontrava regra geral sob perfusão de seringa infusora ao débito prescrito pelo anestesista, as parturientes ficavam mais relaxadas e cooperantes, havendo uma progressão no TP, pois os níveis elevados de dor causam ansiedade e tensão, não facilitando a evolução do TP. (The National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Após colocação de cateter epidural e administrada a respetiva analgesia procedia-se a uma vigilância mais frequente dos parâmetros vitais uma vez que estes fármacos podem levar a hipotensão, náuseas, vômitos, prurido, tremores intensos involuntários, hipertermia, diminuição da sensibilidade dos membros inferiores e em muitos casos a perda e a um elevado risco de retenção urinária (The National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Os sintomas mais frequentemente visualizados foram o prurido, tremores e diminuição ou mesmo perda da função motora e sensitiva.

O 1º estadio do trabalho de parto

Para a WHO (2018) no primeiro estadio do TP é importante distinguir duas fases:

- Fase latente: é um período de tempo que é caracterizado por contrações uterinas (CU) dolorosas e alterações do colo do útero;
- Fase ativa: é um período de tempo caracterizado por CU dolorosas regulares, um grau substancial de afinamento do colo do útero e dilatação mais rápida de 5 cm até a dilatação completa para os primeiros e subsequentes TP.

Também a duração do primeiro estadio do TP pode variar, sendo que todas as mulheres devem ser informadas de que uma duração da fase latente não foi estabelecida e pode variar muito de mulher para mulher. No entanto, a duração da fase ativa geralmente não se estende além de 12 horas nos primeiros TP e regra geral não se estende além de dez horas nos TP subsequentes (WHO, 2018).

Ao longo do meu estágio o que pude verificar foi que a maioria das primíparas apresentavam um período de tempo mais demorado na fase ativa do TP em comparação com as múltiparas,

estas últimas nunca passavam além do tempo estabelecido. Também se observaram TP estacionários. Neste estadió foi possível avaliar as CU através da monitorização cardiográfica de forma contínua. Todas as parturientes que com o desenvolver do TP apresentassem membranas íntegras, ou seja, durante a fase ativa do TP, e em que já se encontravam sob efeito de analgesia epidural realizava-se a técnica de amniotomia. No entanto, apesar de a rotura artificial de membranas poder contribuir para uma evolução favorável do TP, alguns autores, inclusive a WHO (2018) referem ser uma técnica que não se deve realizar por rotina, não estando recomendada a sua prática de forma a prevenir partos prolongados. Apesar de ser uma prática comum, Lowdermilk e Perry (2008) referem que esta técnica deve ser realizada após consentimento da parturiente e sempre com a apresentação fetal, no III plano de Hodge, a fim de evitar complicações, nomeadamente o prolapso do cordão umbilical. Esta técnica só é recomendada em mulheres que apresentem a extinção do colo e com pelo menos 5 cm de dilatação (Albuquerque et al., 2017). A amniotomia era realizada com uma pinça descartável (por entre os dedos e efetuado um movimento circular para romper membranas) ou na maioria das vezes apenas com a utilização dos dedos era possível esta rotura, tendo sido desta forma que realizei todas as amniotomias. Posteriormente, era avaliada a cor, quantidade e odor do LA, assim como se procedia aos registos das suas características e a hora da rotura em sistema informático. Durante todo este procedimento era monitorizada sempre a FCF (The National Institute for Health and care Excellence, 2017).

Em todos os casos em que as parturientes já apresentavam rotura espontânea de membranas, na maioria dos casos no domicílio e tendo sido essa a causa que as levava a recorrer ao serviço de urgência, eram questionadas acerca da hora de rotura e as características do LA.

Quando a rotura de membranas fosse superior a 12 horas e segundo protocolo do serviço, era administrada antibioterapia profilática sendo a penicilina por via EV a escolha de eleição, cinco milhões como dose inicial ou dose de carga e após cada quatro horas 2,5 milhões até ao nascimento.

Todo o TP tem influência de cinco fatores, sendo eles: o feto, nomeadamente o tamanho, forma, apresentação fetal, atitude e variedade, e progressão no canal de parto; o canal de parto, em particular os diâmetros do estreito superior da bacia, escavação pélvica e o estreito inferior, pois determinam a possibilidade de um parto vaginal; as contrações voluntárias ou involuntárias, sendo que em muitas situações é colocada ocitocina em perfusão para ajudar a expulsar o feto e a placenta; a posição da mãe, que na maioria dos casos era em litotomia; e por fim as reações

psicológicas maternas (Lowdermilk & Perry, 2008), todos estes aspetos foram tidos em conta ao longo do estágio, tendo sido possível desenvolver competências na realização do parto eutócico.

Em muitos casos, apesar de se ter feito o possível para facilitar a evolução e progressão do TP, houve TP estacionários, isto é, o TP que não progrediu como o esperado para a fase seguinte. Existem alguns fatores que acrescem o TP estacionário sendo eles a incorreta descida da apresentação fetal devido a apresentações ou posições fetais, a pelve materna e a dinâmica uterina. Segundo a evidência o TP estacionário é mais frequente nas nulíparas (OMS, 2015). Quando era diagnosticado um TP estacionário a parturiente era preparada para cesariana. Durante o estágio verificaram-se TP estacionários, quer na fase latente do TP como na fase ativa sendo que o mais frequente era na fase ativa do TP.

No entanto, esta é apenas uma perspectiva fisiológica do trabalho de parto. Segundo Janeiro (2015, p.15) o trabalho de parto " (...) é o momento, onde desembocam todas as vivências anteriores da gravidez, expectativas, ansiedades, medos e apreensões", deste modo podemos afirmar que o parto é um momento marcante na vida da mulher e do casal e que todas as situações vivenciadas irão ser sempre lembradas, quer de forma positiva ou negativa. Nós, como enfermeiros nesta área, devemos estar sensíveis para cada mulher e respeitar sempre as suas crenças e ideologias.

Sabe-se que a presença do convivente significativo junto da parturiente reforça o vínculo familiar permitindo que este se sinta mais integrado neste processo do TP. Também a presença deste tem benefícios para a parturiente a nível emocional e psicológico reduzindo muitas vezes o recurso a métodos farmacológicos, traduzindo o TP numa experiência mais positiva. (WHO 2018). Desta forma e como recomendado pela WHO (2018) é importante a parturiente estar acompanhada pelo convivente significativo encorajando-a e poder participar de forma ativa neste processo.

Sabe-se que um excesso de adrenalina pode levar a situações de pânico de stress e ansiedade fazendo reduzir a atividade uterina e levando a um aumento da tensão muscular, enquanto que se houver níveis equilibrados de adrenalina há uma consciência do que está a acontecer naquele momento havendo assim maior facilidade de se adaptar à situação que vive naquele momento (McDonald et al., 2014).

Desta forma é importante referir que as hormonas são extremamente importantes em todo este processo do parto pois uma junção de stress e do relaxamento ajuda a mulher a estar alerta para o momento e em simultâneo relaxada e segura.

O 2º estadio de trabalho de parto

O segundo estadio do TP é o período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebé, durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de fazer força (puxos), como resultado de CU expulsivas. A duração deste estadio varia de uma mulher para a outra sendo que nas primíparas a sua duração pode ser até três horas enquanto que nas múltiparas é de até duas horas (WHO, 2018).

Também segundo o National Institut for Health and Care Excellence (2017) a duração deste depende de fatores como a paridade e o uso de analgesia epidural sendo que o tempo aumenta quanto menor a paridade o uso da epidural. Quando terminava o período de dilatação, seguia-se para o período expulsivo que decorria sempre numa sala diferente. Muitas vezes a dilatação encontrava-se completa, mas não havia a descida da apresentação fetal no canal de parto, pelo que dado ser um estadio que pode ir até três horas nas primíparas e duas horas nas múltiparas considerava-se que poderia haver alguma anormalidade sempre que não houvesse evolução nesse período de tempo. Nos casos em que este intervalo ultrapassava uma hora a parturiente era referenciada para o médico de serviço para confirmação de alguma dificuldade na progressão fetal, sendo que na maioria dos casos houve a necessidade de realizar um parto instrumentado, em particular quando se verificava alguma repercussão no bem-estar fetal (Graça, 2017). Muitas vezes também havia descida espontânea do feto no canal vaginal.

Quando as contrações uterinas se encontravam mais fortes e intensas, a parturiente sentia uma vontade de puxar, isto deve-se à pressão que o feto realiza sobre o músculo elevador do ânus, dando início ao reflexo de Ferguson (Montenegro & Rezende, 2014). O período expulsivo é um momento de adrenalina pelo que implica uma vigilância contínua. Ao longo deste processo a FCF e as contrações uterinas (CU) estavam monitorizadas até a exteriorização da cabeça do feto, para controlar o bem-estar fetal (The National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Dado a maioria das mulheres encontrar-se sob efeito de analgesia epidural, aquando do momento expulsivo, estas eram incentivadas a colaborar com a equipa, instruindo e orientando

os puxos maternos. Ainda assim, sendo recomendado o puxo espontâneo pela parturiente, o que origina um menor cansaço, todas as parturientes foram incentivadas a “escutar e sentir o próprio corpo” contribuindo para o seu empoderamento (Borders, 2013). A participação da mulher era elogiada e incentivada, para que desta forma ela pudesse sentir que estava a comandar o seu parto e o nascimento do seu filho (Mateo et al, 2020).

A WHO (2018) recomenda a presença de duas EEESMO num parto, em que uma é responsável pelo parto e outra pelos cuidados imediatos ao RN. Durante a minha passagem por este estágio esta recomendação foi sempre cumprida havendo momentos em que até se encontravam três EEESMO.

O profissional de saúde deve garantir que o bem-estar do bebé possa ser adequadamente monitorizado na posição escolhida pela mulher (WHO, 2018). Embora a posição ginecológica ou de litotomia fosse a preconizada nesta instituição sabe-se que não existe uma posição única, mas sim várias que podem ser utilizadas no período expulsivo, pois os ângulos entre o feto e a bacia mudam constantemente conforme a adaptação e progressão do feto no canal de parto (WHO, 2018). Nesta instituição talvez por as equipas serem constituídas por profissionais mais velhos e sem experiência do parto em várias posições, não era dada a oportunidade à parturiente para a escolha da posição a adotar neste estadio. Assim, sugere-se que a instituição invista em formações para os profissionais e na renovação do espaço físico.

A higienização e antissepsia da vulva era sempre realizada com água corrente ao invés de uma solução antisséptica. Após posicionamento e preparação de todo o material organizado e disposto, vestia bata, luvas esterilizadas e colocava uma touca. Eram também colocados na parturiente, campos esterilizados sob a bacia pélvica, e sobre as pernas e abdómen de forma a ser um procedimento mais asséptico possível (Castan & Homs, 2013).

Aquando do coroamento fetal, avaliava sempre a elasticidade e condições do períneo. A utilização da mão para proteção ativa perineal era sempre realizada, mas havia casos em que o períneo era um obstáculo para a saída da apresentação fetal, pelo que era realizada a episiotomia, com o prévio consentimento da parturiente (Albuquerque et al., 2017).

Singh (2016) recomenda a massagem do períneo durante a gravidez para proteção da integridade do mesmo e reduzir o trauma perineal, seja por lacerações espontâneas seja por episiotomia. Também associada à massagem perineal está indicado a prática de exercícios do pavimento pélvico, promovendo a sua elasticidade. Para Graça (2017) a episiotomia é uma

lesão perineal de 2º grau e é usada como forma de ajudar o 2º estadio do TP. A episiotomia é um ato cirúrgico que tem como finalidade aumentar a abertura vaginal através de uma incisão no períneo. É realizada com uma tesoura e deve ser suturada (Figueiredo, 2011).

Desde 1996, a OMS contesta a prática de rotina da episiotomia. Em 2015, refere que esta prática deve ser usada sempre que haja sofrimento fetal, apresentação pélvica, macrosomia fetal e partos distócicos. Durante o estágio observei que esta prática era realizada conforme recomendações anteriores, no entanto muitas vezes era realizada apenas por falta de elasticidade do períneo. Avaliar cada situação, para uma tomada de decisão na realização desta técnica, foi-me sempre permitido, sendo que no momento da decisão era sempre informada a parturiente sobre a necessidade do mesmo. Após a dequitação era realizada a episiorrafia promovendo-me assim autoconfiança e autonomia nas tomadas de decisões, sempre com supervisão.

Durante o estágio realizei sempre episiotomia médio-lateral (esquerda), sendo que era realizada a partir da fúrcula com direção à tuberosidade isquiática com cerca de quatro centímetros, apesar de por vezes haver necessidade de ser menor ou maior, sempre com proteção fetal, ou seja, os dedos médio e indicador eram colocados entre a cabeça do feto e o períneo. Sendo que como em todos os procedimentos tem as suas vantagens e desvantagens, neste caso aumentava o canal de parto reduzindo as lacerações de 3º e 4º grau, mas conduzia a uma maior dor no pós-parto e uma perda de sangue maior (Graça, 2017).

Também no decorrer deste estágio presenciei todos os tipos de laceração: primeiro grau (envolve a fúrcula, pele perineal e membrana da mucosa vaginal), segundo grau (envolve também os músculos do períneo); terceiro grau (lesão atinge o complexo do esfíncter anal); e quarto grau (lesão do períneo que além do o complexo do esfíncter anal envolve ainda o epitélio anorretal (Montenegro & Rezende, 2014; Yeni et al., 2020). Os casos mais graves foram corrigidos pela equipa médica, pois também se verificou este tipo de laceração mais grave em partos instrumentados, nomeadamente com a aplicação de ventosas, realizados pela equipa médica.

Após os esforços expulsivos dava-se a exteriorização do polo cefálico, com assistência do EEESMO, onde era possível aprimorar a Manobra de Ritgen. Neste momento era pedido à parturiente que não efetuasse mais esforços expulsivos com intuito de verificar a presença de circulares do cordão umbilical, antes da exteriorização dos ombros.

O cordão umbilical enrola-se com frequência em volta do pescoço, mas não de forma a provocar a hipoxia. Sempre que existia uma circular larga à volta do pescoço, era desenrolado através da sua passagem sobre a cabeça ou tentava passa-la através dos ombros, no entanto nos casos em que a circular fosse mais apertada era realizada a laqueação prévia do cordão umbilical (The National Institute for Health and Care Excellence, 2017). No entanto, como forma de evitar o corte imediato do cordão umbilical, poderia ser realizada a manobra de Somersault, também conhecida como a manobra da "cambalhota". A cabeça do bebé é mantida próxima ao períneo, enquanto o corpo é retirado e faz uma "cambalhota" para fora (Mercer & Erickson, 2017). O American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda a clampagem do cordão umbilical pelo menos 30 a 60 segundos após o nascimento (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009a), mas a OMS, recomenda a clampagem do cordão umbilical pelo menos um minuto após o nascimento, colocando de imediato o RN contacto pele a pele com a mãe, ajudando na prevenção de hipotermia e posteriormente iniciar os cuidados ao RN (WHO, 2018). Durante este percurso formativo tive a oportunidade de desenvolver competências na gestão adequada da circular do cordão umbilical, exceto a Manobra de Somersault. A laqueação era efetuada por nós profissionais de saúde sendo que o corte do cordão umbilical poderia ser realizado pela parturiente ou o convivente significativo, se presente e sempre que o desejassem.

Após a pesquisa do cordão umbilical procedíamos a libertação do ombro anterior e de seguida o posterior e por fim o restante corpo (Miquelutti et al., 2013). A técnica de desencravamento do ombro por distocia também foi aprimorada, tendo surgido duas situações de distocia de ombros que com a experiência das enfermeiras orientadoras e a utilização da Manobra de McRoberts foram resolvidas de imediato.

O 3º estadio de trabalho de parto

Conforme referido anteriormente o terceiro estadio do TP chama-se dequitadura, o qual decorre desde a expulsão do feto até à saída das membranas fetais e da placenta. Neste estadio tinha sempre uma atitude expectante num período máximo de 30 minutos, monitorizando os sinais de descolamento da placenta e o bem estar materno. Geralmente a saída da placenta ocorria alguns minutos após o nascimento, no início da saída da placenta procedia-se à tração controlada do cordão umbilical, rotação contínua de forma a evitar a fragmentação das membranas denominada de Manobra de Jacob Dublin. Quando a placenta saía verificava-se o

mecanismo de descolamento, Duncan ou Schultze, bem como a respetiva avaliação de todos os tecidos e estrutura da placenta (Graça, 2017).

Quando a placenta não sai de forma espontânea, num parto vaginal durante um período de 30 minutos, considera-se retenção da placenta, tendo esta uma incidência de 0,1 a 3% em todos os partos, podendo acarretar várias complicações maternas sendo a hemorragia pós-parto a principal (Perlman & Carusi, 2019).

De entre as causas para retenção placentária destacam-se (Perlman & Carusi, 2019):

- Contrações insuficientes impedindo a sua separação para posterior expulsão;
- Placenta anormalmente aderente (placenta acreta);
- Encerramento do colo do útero antes da expulsão placentar.

De entre os fatores de risco encontram-se a multiparidade, o uso prolongado de ocitocina, a fertilização in vitro, o parto prematuro, a história de cirurgias uterinas, anomalias uterinas e ainda a história anterior de placenta retida. Nestes casos, a placenta é removida de forma manual, sendo que em alguns casos pode haver pequenos fragmentos da mesma levando a uma exploração manual e/ou visualização através de ecografia.

Durante o estagio, tive a oportunidade de verificar os dois tipos de mecanismos de descolamento da placenta e uma situação de retenção da placenta com remoção manual pelo médico de serviço.

Na avaliação da placenta, foram tidos em conta a integridade dos tecidos, através da sua observação pormenorizada e reconstrução da câmara amniótica, a forma, a inspeção da presença do córion, âmnios, número de vasos no cordão e o seu local de inserção. Apesar de não se ter verificado nenhuma anomalia temos que estar alerta para algumas situações, como por exemplo: presença de calcificações, cotilédones aberrantes ou até mesmo um cordão com dois vasos (Magro et al., 2016).

Nesta fase há um maior risco de hemorragia pós-parto principalmente em múltiparas, pelo que uma vigilância mais apertada associada a perfusão de ocitocina (10 unidades de ocitocina em 1000ml de soro glicosado ou fisiológico) após o dequite, era uma prática realizada nesta instituição (WHO, 2018). Em 80% das situações a causa é a atonia uterina, outras causas incluem a retenção total ou parcial da placenta e lesões do canal de parto. Mais raramente,

podem ser resultado de ruptura ou inversão uterina, coagulopatia materna e placenta acreta. A massagem em movimentos circulares no fundo uterino era sempre realizada ajudando a verificar sempre a formação do globo de segurança de Pinnard, embora a OMS não recomende a massagem uterina sustentada como forma de prevenir a hemorragia pós-parto em mulheres que receberam ocitocina profilática (OMS, 2015; WHO, 2018).

Após inspeção da vulva e vagina e nos casos em que não houvesse lacerações e o períneo estivesse íntegro eram prestados os cuidados de higiene e conforto. Nos casos de laceração ou episiotomia, era previamente preparado o material, e corrigida seguindo o plano da mucosa vaginal e por fim o plano muscular. Graça (2017) aconselha a sutura contínua pois está associada a menor dor na recuperação. Também o material de sutura era de reabsorção como recomendado, de modo a evitar a necessidade de remover pontos e minimizando a dor no pós-parto. Também aqui pude aprimorar esta técnica, tendo a possibilidade de adquirir conhecimentos em vários tipos de sutura.

O 4º estadio de trabalho de parto

No período de hemóstase era realizada a vigilância materna e do RN, sendo que das principais intervenções se destacam a avaliação: dos sinais vitais; da perda de sangue vaginal; do globo de segurança de Pinnard; do estado de consciência; do bem-estar emocional e da vinculação.

Após duas horas, é dada alimentação à puerpera, realizado o esvaziamento vesical, retirados cateteres venoso e epidural, e passam para o internamento de puerpério, sendo transmitida informação ao colega para o seguimento dos cuidados prestados.

Ao longo do estágio foi possível perceber que para todos os profissionais de saúde, quer os que detinham mais experiência ou que tinham menos experiência, cada parto, cada parturiente, cada RN e cada acompanhante, eram únicos e que este momento tão especial na vida dos casais é um momento relevante, com sentimentos e emoções muitas vezes jamais experimentadas por ambos.

Como diagnósticos de enfermagem neste ponto, destacamos: TP, Bem-estar fetal e Parto.

Implementamos diversas intervenções de enfermagem, das quais salientamos: Vigiar evolução do TP; Avaliar estadios do TP; Avaliar dilatação cervical; Avaliar progressão fetal; Identificar apresentação fetal e variedade; Identificar diâmetros pélvicos; Monitorizar FCF e dinâmica

uterina; Identificar desvios ao padrão de TP; Assistir nos posicionamentos corporais; Incentivar a respiração eficaz; Monitorizar perda hemática; Executar o parto; Avaliar placenta, membranas e cordão; Monitorizar contração uterina e avaliar restabelecimento função vesical.

Relativamente à competência específica “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extra uterina” foi possível aperfeiçoar várias unidades de competência, nomeadamente garantir ambientes seguros ao longo do TP; promoção do bem estar materno; incentivar a vinculação; identificar desvios ao padrão de normalidade da evolução do TP; aplicação de técnicas adequadas no parto cefálico; determinação correta da estrutura pélvica.

2.4. Desenvolvimento de competências nos cuidados ao recém-nascido

Na promoção de saúde do RN foram desenvolvidas várias intervenções que vão ser descritas ao longo deste ponto.

Imediatamente após o nascimento, o RN era colocado em contato pele a pele com a mãe, sempre que as situações assim o permitissem, pois sabemos que esta prática reduz o stress do bebé, promove a termorregulação, reduz o choro e ainda ajuda a melhorar a dinâmica pulmonar nas horas seguintes ao parto (Brimdyr et al., 2017). Também a WHO (2018) recomenda esta prática para todos os RN que não apresentem complicações, pois além das vantagens descritas anteriormente também favorece a promoção do aleitamento materno. Pois os RNs encontram-se em estado de alerta nos primeiros 40 a 60 minutos após o nascimento, esta pratica também contribui para um maior sucesso na amamentação (Moore et al., 2016).

Em simultâneo ao contato pele a pele, a limpeza da boca e do nariz era realizada com compressas esterilizadas, se necessário (Hockenberry & Wilson, 2014). Em alguns casos era também necessária a colheita de sangue do cordão umbilical para identificação do grupo sanguíneo do RN, caso houvesse incompatibilidade Rh/ABO, ou como num caso apenas que tive para criopreservação de células estaminais.

Era sempre registada a hora do parto assim como era avaliado o Índice de Apgar que é baseado em cinco critérios: tónus muscular, irritabilidade reflexa, esforços respiratórios, frequência cardíaca e cor. A cada um destes critérios é atribuída uma pontuação de zero a dois, ao 1º, 5º e

10º minuto de vida do RN (Chair et al., 2015). Os principais resultados verificados foram Índices de Apgar pontuados entre oito a dez.

Sabendo que: “(...) estudos científicos comprovam que a amamentação na primeira hora de vida tem efeito protetor, devido à colonização intestinal de bactérias saprófitas encontradas no leite materno e aos fatores imunológicos bioativos adequados para o recém-nascido, presentes no colostro materno” (Antunes et al., 2017, p. 21), imediatamente após a dequitação, correção de episiorrafia e do RN estar vestido, a parturiente era mudada de sala e dava-se início ao processo de amamentação. Este requer muita calma e sabedoria, pois nem todos os bebês são iguais e nem todos pegam de imediato na mama. Ao longo do estágio a taxa de amamentação na primeira hora de vida em todos os partos vaginais foi de 100%, ao invés dos partos por cesariana em que o início da amamentação ultrapassava o período de uma hora.

Normalmente eram colocadas duas pulseiras ao RN, uma na mão com identificação da mãe e outra na perna com pulseira eletrônica de segurança que tinha um código registado no programa informático.

Também era administrada a Fitomenadiona (vitamina K) IM ao RN, que tem como função a prevenção da hemorragia. A administração de Cloranfenicol, uma gota em cada olho, era sempre um cuidado por nós efetuado, prevenindo desta forma a infeção oftálmica de agentes como clamídia e gonococos (WHO, 2018), sendo que na maioria das situações não era pedido consentimento à mãe para administração destes fármacos. Uma prática que poderia ser facilmente alterada, no respeito pelo consentimento informado da parturiente/casal.

Nos partos instrumentados, nomeadamente partos por ventosa era comum o RN apresentar edema do couro cabeludo (caput succedaneum e cefalohematoma), nestes era sempre avaliado, registado e comunicado aos pais de forma a não os alarmar, sendo que nestes casos estava sempre o pediatra presente no parto e regra geral era ele que informava os pais (Magro et al., 2016).

Os RN que eram extraídos por cesariana, eram transportados numa incubadora de transporte do bloco operatório até ao bloco de partos, onde eram prestados os mesmos cuidados que aos restantes RNs, exceto a amamentação, contato pele a pele e a clampagem tardia do cordão umbilical. Nestes casos era administrado leite artificial por copo, uma vez que a parturiente ficava no bloco operatório durante duas horas após a cesariana e só no final o RN era colocado junto com ela.

Como diagnósticos de enfermagem mais frequentes, destacamos: Risco de hipotermia; Amamentação comprometida e Vinculação.

Salientamos as seguintes intervenções de enfermagem: Promover o aquecimento do RN; Incentivar ao contato pele a pele; Incentivar a amamentação na 1º hora de vida; Orientar a mãe na amamentação; Ensinar sobre sinais de boa pega; Assistir no posicionamento do bebê; Manter alojamento conjunto; Permitir corte do cordão umbilical; Incentivar participação do pai nos cuidados ao bebê e Promover o vínculo materno e paterno.

Na competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” adquiri várias competências tais como: informar acerca de sinais de alarme no RN e na mãe; Promover o aleitamento materno; diagnosticar precocemente e de forma eficaz complicações; incentivar apoio emocional e psicológico.

3. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE OBSTETRÍCIA

A satisfação profissional é um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde, estando prevista a sua avaliação permanente na lei de bases da saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, art. 3º). De acordo com João et al. (2017) a satisfação profissional é ainda um importante indicador do clima organizacional.

Este indicador reflete diversas dimensões da atitude geral e sentimentos manifestados pelos recursos humanos face ao seu trabalho e à organização como um todo. No Relatório de Primavera, produzido pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde em 2017, pode observar-se que “não há Serviço Nacional de Saúde renovado e melhorias nos cuidados sem a colaboração dos seus recursos humanos que se querem motivados, com competências adequadas e em número suficiente” (Ferreira, Fernandes et al., 2017, p.32).

A satisfação profissional é um fenómeno complexo e difícil de definir. A dificuldade decorre essencialmente do seu carácter subjetivo e individual, influenciado por múltiplos fatores internos e externos ao ambiente de trabalho (Martinez & Paraguay, 2003).

O conceito de satisfação profissional aponta sobretudo para um estado emocional positivo, sentimento ou resposta afetiva face às experiências ligadas ao trabalho ou resultantes da apreciação desse mesmo trabalho (Antunes, 2011; Cordeiro & Pereira, 2006; Páez Gabriunas, 2010; Locke, 1976; Tavares, 2008).

Deste modo, a satisfação é variável de indivíduo para indivíduo, na medida em que os seus sentimentos e a sua vivência no local de trabalho a influenciam de forma positiva ou negativa (Martinho, 2015). De salientar também que a satisfação profissional resulta da avaliação que o indivíduo faz sobre o seu trabalho e a forma como o valoriza, uma componente muito importante pois é nele que passa grande parte da sua vida (Fonseca, 2014).

A satisfação profissional tem vindo a ser estudada desde a década de 1930 e tem suscitado interesse, principalmente porque se sabe que quanto mais satisfeitos estiverem os profissionais mais rendimentos e contributos darão à instituição. Ou seja, uma maior satisfação no trabalho é associada a uma maior produtividade a um menor absentismo e rotatividade, bem como a um maior comprometimento dos trabalhadores para com as organizações (Amorim, 2012).

Na década de 80, na perspectiva de Weinert (1987), a vantagem de se estudar a satisfação profissional pode aplicar-se a várias componentes: a possível relação direta entre a produtividade e a satisfação no trabalho; a possível relação entre o clima organizacional e a satisfação; a crescente sensibilidade da direção da organização em relação com a importância das atitudes e sentimentos dos trabalhadores face ao seu trabalho, ao estilo de direção dos superiores e de toda a organização no seu conjunto; e a ponderação crescente da qualidade de vida no trabalho como parte da qualidade de vida global, pois a satisfação no trabalho tem uma influência importante na satisfação da vida quotidiana.

Mais recentemente e de acordo com Hosseinpour-Dalénjam et al. (2017), a satisfação profissional tem vindo a ser objeto de estudo dado o seu interesse a nível psicológico, que se foca muito na força humana, no bem-estar do indivíduo e dos restantes colaboradores, havendo desta forma implicações no aumento da produtividade nas instituições.

A satisfação profissional envolve várias dimensões que influenciam o seu desenvolvimento, por um lado os fatores intrínsecos ao indivíduo e por outro os fatores extrínsecos, como a organização, o contexto social e o contexto político (Valente, 2013).

Segundo Locke (1976) existem nove dimensões a considerar quando se fala de satisfação profissional:

- “A satisfação com o trabalho, integrando o interesse intrínseco do trabalho, a variedade do trabalho, as oportunidades de aprendizagem, a dificuldade, a quantidade de trabalho, as possibilidades de êxito ou o controlo sobre os métodos;
- A satisfação com o salário, que considera a componente quantitativa da remuneração e a forma como é distribuída pelos empregados (equidade);
- A satisfação com as promoções, integrando as oportunidades de formação e outros aspetos de base que dão suporte à promoção;
- A satisfação com o reconhecimento, contemplando elogios ou críticas ao trabalho realizado;
- A satisfação com os benefícios, tais como os seguros de doença e as férias;
- A satisfação com a chefia, que inclui o estilo de liderança ou as capacidades técnicas e administrativas e, ainda, qualidades ao nível do relacionamento interpessoal;

- A satisfação com os colegas de trabalho, caracterizada pelas competências dos colegas, o apoio que estes prestam e a amizade que manifestam;
- A satisfação com as condições de trabalho, como, por exemplo, o horário, os períodos de descanso, o local de trabalho e os aspetos ergonómicos;
- A satisfação com a organização e com a direção, destacando-se as políticas de benefícios e salários”.

Estas dimensões podem ser sintetizadas, de acordo com Bakker (2017) em: relação com a chefia; relação com os colegas; estabilidade financeira; reconhecimento do trabalho exercido e aplicação espontânea de conhecimentos, capacidades e competências.

Em síntese, a identificação dos fatores e dimensões associados á satisfação profissional, permitem confirmar que o trabalho, além de responder às necessidades financeiras, tem impacto na realização pessoal, na autoestima do indivíduo e potencia a qualidade de vida e o seu estado de saúde, já que é através do mesmo que se consegue obter estabilidade emocional e financeira (Kalinowska 2020; De Arco Canoles, et al., 2019).

Assim, no caso específico dos enfermeiros é possível afirmar que a sua satisfação profissional pode ter repercussões muito abrangentes, desde a saúde e qualidade de vida do próprio até aos índices de produtividade de uma instituição (Ferreira, Fernandes et al., 2017; Ferreira, Silva et al., 2017). Sob o ponto de vista da saúde do próprio, está atualmente comprovado que a insatisfação com o trabalho vivida ao longo do percurso profissional pode acarretar várias alterações a nível musculoesquelético, transtornos mentais e emocionais, traduzindo desta forma efeitos negativos na sua qualidade de vida (Elbejjani et al., 2020).

Nos profissionais de enfermagem podem ser identificados alguns fatores específicos que condicionam a sua satisfação, nomeadamente as excessivas cargas horárias e o stress físico e mental, aumentando o risco de prejudicar a qualidade dos cuidados que prestam (Elbejjani et al., 2020). De acordo com a OE (2001, p.13), “as organizações devem contemplar a satisfação dos enfermeiros favorecendo assim o seu empenhamento em proveito da qualidade.” Os próprios enfermeiros podem adotar padrões de qualidade, liderança e tentar encontrar estratégias motivacionais, contribuindo assim para a sua satisfação profissional (Alves, 2016).

O estudo do nível de satisfação profissional dos enfermeiros mostra a relevância desta variável, não só para a promoção do bem-estar e saúde dos enfermeiros, mas também para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Bernardino, 2018).

Em Portugal, ao longo das duas últimas décadas têm sido desenvolvidos estudos com o objetivo de avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros.

No estudo realizado por Santos et al. (2007), com uma amostra de 190 enfermeiros, de um hospital, os autores concluíram que nas dimensões, remuneração, condições de trabalho e exercício profissional os resultados eram negativos enquanto que na realização pessoal e profissional, relação com superiores hierárquicos e relação interdisciplinar eram positivos.

Carvalho (2010) num estudo em que participaram 249 enfermeiros de um hospital, observou existir descontentamento com o salário e com o nível de vida que este lhes permitia, e confirmou que estes estavam descontentes com a relação entre o salário e o trabalho que praticavam diariamente, o empenho e a competência profissional.

Apolinário (2011) realizou um estudo, com uma amostra de 49 enfermeiros, em contexto hospitalar num serviço de urgência, que lhe permitiu concluir que “níveis de satisfação elevados são suscetíveis de gerar, por parte dos trabalhadores, laços de maior lealdade para com a empresa, maior identificação com os objetivos da mesma e empenhamento acrescido no trabalho. Baixa satisfação, pelo contrário, pode implicar níveis acrescidos de absentismo, abrandamento nos ritmos de trabalho, maior rotação de pessoal e acréscimo de conflitualidade” (Apolinário, 2011, p.6).

Moura (2016) num estudo realizado em cuidados de saúde primários, com a participação de 155 enfermeiros, concluiu que os enfermeiros menos satisfeitos eram os que se encontravam a meio da sua carreira profissional e comparativamente ao vencimento, os enfermeiros satisfeitos com este mostravam melhores níveis de satisfação profissional.

Martinho (2015) estudou a relação entre a satisfação e algumas variáveis, nomeadamente o género, o estado civil, a experiência profissional, o tipo de cuidados prestados, o tipo de horário, o vínculo profissional e o serviço onde os enfermeiros prestam funções. Este estudo incluiu 141 enfermeiros especialistas em reabilitação, em contexto hospitalar. O autor concluiu que os enfermeiros do sexo feminino, casados, com menos experiência profissional, que praticavam horário fixo, que prestavam cuidados especializados e que tinham contratos definitivos eram os que apresentavam maiores níveis de satisfação profissional.

Moura (2016), num estudo com uma amostra de 124 enfermeiros de unidades hospitalares do Norte de Portugal, verificaram que os enfermeiros do sexo masculino, casados, mais velhos, com filhos e especialistas eram os que apresentavam níveis de satisfação mais elevados.

No estudo de Correia (2017), foi aplicada a ESET, em contexto hospitalar a 162 enfermeiros. O autor concluiu que existia maior satisfação no relacionamento com os colegas e com a chefia. As dimensões com menores níveis de satisfação foram as relacionadas com o salário, excesso de trabalho, progressão de carreira e falta de reconhecimento.

Bernardino (2018), num estudo em cuidados de saúde primários, verificou que os enfermeiros se encontravam mais insatisfeitos no que diz respeito à remuneração, carreira profissional, direção de enfermagem, sindicatos e OE. Já os níveis de satisfação encontravam-se mais elevados no que respeita ao local de trabalho e na relação com a chefia.

Num estudo de Fuentes (2017), foram entrevistadas oito enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, em cuidados de saúde primários, em Portugal. Os resultados demonstraram que nem todas as enfermeiras estavam satisfeitas e que os fatores institucionais, tais como remuneração, chefias e condições físicas, estavam na base de uma maior insatisfação. Também o fator tempo foi referido por estas participantes, uma vez que se sentiam muito limitadas para poder satisfazer todas as suas necessidades pessoais.

Em síntese, perante os resultados dos estudos anteriormente mencionados pode concluir-se que os enfermeiros estavam menos satisfeitos no que concerne ao salário, às condições laborais e à falta de reconhecimento e progressão na carreira.

Como mencionam diversos autores, a eficácia e a qualidade dos serviços num sistema de saúde estão relacionadas, diretamente, com o grau de satisfação dos profissionais que nele trabalham, sendo a insatisfação a principal dificuldade com que se deparam as chefias e os gestores (Linde, et al., 2009). Níveis altos de satisfação profissional convertem-se em qualidade de cuidados e atendimento, pelo que se justifica uma avaliação periódica da satisfação profissional para acompanhar a monitorização da qualidade dos cuidados prestados na organização (Carrillo-García et al., 2015).

Dada a relevância deste tema, o ideal seria que cada organização de saúde efetuasse estudos sobre a satisfação profissional dos seus colaboradores, de forma a entender e reconhecer os fatores que intervêm positiva e negativamente na satisfação dos mesmos.

3.1. Enquadramento metodológico

A metodologia consiste num conjunto de regras e procedimentos que estão na base de um trabalho de investigação científica e que garantem a correta avaliação dos resultados obtidos (Nachmias & Nachmias, 2008).

A metodologia é uma ferramenta importante, responsável por grande parte do sucesso da investigação, dado que é orientadora da pesquisa, dependendo do método escolhido, dos processos e das técnicas de análise (Fortin, 2003). Neste sentido, as opções metodológicas feitas pelos investigadores condicionam os resultados procurados e obtidos pela investigação (Koetting, 1983). Consideramos, portanto, que nesta fase do processo de elaboração do relatório de estágio, e tendo em vista a credibilização deste estudo de investigação, a fundamentação metodológica é fundamental.

Tendo nós como objeto de estudo a satisfação profissional dos enfermeiros, antes de abordarmos os aspetos referentes ao desenho do estudo, iremos referir os objetivos e finalidades do mesmo, bem como as hipóteses e as variáveis consideradas.

3.1.1 Objetivos e Finalidades

A satisfação profissional dos enfermeiros é um aspeto pertinente para qualquer organização de saúde, na medida em que um maior nível de satisfação destes profissionais se associa a um aumento da qualidade e da segurança dos cuidados prestados (OE, 2006).

Identificar fatores relacionados com a satisfação profissional dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de obstetrícia num hospital do norte do País é o nosso principal objetivo. Procurámos saber qual o impacto que a unidade onde exerce funções, o tipo de contrato, o tipo de liderança, a formação académica, a formação contínua, a formação profissional, as condições de segurança, a qualidade da comunicação e o tempo de serviço tinham na satisfação profissional. A fim de concretizarmos este objetivo delineámos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar o nível de satisfação profissional dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de obstetrícia;

- Verificar a relação entre a unidade onde exerce funções e a satisfação profissional.
- Verificar a relação entre o tipo de contrato de trabalho e a satisfação profissional;
- Verificar a relação entre a percepção do tipo de liderança e a satisfação profissional;
- Verificar a relação entre a formação académica e a satisfação profissional;
- Verificar a relação entre a formação contínua e a satisfação profissional;
- Verificar a relação entre a formação profissional e a satisfação profissional;
- Verificar a relação entre a percepção das condições de segurança e a satisfação profissional;
- Verificar a relação entre a qualidade da comunicação e a satisfação profissional;
- Verificar a relação entre o tempo de serviço na unidade e a satisfação profissional.

Entendemos que com os resultados obtidos no estudo podemos contribuir para um maior conhecimento da satisfação profissional dos enfermeiros e dos fatores com ela relacionados. Tal facto possibilitará a conceção e desenvolvimento de estratégias que contribuam para se conseguir um bom nível de satisfação profissional e conseqüentemente uma melhor qualidade dos cuidados prestados.

3.1.2. Hipóteses de estudo

O planeamento de uma investigação a partir do levantamento de algumas hipóteses constitui, segundo Quivy e Campenhoudt (2005 p.76) “a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor. As hipóteses apontam o caminho da procura, fornecendo um fio condutor à investigação e fornecendo o critério para a recolha de dados que confrontará as hipóteses com a realidade”. Com base na revisão da literatura e para atingir os objetivos propostos foram formuladas as seguintes hipóteses:

- H1: Existe relação entre o local de serviço e o nível de satisfação profissional.
- H2: Existe relação entre o tipo de contrato e o nível de satisfação profissional.
- H3: Existe relação entre a percepção do tipo de liderança e o nível de satisfação profissional.

- H4: Existe relação entre a formação académica e o nível de satisfação profissional.
- H5: Existe relação entre a formação contínua e o nível de satisfação profissional.
- H6: Existe relação entre a formação profissional e o nível de satisfação profissional.
- H7: Existe relação entre a percepção das condições de segurança e o nível de satisfação profissional.
- H8: Existe relação entre a qualidade da comunicação e o nível de satisfação profissional.
- H9: Existe relação entre o tempo de serviço na unidade e o nível de satisfação profissional.

3.1.3. Variáveis

As variáveis são consideradas unidades de base da investigação (Fortin, 2009) sendo variáveis atributo se a sua função for a de caracterizar a população ou amostra, ou variáveis de investigação quando são o objeto de estudo.

Neste estudo considerámos como variáveis atributo, a idade, o sexo e o estado civil.

As variáveis de investigação em estudo foram a satisfação profissional, como variável dependente, o tipo de contrato, o tipo de liderança, a formação académica, a formação contínua, a formação profissional, as condições de segurança, a qualidade da comunicação e o tempo de serviço tinham na satisfação profissional., como variáveis independentes.

A variável dependente a satisfação profissional será medida pelo cálculo da média e desvio padrão da satisfação global (total de itens) e das seis diferentes dimensões.

As dimensões são as seguintes: satisfação com as chefias; satisfação com a organização e recursos; satisfação com a valorização profissional; satisfação com os colegas; satisfação com a valorização e remuneração e satisfação com as dotações.

3.1.4. Tipo de estudo

O estudo realizado é do tipo analítico-correlacional e transversal, uma vez que procurámos verificar a relação entre as variáveis de investigação e recolhemos os dados, para uma mesma variável, num único momento.

3.1.5. População

A população do estudo ficou constituída por 34 enfermeiros que exercem funções no Bloco de Partos (n= 15), Serviço de internamento de Obstetrícia/Ginecologia (n=16) e consulta externa de obstetrícia (n=3) do CHTMAD, EPE.

Incluíram-se todos os enfermeiros das três unidades que voluntariamente quiseram participar no estudo. Só foram excluídos os enfermeiros gestores, pelas funções que desempenham, os enfermeiros que se encontravam ausentes do serviço durante a fase da recolha de dados, designadamente por férias ou doença e, os que exerciam funções no serviço há menos de seis meses.

3.1.6. Instrumentos e procedimento de recolha de dados

O questionário é “um instrumento de recolha de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito, e sem a presença do entrevistador” (Lakatos & Marconi, 2001, p. 212).

Neste estudo, como instrumentos de recolha de dados foram utilizados um questionário construído para o efeito e a ESET. Esta escala foi validada para a população portuguesa (João et al., 2017), tendo sido solicitada aos autores autorização para a sua utilização no nosso estudo (Anexo III).

A opção pelo questionário deveu-se essencialmente ao fato de este ser um instrumento de fácil aplicação, pouco dispendioso e poder abranger a população em estudo com a mesma metodologia na recolha dos dados.

Do questionário constavam afirmações/questões relacionadas com as variáveis para caracterização sociodemográfica da população (estado civil, sexo e idade), caracterização da

formação académica e profissional, caracterização laboral e caracterização da liderança, segurança e comunicação no local de trabalho (Anexo IV).

Para proceder ao pré-teste aplicou-se o instrumento a 18 enfermeiros de outras unidades da mesma instituição hospitalar. Da análise da realização do pré-teste não foi identificada qualquer necessidade de alteração das afirmações/questões colocadas.

A ESET é constituída por afirmações, nas quais os enfermeiros assinalam o grau de satisfação, num total de 37 itens dividida em seis dimensões: satisfação com as chefias- SPD1 (12 itens); satisfação com a organização e recursos-SPD2 (8 itens); satisfação com a valorização profissional-SPD3 (5 itens); satisfação com os colegas de trabalho-SPD4 (5 itens); satisfação com a valorização e remuneração-SPD5 (5 itens) satisfação com as dotações-SPD6 (2 itens) (Anexo IV). Cada item é cotado numa escala tipo likert de um a cinco: (1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) indiferente; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito.

Após a análise fatorial exploratória com rotação ortogonal varimax foram obtidas seis dimensões que explicam 68,63% da variância total. No que concerne à análise da consistência interna foram obtidos valores de alfa de Cronbach considerados adequados de 0,96 para a escala geral e de 0,85 a 0,95 para as dimensões referidas.

O estudo foi realizado após autorização da Comissão de Ética da instituição hospitalar (Anexo V). A acompanhar os questionários foram entregues “Instruções de Aplicação” onde constavam, para além de algumas orientações, os critérios de exclusão na população e também o Consentimento Informado para a participação no estudo (Anexo VI). Os participantes foram informados que os dados se destinavam apenas a um estudo de investigação e que seriam respeitados a confidencialidade individual e o anonimato. Foi também realçado o facto de poderem desistir em qualquer momento, sem qualquer implicação ou penalização. Foram sempre seguidos os princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos de acordo com a Declaração de Helsínquia.

Em cada unidade foi entregue ao Enfermeiro chefe o número exato de cópias dos instrumentos de recolha de dados e do Consentimento Informado. Todos os enfermeiros foram incentivados à participação voluntária. A enfermeira chefe procedia à entrega dos mesmos na sala de passagem de turno. A recolha destes dados decorreu de maio a junho de 2021.

3.1.7. Tratamento dos dados

Os dados, pela sua natureza, foram sujeitos a tratamento estatístico, utilizando o programa informático IBM® SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versão 26, uma opção por nós considerada adequada ao tratamento de dados por permitir uma melhor análise e interpretação dos mesmos.

Recorremos à estatística descritiva, para descrever as características das participantes quanto aos dados sociodemográficos, formação académica e profissional, características laborais o modo como caracterizavam a liderança, a segurança e comunicação no local de trabalho (Fortin, 2009, p.108). Nas variáveis scale ou intervalares, foram calculadas a média, o desvio padrão, o mínimo e o máximo.

Antes de testar as hipóteses enunciadas, foi verificado se existia normalidade na distribuição dos resultados, através da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov. Constatando-se que a amostra apresenta distribuição normal, no entanto tendo em conta o tamanho da amostra utilizaram-se os testes não paramétricos: Teste de Kruskal Wallis e o Teste de Mann Whitney U. O valor de prova igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$), foi considerado como indicando significância estatística.

3.1.8. Apresentação e análise de resultados

A apresentação e análise dos resultados está estruturada da seguinte forma: caracterização, sociodemográfica e laboral, dos participantes no estudo; caracterização dos serviços nas vertentes de liderança, condições de segurança, comunicação existente na equipa e satisfação dos enfermeiros com o trabalho. Os resultados obtidos são apresentados em tabelas.

Na tabela 1 apresenta-se a caracterização sociodemográfica da população em estudo. Em termos de idade, a moda situa-se nas classes etárias 31-35 e 51-55 anos (20,6%). No que se refere ao sexo, a maioria dos participantes são do sexo feminino (91,2%). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes, 19 (55,9%) são casados.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

		n=34	%
Idade	26-30	3	8,8
	31-35	7	20,6
	36-40	3	8,8
	41-45	4	11,8
	46-50	4	11,8
	51-55	7	20,6
	56-60	4	11,8
	>61	2	5,9
Sexo	Feminino	31	91,2
	Masculino	3	8,8
Estado Civil	Solteiro(a)	11	32,4
	Casado(a)	19	55,9
	Divorciado(a)	2	5,9
	Viúvo(a)	1	2,9
	União de Facto	1	2,9

A caracterização da população quanto à formação académica e profissional, encontra-se na tabela 2. Verifica-se que a maioria (70,6%) tem o grau de licenciado e os restantes (29,4%) o grau de mestre. Ao nível da formação profissional a maioria (64,7%) referiu fazer formação em serviço e ser detentor do título de especialista (79,4%).

Tabela 2 - Caracterização da formação académica e profissional dos participantes em estudo

		n=34	%
Formação Académica	Licenciatura	24	70,6
	Mestrado	10	29,4
Tipo de Formação Contínua	Formação em serviço	22	64,7
	Pós-graduações	9	26,5
	Outras formações	3	8,8
Título de especialista	Não	7	20,6
	Sim	27	79,4

Na tabela 3 apresenta-se a caracterização laboral da população em estudo, observando-se que é no internamento de obstetria/ginecologia (47,1%) ou no Bloco de Partos (44,1%) que a maior parte dos participantes exerce funções. Relativamente ao tipo de contrato que detém, mais de metade (58,8%) referiu ter um contrato de trabalho em funções públicas. Observando o tempo de exercício profissional a moda situa-se acima dos 26 anos de serviço (44,1%).

Quanto ao tempo de exercício em unidades de obstetria, a moda situa-se no intervalo 12-17 anos (29,4%). No tempo de exercício profissional com funções na área da especialidade, a moda situa-se no intervalo 0-5 anos (48,1%) ou mais de 12 anos (33,3%). No que se refere ao tipo de horário, quase a totalidade dos participantes (97,1%) mencionou praticar o horário rotativo.

Tabela 3 - Caracterização laboral dos participantes do estudo

		n=34	%
Unidade onde exerce funções	Bloco de partos	15	44,1
	Internamento de obstetrícia/ginecologia	16	47,1
	Consulta externa	3	8,8
Tipo de contrato	Contrato de trabalho em funções públicas	20	58,8
	Contrato individual de trabalho	14	41,2
Tempo de exercício profissional	<5 anos	1	2,9
	6-10 anos	6	17,6
	11-15 anos	5	14,7
	16-20 anos	3	8,8
	21-25 anos	4	11,8
	>26 anos	15	44,1
Tempo de exercício em unidades de obstetrícia	<5 anos	7	20,6
	6-11 anos	7	20,6
	12-17 anos	10	29,4
	18-23 anos	1	2,9
	>24 anos	9	26,5
Tempo de exercício de funções na especialidade	0-5 anos	13	48,1
	9-11 anos	5	18,5
	≥12 anos	9	33,3
Tipo de horário	Rotativo	33	97,1
	Fixo	1	2,9

Da leitura da tabela 4 e quanto ao tipo de liderança exercido pelo enfermeiro chefe/com funções de chefia no serviço, 41,2% referiram que era uma Liderança Democrática. Salienta-se, no entanto, o facto de 26,5% terem referido uma liderança autocrática e 26,5% uma liderança situacional. Relativamente à questão “se consideravam estarem reunidas todas as condições de segurança no trabalho”, a maioria (61,8%) mencionou que sim. Por último e quanto à classificação que atribuíam à comunicação existente na sua equipa, mais de metade (52,9%) qualificou-a de boa.

Tabela 4 - Caracterização da informação dos participantes quanto à opinião sobre a liderança, a segurança e a comunicação no local de trabalho

		n=34	%
Tipo de liderança	Liderança Autocrática	9	26,5
	Liderança Democrática	14	41,2
	Líder Liberal	1	2,9
	Liderança Situacional	9	26,5
	Líder <i>Coach</i>	1	2,9
Condições de segurança	Sim	21	61,8
	Não	13	38,2
Comunicação na equipa	Má	2	5,9
	Razoável	12	35,3
	Boa	18	52,9
	Muito Boa	2	5,9

No que à satisfação diz respeito, tal como referido anteriormente, utilizámos a ESET, de João et al., (2017).

Calculado o alfa de Cronbach, para avaliação da consistência interna da escala, o valor de alfa foi de 0,963, tradutor de uma elevada consistência interna.

Dos resultados obtidos com a ESET (Tabela 5), observámos que quanto à satisfação profissional global, os enfermeiros estão satisfeitos ($3,21 \pm 0,69$). No que às dimensões diz respeito, constatámos que as dimensões reveladoras de maior satisfação são a satisfação com a valorização profissional ($3,76 \pm 0,76$) e a satisfação com os colegas ($3,68 \pm 0,82$). A dimensão em que os enfermeiros revelaram estar menos satisfeitos é a da satisfação com a valorização e remuneração ($2,31 \pm 0,87$).

Tabela 5 - Estatística da Escala de Satisfação Profissional

	M	DP
Satisfação Profissional (Global)	3,21	0,69
Satisfação com chefias (SPD1)	3,30	0,87
Satisfação com organização e recursos (SPD2)	3,04	0,78
Satisfação com a valorização profissional (SPD3)	3,76	0,76
Satisfação com os colegas (SPD4)	3,68	0,82
Satisfação com a valorização e remuneração (SPD5)	2,31	0,87
Satisfação com as dotações (SPD6)	3,04	1,14

M- Média; DP – Desvio Padrão

Nas tabelas seguintes constam os resultados que permitem ver as diferenças entre os grupos e consequentemente aceitar ou rejeitar as hipóteses colocadas.

Na tabela 6, observam-se diferenças estatisticamente significativas na satisfação, em função do local onde os enfermeiros exercem funções, especificamente na satisfação global ($p=0,018$), na satisfação com as chefias ($p=0,032$), na satisfação com os colegas ($p=0,010$), na satisfação com a valorização e remuneração ($p=0,032$) e na satisfação com as dotações ($p=0,025$). São os enfermeiros que trabalham no serviço de internamento de obstetrícia/ginecologia os que apresentam níveis mais altos de satisfação, tanto global, como nas dimensões referidas. Os que trabalham na consulta externa são aqueles em que os níveis de satisfação são mais baixos.

Os enfermeiros que desempenham funções no bloco de partos encontram-se mais satisfeitos ao nível da valorização profissional ($3,84\pm0,49$) e menos satisfeitos com a valorização e remuneração ($2,37\pm0,81$) e com as dotações ($2,93\pm0,90$). Os enfermeiros que trabalham no serviço de internamento de obstetrícia/ginecologia evidenciam maior satisfação com os colegas ($4,07\pm0,50$) e menor satisfação com a valorização e a remuneração ($2,44\pm0,89$). Por último, e quanto aos enfermeiros que trabalham na consulta externa, constata-se que estão mais satisfeitos com a valorização profissional ($3,33\pm0,64$) e menos satisfeitos com a valorização e remuneração ($1,27\pm0,30$), com as dotações ($1,50\pm0,50$) e com as chefias ($1,86\pm0,21$).

A dimensão satisfação com a valorização profissional é aquela em que os enfermeiros que exercem funções no bloco de partos e consulta externa apresentam maiores valores de satisfação, embora sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Em contrapartida, a dimensão com maiores valores de satisfação nos enfermeiros do internamento de obstetrícia e ginecologia é a satisfação com os colegas. A dimensão que contribui para menores níveis de satisfação em qualquer dos grupos é a satisfação com a valorização e remuneração.

Quanto à hipótese H1, “Existe relação entre o local de serviço e o nível de satisfação profissional”, constatámos que foi aceite, na medida em que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 6 - Comparação da satisfação profissional em função da unidade onde exerce funções

	Bloco de Partos		Internamento de obstetrícia/ginecologia		Consulta externa		Teste de Kruskal- Wallis	
	M	DP	M	DP	M	DP	<i>p</i>	
	SP	3,22	0,54	3,41	0,68	2,09	0,30	0,018
Dimensões ESET	SPD1	3,38	0,69	3,50	0,85	1,86	0,21	0,032
	SPD2	3,02	0,65	3,23	0,86	2,21	0,44	0,112
	SPD3	3,84	0,49	3,76	0,97	3,33	0,64	0,302
	SPD4	3,55	0,74	4,07	0,50	2,27	0,94	0,010
	SPD5	2,37	0,81	2,44	0,89	1,27	0,30	0,032
	SPD6	2,93	0,90	3,44	1,18	1,50	0,50	0,025

Da análise da tabela 7 constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com o trabalho e o tipo de contrato, à exceção da dimensão satisfação com os colegas ($p=0,011$). Ainda assim, verifica-se um valor médio de satisfação superior, nos enfermeiros que têm contrato de trabalho em funções públicas.

Quanto à hipótese H2, “Existe relação entre o tipo de contrato e o nível de satisfação profissional”, verificámos que não foi aceite. Apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão Satisfação com os colegas, sendo que nesta os valores mais altos de satisfação se encontram no grupo dos enfermeiros com contrato individual de trabalho.

Tabela 7 -Comparação da satisfação profissional em função do tipo de contrato

	Contrato de trabalho em funções públicas		Contrato individual de trabalho		Teste de Mann- Whitney U	
	M	DP	M	DP	<i>p</i>	
	SP	3,24	0,83	3,17	0,42	0,766
Dimensões ESET	SPD1	3,35	1,05	3,24	0,54	0,661
	SPD2	3,10	0,88	2,96	0,63	0,833
	SPD3	3,86	0,75	3,61	0,76	0,287
	SPD4	3,39	0,90	4,10	0,42	0,011
	SPD5	2,47	1,00	2,07	0,57	0,283
	SPD6	3,17	1,15	2,86	1,13	0,363

Na tabela 8, é possível observar que os enfermeiros que classificaram o tipo de liderança exercida pelo enfermeiro chefe como líder *coach* (3,78), liderança democrática (3,44) e situacional (3,29), são aqueles que apresentam maiores níveis globais de satisfação.

No entanto, no que respeita à variável tipo de liderança, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em qualquer uma das dimensões ou na satisfação global. Por este facto, concluímos que não existem evidências estatísticas que confirmem a hipótese H3, “Existe relação entre a percepção do tipo de liderança e o nível de satisfação profissional”.

Tabela 8 -Comparação da satisfação profissional em função do tipo de liderança

	Liderança Autocrática		Liderança Democrática		Líder Liberal		Liderança Situacional		Líder Coach		Teste de Kruskal-Wallis	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	<i>p</i>	
SP	2,77	0,60	3,44	0,71	2,73	-	3,29	0,62	3,78	-	0,15	
Dimensões ESET	SPD1	2,76	0,74	3,47	0,94	2,75	-	3,60	0,75	3,75	-	0,22
	SPD2	2,68	0,50	3,22	0,89	2,50	-	3,12	0,82	3,63	-	0,52
	SPD3	3,53	0,79	3,96	0,70	2,00	-	3,78	0,59	4,60	-	0,13
	SPD4	3,27	0,98	4,03	0,61	4,00	-	3,44	0,80	4,40	-	0,16
	SPD5	1,91	0,66	2,64	1,04	1,60	-	2,18	0,62	3,00	-	0,23
	SPD6	2,28	1,17	3,32	1,05	5,00	-	3,17	0,93	3,00	-	0,10

Pela análise da tabela 9 e comparando as médias obtidas verifica-se que os enfermeiros com licenciatura apresentaram médias de satisfação superiores em comparação com enfermeiros detentores de mestrado.

Pode constatar-se que a hipótese H4, “Existe relação entre a formação académica e o nível de satisfação profissional”, não foi aceite. Porém, ainda que a hipótese não tenha sido aceite, uma vez que não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, constatámos que essas diferenças existem na dimensão organização e recursos ($p=0,049$), valorização e remuneração ($p 0,007$) e satisfação com as dotações ($p=0,032$).

Tabela 9 - Comparação da satisfação profissional em função da formação académica

		Licenciatura		Mestrado		Teste de Mann-Whitney U	
		M	DP	M	DP	<i>p</i>	
Dimensões ESET	SP	3,34	0,67	2,89	0,64	0,112	
	SPD1	3,42	0,85	3,02	0,89	0,334	
	SPD2	3,21	0,79	2,65	0,64	0,049	
	SPD3	3,79	0,85	3,68	0,50	0,213	
	SPD4	3,77	0,68	3,48	1,10	0,673	
	SPD5	2,53	0,87	1,76	0,60	0,007	
	SPD6	3,31	1,07	2,40	1,07	0,032	

Relativamente ao tipo de formação contínua, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($p=0,759$), embora o valor de maior satisfação na sua globalidade seja apresentado pelos enfermeiros que desenvolveram outras formações. Nas diferentes dimensões também não se observam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Neste sentido, a hipótese H5, “Existe relação entre a formação contínua e o nível de satisfação profissional” não foi aceite.

Tabela 10 - Comparação da satisfação profissional em função do tipo de formação contínua

		Formação em serviço		Pós-graduações		Outras formações		Teste de Kruskal-Wallis
		M	DP	M	DP	M	DP	<i>p</i>
Dimensões ESET	SP	3,26	0,57	3,01	0,78	3,47	1,28	0,759
	SPD1	3,40	0,81	3,04	0,85	3,39	1,48	0,739
	SPD2	3,07	0,66	2,93	0,85	3,21	1,58	0,880
	SPD3	3,74	0,78	3,62	0,69	4,27	0,81	0,463
	SPD4	3,76	0,67	3,33	1,11	4,13	0,61	0,586
	SPD5	2,27	0,74	2,27	0,94	2,67	1,68	0,998
	SPD6	3,14	1,06	2,72	1,25	3,33	1,61	0,591

Na análise da satisfação profissional dos enfermeiros em função da detenção de título de especialista (Tabela 11), verifica-se que os têm este título apresentam médias mais elevadas de satisfação na globalidade e nas dimensões da satisfação com as chefias, com a organização e recursos e com a valorização profissional. No entanto, tendo em conta a totalidade dos resultados, constatámos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para a

satisfação global e para as dimensões ($p > 0,05$), pelo que a hipótese H6, “Existe relação entre a formação profissional e o nível de satisfação profissional”, não foi aceite.

Tabela 11 - Comparação da satisfação profissional em função da detenção de título de especialista

	Sim		Não		Teste de Mann-Whitney U	
	M	DP	M	DP	<i>p</i>	
	SP	3,22	0,72	3,18	0,57	0,915
Dimensões ESET	SPD1	3,32	0,92	3,23	0,70	0,468
	SPD2	3,06	0,83	3,00	0,62	0,983
	SPD3	3,87	0,54	3,34	1,27	0,779
	SPD4	3,65	0,89	3,80	0,48	0,966
	SPD5	2,29	0,92	2,37	0,69	0,578
	SPD6	2,87	1,10	3,71	1,11	0,090

Pela análise dos resultados da tabela 12 salienta-se que os enfermeiros que consideraram estarem reunidas as condições de segurança no trabalho, apresentam médias superiores ao nível da satisfação global e de todas as dimensões. A hipótese H7, “Existe relação entre a percepção das condições de segurança e o nível de satisfação profissional”, foi aceite, uma vez que se verificaram diferenças estatisticamente significativas em termos de satisfação global ($p=0,002$) e nas dimensões de satisfação com as chefias ($p=0,004$), com a valorização profissional ($p=0,014$), com os colegas ($p=0,010$), com a valorização e remuneração ($p=0,011$) e com as dotações ($p=0,002$).

Tabela 12 -Comparação da satisfação profissional em função das condições de segurança

	Sim		Não		Teste de Mann-Whitney U	
	M	DP	M	DP	<i>p</i>	
	SP	3,49	0,64	2,77	0,52	0,002
Dimensões ESET	SPD1	3,62	0,85	2,79	0,64	0,004
	SPD2	3,23	0,83	2,75	0,62	0,136
	SPD3	3,94	0,77	3,46	0,66	0,014
	SPD4	3,99	0,55	3,18	0,94	0,010
	SPD5	2,61	0,91	1,81	0,50	0,011
	SPD6	3,52	1,10	2,27	0,69	0,002

Os enfermeiros que consideraram a comunicação existente na equipa como sendo muito boa, apresentam médias superiores na satisfação global e na maioria das dimensões, com exceção para as dimensões satisfação com a valorização profissional, com a valorização e remuneração e com as dotações. Nestas, são os enfermeiros que qualificaram a comunicação como sendo boa, que têm média mais elevada de satisfação. Assim, tendo em conta que as diferenças são estatisticamente significativas, nas dimensões satisfação com as chefias ($p=0,036$), com a organização e recursos ($p=0,024$), com os colegas ($p=0,000$) e na satisfação global ($p=0,013$), a hipótese H8, “Existe relação entre a qualidade da comunicação e o nível de satisfação profissional”, foi aceite.

Tabela 13 - Comparação da satisfação profissional em função da comunicação existente na equipa

	Má		Razoável		Boa		Muito Boa		Teste de	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	Kruskal-	
									Wallis	
									<i>p</i>	
	SP	2,31	0,21	2,86	0,59	3,49	0,63	3,65	0,34	0,013
Dimensões ESET	SPD1	2,21	0,53	2,96	0,83	3,57	0,79	4,04	0,06	0,036
	SPD2	2,50	0,18	2,58	0,57	3,35	0,78	3,62	0,88	0,024
	SPD3	2,60	0,00	3,67	0,62	3,94	0,81	3,80	0,28	0,087
	SPD4	2,50	0,14	3,12	0,94	4,10	0,26	4,50	0,14	0,000
	SPD5	1,80	0,28	2,08	0,84	2,53	0,93	2,10	0,42	0,437
	SPD6	2,25	1,06	2,75	1,08	3,36	1,19	2,75	0,35	0,364

Pela análise da tabela 14 e comparando as médias obtidas verifica-se que os enfermeiros que desempenham funções entre 6-10 anos têm médias de satisfação superiores na satisfação global e na maioria das dimensões, com exceção para a dimensão satisfação com a dotação. Pode-se constatar que a hipótese H9, “Existe relação entre o tempo de serviço na unidade e o nível de satisfação profissional”, não foi aceite.

Porém, ainda que a hipótese não tenha sido aceite, uma vez que não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, constatámos que essas diferenças existem nas dimensões satisfação com os colegas ($p=0,018$) e com a valorização e remuneração ($p=0,049$).

Tabela 14 - Comparação da satisfação profissional em função do tempo de serviço

	5 anos		6-10 anos		11-15 anos		16-20 anos		21-25 anos		26 anos		Teste de Kruskal- Wallis	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	<i>p</i>	
SP	2,89	-	3,61	0,74	3,09	0,49	3,07	0,34	2,47	0,50	3,34	0,72	0,220	
Dimensões ESET	SPD1	2,75	-	3,68	0,74	3,15	0,69	3,25	0,66	2,71	0,83	3,41	1,01	0,445
	SPD2	2,87	-	3,40	1,07	2,92	0,75	2,88	0,33	2,28	0,52	3,19	0,74	0,344
	SPD3	3,80	-	4,13	0,61	3,52	0,90	3,13	0,99	3,15	0,77	3,97	0,63	0,061
	SPD4	4,40	-	4,13	0,63	4,12	0,39	4,13	0,23	2,45	1,01	3,55	0,69	0,018
	SPD5	1,40	-	2,90	1,02	1,92	0,30	1,73	0,12	1,65	0,44	2,55	0,90	0,049
	SPD6	1,50	-	3,25	1,25	2,7	0,97	3,33	1,44	2,12	1,03	3,37	1,04	0,259

3.1.9. Discussão de resultados

Após a análise dos dados apresenta-se a discussão detalhada dos resultados obtidos, confrontando-os com o enquadramento teórico e os resultados de outros estudos semelhantes.

Participaram neste estudo 34 enfermeiros de um hospital do Norte do país, predominantemente do sexo feminino, sendo consensual que a profissão de enfermagem é na sua maioria exercida por mulheres (Vasconcelos-Raposo et al., 2020). Em Portugal, de acordo com a OE (2018), dos 73912 membros inscritos, 82,2% são do sexo feminino. Na região Norte, estão inscritos 24294 membros, dos quais 83,1% são do sexo feminino. Quanto à idade a moda situou-se nas classes etárias 31-35 e 51-55 anos. De acordo com dados apresentados pela OE (2018), a moda, na área de enfermagem, de saúde materna e obstétrica, situa-se na classe etária 36-40 anos.

Na caracterização profissional verificámos que aproximadamente um terço dos participantes referiram ter mestrado. Deste modo pode observar-se que o título de especialista tenha sido na maioria dos participantes obtido através de outros cursos não conferentes de grau, como por exemplo os Cursos de Pós-licenciatura em Enfermagem. De realçar, que quase metade (48,1%) dos participantes com o título de especialista mencionaram exercer funções na especialidade há cinco anos ou menos. Ainda que a maioria trabalhasse em unidades de obstetrícia há mais de 12 anos. Importa ressaltar, que para a obtenção de título profissional de enfermeiro especialista, entre outros requisitos, exigem-se pelo menos dois anos de experiência profissional como enfermeiro no início da formação (OE, 2018). Quanto à unidade onde exerciam funções, a

maior percentagem de enfermeiros trabalhava no Bloco de Partos e no Internamento de Obstetrícia/Ginecologia e quase todos praticavam a modalidade de horário rotativo.

No que concerne ao tipo de liderança exercida pelo enfermeiro chefe, 41,2% dos enfermeiros mencionaram que era uma liderança democrática. No que respeita à liderança, a investigação desenvolvida por Anes et al. (2018) revelou níveis de satisfação superiores nos serviços em que os enfermeiros gestores utilizavam uma liderança democrática. No entanto, uma percentagem maior dos participantes neste estudo remeteu para um tipo de liderança autocrática ou situacional (53%). De ressaltar que o trabalho exercido pelos enfermeiros é desenvolvido em equipa, esperando-se que o enfermeiro tenha competências para o exercício da liderança, a capacidade de influenciar para que trabalhem em prol dos objetivos identificados como sendo para o bem comum. Assim, o líder necessita de vários estilos de liderança que podem ser adaptados em função das variáveis presentes em cada situação específica (Cardoso & D’Innocenzo, 2011).

Quanto à questão, se consideravam estarem reunidas todas as condições de segurança no trabalho, a maioria (61,8%) mencionou que sim.

No que diz respeito à comunicação existente na equipa, a maioria (52,9%) mencionou que a mesma era boa. Contrariamente, nos estudos de Jurns (2018) e Marques et al. (2018), a comunicação foi identificada como uma das dimensões em que os enfermeiros revelavam menor satisfação. A este respeito Shapiro (2017) e Jurns (2018) referem que as falhas ao nível da comunicação são dos aspetos que mais potenciam a ocorrência de eventos adversos. Neste sentido, seria importante, ao nível da licenciatura os estudantes em enfermagem, terem contacto com as ferramentas de transmissão de informação e melhorarem essas práticas. Aos enfermeiros, seria importante efetuar uma análise SWOT, e com base nos resultados da mesma, implementar ações de formação com vista ao desenvolvimento das competências comunicacionais mais deficitárias.

Na análise da consistência interna foi obtido o valor de alfa de Cronbach de 0,963 para a escala geral, o que segundo Marôco (2014) indica uma consistência interna muito boa, para valores superiores a 0,90. Resultados semelhantes foram obtidos por João et al. (2017) aquando da validação da escala.

Os resultados da satisfação global revelaram que os participantes neste estudo se encontravam satisfeitos. Resultados contrários foram encontrados por Dias (2018) e Dias e Morais (2019),

nos estudos desenvolvidos com uma amostra de 234 enfermeiros do Centro Hospitalar do Alto Minho, sendo que 109 enfermeiros se encontravam insatisfeitos. Outro estudo (Freitas, 2020) refere que os enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários se encontravam moderadamente satisfeitos.

As dimensões reveladoras de maior satisfação no trabalho foram a satisfação com a valorização profissional e a satisfação com os colegas, seguidas pela satisfação com as chefias, a satisfação com a organização e recursos e a satisfação com as dotações. Nos estudos de Dias e Morais (2019) e Freitas (2020), os autores também identificaram como dimensões de maior satisfação a valorização profissional e a satisfação com os colegas. Outros estudos, através do uso de um instrumento de avaliação diferente verificaram que os enfermeiros se encontravam satisfeitos com a equipa (Almeida, 2020; Carvalho, 2010; Marques et al., 2018; Martinho, 2015), com as chefias (Almeida, 2020; Carvalho, 2010; Marques et al., 2018) e com o contexto de trabalho (Almeida, 2020; Martinho, 2015).

A dimensão reveladora de menor satisfação foi a satisfação com a valorização e remuneração. Também Dias e Morais (2019) e Freitas (2020) identificaram a dimensão satisfação com a valorização e remuneração como sendo aquela que revela menor satisfação por parte dos enfermeiros. Embora utilizando instrumentos de avaliação diferentes, em outros estudos verificámos que as dimensões relacionadas com os benefícios e recompensas (Almeida, 2020; Marques et al., 2018; Martinho, 2015), com as promoções (Almeida, 2020; Martinho, 2015) e com a comunicação (Almeida, 2020; Marques et al., 2018) foram aquelas em que os enfermeiros revelavam menor satisfação. Carvalho (2010) também constatou que as dimensões satisfação com as promoções e satisfação com o salário foram as reveladoras de menor satisfação.

Relativamente à unidade onde os enfermeiros exercem funções, aqueles que trabalhavam no serviço de internamento de Obstetrícia/Ginecologia foram os que demonstraram níveis mais altos de satisfação. Os que trabalhavam na consulta externa foram aqueles em que os níveis de satisfação foram mais baixos. Quanto a esta variável verificamos diferenças estatisticamente significativas entre a unidade onde os enfermeiros exercem funções e a satisfação na sua globalidade, bem como nas seguintes dimensões: Satisfação com chefias, Satisfação com os colegas, Satisfação com a valorização e remuneração Satisfação com as dotações. No estudo desenvolvido por Jesus, Roque e Amaral (2015), em que participaram 2235 enfermeiros de unidades médico-cirúrgicas, os autores verificaram que eram os que exerciam funções nos

serviços de medicina aqueles que possuíam piores ambientes de prática, o que afetava, consequentemente os níveis de satisfação. Tal facto, poderá estar relacionado com a menor atenção dispensada pelos responsáveis organizacionais a estes serviços.

Quanto ao tipo de contrato verificámos um valor médio de satisfação superior nos enfermeiros com contrato de trabalho em funções públicas. Acresce-se que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas com a satisfação global e com a maioria das dimensões. Pôde ainda observar-se que a satisfação com os colegas, obteve valores mais elevados valores no grupo dos enfermeiros com contrato individual de trabalho. Nos estudos de Freitas (2020), Ferreira, Fernandes et al. (2017), Marques et al. (2018), Matos (2009) e Nunes (2017), os autores constataram não existirem diferenças estatisticamente significativas com o tipo de vínculo. No entanto, Freitas (2020) verificou que os enfermeiros com contrato de trabalho a termo eram os mais satisfeitos, seguidos dos que tinham contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado. Também contrariamente aos resultados agora obtidos, no estudo de Ferreira, Fernandes et al. (2017) os enfermeiros com contrato individual de trabalho foram aqueles que apresentavam melhores níveis de satisfação. No que respeita a estas variáveis, alguns estudos apontam para a existência de relações significativas (Ferreira, Fernandes et al., 2017).

Relativamente ao tipo de liderança não encontrámos diferenças estatisticamente significativas, sendo os enfermeiros que classificaram o tipo de liderança exercida pelo enfermeiro chefe como líder *coach*, aqueles que apresentaram níveis de satisfação mais elevados. Resultados semelhantes foram apresentados por Dias e Morais (2019) em que verificaram que o tipo de liderança e os comportamentos adotados pelas chefias tinham influência na satisfação dos enfermeiros. A este respeito, Pinto e Nunes (2018) referem que, quanto maior a satisfação profissional e quanto mais as chefias valorizam o desempenho dos enfermeiros, menor será a probabilidade de se verificar a presença de *mobbing*.

Em relação à formação académica verificámos que os enfermeiros com licenciatura apresentaram médias de satisfação superiores quando comparados com os enfermeiros detentores de mestrado. Resultados semelhantes foram apresentados por Ramos (2018) e Nunes (2017) em que verificaram uma ligeira tendência para os enfermeiros com mestrado revelarem valores médios de satisfação inferiores. Contrariamente, Rodrigues (2011) constatou que os enfermeiros com habilitações académicas superiores à licenciatura evidenciavam maior satisfação profissional. Também Sá (2021) verificou que enfermeiros com grau académico de

mestre demonstravam médias de satisfação mais elevadas, em relação aos enfermeiros com licenciatura.

Relativamente ao tipo de formação contínua dos enfermeiros não verificámos diferenças estatisticamente significativas, no entanto, enfermeiros que desenvolveram outras formações foram aqueles que apresentaram maior valor de satisfação global. A este respeito, a OE (2004, cit. por Fontes, 2009) refere que os enfermeiros consideram que a formação tem efeitos positivos na qualidade do seu trabalho, que sem formação não existe um progresso profissional e pessoal efetivo e, que a existência de oportunidades de formação e desenvolvimento têm um impacto positivo na satisfação dos enfermeiros.

No que concerne à detenção de título de especialista não verificámos diferenças estatisticamente significativas, todavia constatámos que aqueles que tinham este título se encontravam mais satisfeitos na globalidade e na maioria das dimensões, à exceção da satisfação com os colegas, com a valorização e remuneração e com as dotações. Resultados semelhantes foram obtidos por Freitas (2020) e Nunes (2017) tendo em conta que não verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o facto de ser detentor de especialidade e a satisfação no trabalho. Em sentido contrário, Nunes (2017) verificou uma ligeira tendência para os enfermeiros que não são especialistas demonstrem valores médios de satisfação superiores em algumas dimensões e na escala global. Mas, ser detentor do título de especialista não significa obrigatoriamente o exercício de funções na especialidade, pois Dias e Morais (2019) verificaram que os enfermeiros que exercem a especialidade se manifestam mais satisfeitos na globalidade.

Relativamente à comunicação existente na equipa constatámos que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Satisfação com chefias, Satisfação com organização e recursos, Satisfação com os colegas e na Satisfação global. Marques et al. (2018) verificaram que quanto à comunicação os enfermeiros que exerciam cuidados gerais tinham um grau de insatisfação significativamente superior aos enfermeiros inquiridos que exerciam outro tipo de funções. Neste sentido, destacamos que a comunicação é uma ferramenta indispensável para os enfermeiros gestores nos processos de transmissão e obtenção de informação, reconhecendo-a como fundamental para a satisfação dos profissionais (Pereira, 2017).

Por último e quanto ao tempo de serviço não verificámos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Resultados semelhantes foram obtidos por Freitas (2020),

Marques et al. (2018), Matos (2009), Ramos (2018), uma vez que nos seus estudos também não verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Concluindo, os enfermeiros encontravam-se de forma global satisfeitos. As dimensões reveladoras de maior satisfação no trabalho foram a satisfação com a valorização profissional e a satisfação com os colegas, seguidas pela satisfação com as chefias, a satisfação com a organização e recursos e a satisfação com as dotações. A dimensão valorização e remuneração foi aquela que apresentou valores médios de satisfação mais baixos.

Podemos considerar que os fatores que mais contribuíram para os níveis de satisfação dos participantes neste estudo foram o estarem reunidas as condições de segurança no trabalho, uma boa comunicação da equipa e uma satisfação global com os colegas de trabalho. Das hipóteses colocadas apenas foram aceites três, tendo-se verificado que os enfermeiros do internamento de obstetrícia e ginecologia são os que apresentam valores de satisfação mais elevados, os enfermeiros que dizem estar reunidas as condições de segurança no trabalho apresentam níveis de satisfação profissional mais elevados e os enfermeiros que consideram muito boa a comunicação existente na equipa são os que apresentam valores de satisfação mais elevados.

Dos restantes fatores estudados não é possível observar diferenças estatisticamente significativas, ainda que o valor médio de satisfação seja superior nos enfermeiros que têm contrato de trabalho em funções públicas, nos que desenvolvem outras formações no âmbito da formação contínua e nos que têm o título de enfermeiro especialista.

Sabemos que é importante existirem níveis elevados de satisfação nos profissionais de enfermagem pois são um bom indicador da qualidade nos serviços de saúde, tal como já foi referido anteriormente.

4. CONCLUSÃO

Durante este estágio de desenvolvimento pessoal e profissional o processo de reflexão possibilitou adquirir competências de examinar as ações na área específica. A prática de reflexão tem como objetivo examinar as ações e a experiência individual e pessoal, culminando no desenvolvimento da prática e no aperfeiçoamento do conhecimento clínico. Também tem influência no desenvolvimento profissional individual, crítico e avançado.

Assim foram salientadas competências que desenvolvemos ao longo deste estágio no cuidado especializado à mulher e família nos processos de saúde e doença do domínio obstétrico e ginecológico.

Ao longo deste percurso deu-se como especial foco de atenção os cuidados individualizados, mais propriamente o modelo centrado na pessoa.

Também a prática baseada na evidência foi importante pois permitiu refletir de acordo com a evidência científica, muito importante na tomada de decisões, obtendo ganhos em saúde. Embora a WHO (2018) tenha vindo a aconselhar algumas práticas, nomeadamente a presença de um acompanhante durante o TP (o que se verificou ao longo deste estágio), dada a situação pandémica que o mundo atravessa estes só poderiam assistir mediante um teste Polymerase Chain Reaction (PCR) de covid 19 negativo, o que muitas vezes em partos não programados constituiu um obstáculo, pois não tinham tempo de obter um resultado em tempo útil. Como resultado, perderam o nascimento do seu filho e a oportunidade de acompanhar a parturiente, neste momento que é tão marcante na vida no casal. Ao longo do estágio dadas as alterações e recomendações da DGS esta prática foi melhorando passando os acompanhantes a poderem fazer teste na instituição, de forma gratuita e com o resultado no período aproximado de em meia hora. Também nesta situação havia profissionais que apenas deixavam permanecer o convivente significativo junto da parturiente na fase ativa do TP, enquanto outros o deixavam permanecer de imediato mediante o resultado negativo do teste à Covid-19.

Também no que se refere às técnicas de relaxamento no alívio da dor, estas não foram muito usadas e algumas foi mesmo impossível realizar, dadas as condições físicas do serviço, sendo que sempre que possível procurávamos implementar estas técnicas, embora não houvesse material nem condições. Nestes casos, todos os profissionais estavam sensibilizados para a importância destas estratégias e técnicas, tentando implementá-las sempre que possível e de forma adaptada

A mobilidade materna/deambulação também está recomendada, mas nesta instituição tendo em conta as práticas de rotina, como CTG contínuo, e a inadequação do espaço físico, não era possível a deambulação, a parturiente podia apenas levantar-se e sentar-se na zona da cama. A instituição deveria apostar em novas condições de espaço físico, dando prioridade aos critérios para a promoção de um parto mais fisiológico. Por fim, o nascimento em várias posições, sendo a mulher a escolher a que lhe fosse mais confortável, também não era realizada nesta instituição, talvez porque os profissionais não estão treinados nem preparados, pelo que se sugere um maior investimento nesta área do conhecimento e da prática da Enfermagem de Saúde Materna.

Sendo que o EEESMO atua em vários campos e a fim de se atingir várias competências, foi necessário mobilizar os conhecimentos adquiridos nas áreas de obstetria, psicologia da gravidez e maternidade, socioantropologia da maternidade, farmacologia, monitorização biofísica fetal e em particular, o cuidado de enfermagem na gravidez, trabalho de parto e parto, pós-parto e cuidados ao RN. Posto isto, é possível afirmar que foram desenvolvidas as competências.

A aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMO foram sustentadas no Regulamento n.º 391/2019 da OE. Foi ainda tido em conta a concretização da Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005, transposta para a lei portuguesa pelo DL N.º 15/92.

Deste modo, foi possível concretizar ao longo de todos os estágios realizados no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria as seguintes atividades:

- Consultas a 108 grávidas, incluindo exames pré-natais;
- Vigilância, assistência e cuidados a 117 parturientes;
- Realização de 40 partos eutócicos e participação em 22 distócicos;
- Participação em um parto de apresentação pélvica;
- Prática de episiotomia e de sutura a 23 parturientes;
- Vigilância, assistência e cuidados a 87 grávidas, durante e após o parto em situação de risco;
- Vigilância, assistência e cuidados incluindo o exame de 114 puérperas 170 RN normais;
- Observação e cuidados a 16 RN que necessitem de cuidados neonatais;

- Cuidados a 26 mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia.

Consideramos que este relatório evidencia as atividades para a aquisição de competências e conhecimentos do EEESMO, e que este procura sempre a mais atual evidência científica para desenvolver boas práticas.

Por fim podemos afirmar que a realização deste estágio foi uma experiência única, enriquecendo-me pessoal e profissionalmente. Também para levar a bom termo este estágio foi fundamental o meu envolvimento de forma empenhada, interessada, proativa e assídua.

Nas competências comuns do enfermeiro especialista são considerados quatro domínios, sendo eles: Responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Desta forma é importante conhecer o código deontológico que rege a profissão. É importante melhorar as necessidades do utente tendo sempre estratégias para resolução de problemas baseadas no conhecimento e experiência tomando sempre as melhores decisões possíveis. Também é dever do enfermeiro especialista, uma vez que é dotado de mais conhecimento, ter o papel de consultor. Foram assegurados e respeitados os direitos humanos, através da confidencialidade e segurança da informação fornecida. Também foram sempre respeitados os valores e crenças, mantendo a sua dignidade. Asseguramos sempre a segurança e o bem estar alertando para situações de desvio ao padrão da normalidade e/ou fora da nossa área de competência. Também o conhecimento fez parte destas competências tendo sempre um papel de pesquisa em situações menos frequentes baseado na evidência científica, cooperando com outros profissionais.

Perante o exposto, consideramos que foi possível atingir todos os objetivos propostos.

Relativamente ao estudo de investigação, os enfermeiros encontravam-se de forma global satisfeitos. Dos fatores analisados podemos concluir que exercer funções no serviço de Internamento de Obstetria/Ginecologia, considerar estarem reunidas as condições de segurança e a existência de uma comunicação muito boa na equipa, foram aqueles que revelaram uma associação com níveis mais elevados de satisfação global.

O nível de satisfação foi mais baixo nas dimensões remuneração e valorização profissional. Esta constatação faz-nos pensar sobre a necessidade de melhorar os aspetos que dizem respeito a estas duas dimensões, pois os mesmos podem refletir-se na prática em pouca motivação, desinteresse e até execução de cuidados de menos qualidade para os utentes. Assim torna-se urgente através das políticas do país, uma valorização salarial de todos os enfermeiros, uma

alteração à carreira de Enfermagem no SNS, compensação do risco de penosidade das funções uma vez que alguns enfermeiros não consideram estarem reunidas as condições de segurança, acesso a condições mais favoráveis à aposentação e reforma, dado tratar-se de uma profissão de desgaste rápido. A nível institucional seria importante os serviços apresentarem boas condições físicas, existir equipamento e material necessário para poderem ser prestados cuidados de excelência, melhorar as qualificações dos enfermeiros através de formações gratuitas fornecidas pelas instituições e proporcionar incentivos à formação especializada.

Em síntese, a avaliação da satisfação nas organizações de saúde é extremamente relevante para os gestores, uma vez que este indicador tem uma relação direta com a qualidade dos cuidados prestados e com o atendimento. Assim, seria pertinente monitorizar frequentemente a satisfação dos enfermeiros ao longo do seu percurso profissional, por forma a identificar os fatores que a influenciam de forma negativa e permitir a implementação de medidas que contribuam para o aumento do seu nível. Concomitantemente seria possível monitorizar a qualidade dos cuidados prestados nos sistemas de saúde e relacioná-los com o nível de satisfação dos enfermeiros

Cabe, assim, à organização, criar condições para que os enfermeiros se sintam satisfeitos, podendo passar por aspectos como a melhoria das condições de segurança no trabalho e na contratação, da qualidade da comunicação na equipa e da valorização e remuneração dos profissionais.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C., Sousa, F., Firmiano, M., & Coelho, T. (2017). *Protocolo Clínico Assistência ao Parto e Nascimento*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional da Universidade Federal do Ceará. <https://repositorio.ufc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/171862/Ana%20Maria%20Vaz%20de%20Albuquerque%20-%20SMNL%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed>.
- Alhafez, L., & Berghella, V. (2020). Evidence-based labor management: first stage of labor (part 3). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(4), 100185. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100185>.
- Almeida, M., Dores, J., & Ruas, L. (2017). Diabetes Gestacional. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12 (1), pp. 24-38.
- Almeida, D. (2020). *Satisfação profissional e engagement: percepção dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/94655>.
- Alves, C. (2016, novembro 21). *Sindicatos: quem representa e o quê? E, já agora, com que legitimidade?* Observador. <https://observador.pt/opiniaos/sindicatos-quem-representa-e-o-que-e-ja-agora-com-que-legitimidade>.
- Alves, S., I. (2018). *Perda perinatal: Perspetiva da díade* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UP. <http://web.esenfc.pt/?url=XnW222o0>.
- Amaral F. & Faria L. (2014). Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), pp. 181-186. doi:10.5935/1414-8145.20150025.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009a). *Oral Intake During Labor*. Committee Opinion on Obstetric Practice. Disponível em <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/CommitteeOpinions/Committee-onObstetric-Practice/Oral-Intake-During-Labor>.
- American college of obstetricians and gynecologists. (2009b). *Guidelines on Labor Induction*. *Obstet Gynecol*. Disponível em <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2009/08/induction-of-labor>.
- Amorim, A. (2012). *Engagement e Satisfação com o Trabalho em Bombeiros*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da UP. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/88975/2/169361.pdf>.
- Anes, F., Anes, B., Ferreira, C. & Brás, M. (2018). *Satisfação profissional dos enfermeiros e estilos de liderança dos gestores*. [Congresso]. 8.º Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança e segurança dos cuidados, Funchal. <http://hdl.handle.net/10198/19124>.
- Antunes, A. (2011). *Satisfação Profissional do trabalhador: um construto para o conhecimento de suas causas*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. DS space Repositório. <https://repositorio.ismt.pt/xmlui/handle/123456789/310>.

- Antunes, M. B., Demitto, M. D. O., Soares, L. G., Radovanovic, C. A. T., Higarashi, I. H., Ichisato, S. M. T., & Peloso, S. M. (2017). Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Avances en Enfermería*, 35(1). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.43682>.
- Apolinário, J. M. (2011). Pessoas, Trabalho e Funções: reflexões fundamentais sobre política de recursos humanos. *Revista Dirigir* (111), pp. 1-63. https://www.iefp.pt/documents/10181/702845/DIRIGIR_111.pdf/55dca17f-4808-46a1-9425-69947def0b03.
- Ayres-de-Campos, D., & Arulkumaran, S. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 5–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.018>.
- Bakker, A. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>.
- Bernardino, E. (2018). *Satisfação profissional dos enfermeiros em Portugal*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfa%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>.
- Bilhim, J. (2009). *Teoria Organizacional: Estruturas e Pessoas*. 6ª ed. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Binnie, C. (2020). Breaking the silence. *British Journal of Midwifery*, 28(3), 144–145. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.3.144>.
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Stevens, J., & Takahashi, Y. (2017). An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Maternal & Child Nutrition*, 14(2). <https://doi.org/10.1111/mcn.12571>.
- Borders, N., Wendland, C., Haozous, E., Leeman, L., & Rogers, R. (2013). Midwives' Verbal Support of Nulliparous Women in Second-Stage Labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(3), 311–320. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12028>.
- Brown, M., Magee, L., Kenny, L., Ananth Karumanchi, S., Mccarthy, F., Saito, S., Hall, D. R., Warren, C., Adoyi, G., & Ishaku, S. (2018). 187. The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertension*, 13, S6–S7. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.08.022>.
- Caldwell, L., & Grobbel, C. (2013). The Importance of Reflective Practice in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 319-326. <http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4.%20us%20La.Caldwell.pdf>.
- Cardoso, R. (2012). *Tornar-se mãe, Tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%Aancias%20parentais.pdf

- Cardoso, R. & Innocenzo, D. (2011). Liderança coaching: um modelo de referência para o exercício de enfermeiro-líder no contexto hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 730-737. <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/16622252.pdf>.
- Carvalho, M. (2010). *A satisfação profissional dos enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. <https://recil.ensinulusofona.pt/handle.net/10437/1574>.
- Carrillo-García, C., Solano-Ruíz, M. C., Martínez-Roche, M. E., & Gómez-García, C. I. (2015). Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21(6), 1314-20. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/85yGSQBhsgmBGRSRMf6kVBt/?lang=pt&format=pdf>.
- Chair, M., Aziz, K., Escobedo, M., Kapadia, V., Kattwinkel, J., Perlman, J., . . . Weiner, G. (2015). *Neonatal Resuscitation: Guideline*, 543-559. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000267>.
- Castan & Homs. (2013). *Obstetricia para Matronas. Guía Práctica*. Panamericana.
- Carioca Zerbini, E. M., & Arrais, A. D. R. (2020). Perfil epidemiológico das mulheres atendidas no Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei do Distrito Federal de 2013 a 2019. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 30(04), 35-43. <https://doi.org/10.51723/ccs.v30i04.491>.
- Centro Hospitalar de Trás – os- Montes e Alto Douro (CHTMAD). (2021, 21 de dezembro) *Instituição*. <https://www.chtmad.min-saude.pt/instituicao/>.
- Centro Hospitalar de Trás – os- Montes e Alto Douro (CHTMAD). (2022, 2 de janeiro) *publicações*. <https://www.chtmad.min-saude.pt/publicacoes/>.
- CIPE: *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE/ICNP (2017). Associação Portuguesa de Enfermeiros. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf.
- Cordeiro, S. & Pereira, F. (2006). Características do trabalho, variáveis sócio-demográficas como determinantes da satisfação no trabalho na marinha portuguesa. *Revista Lusófona de Humanidades e Tecnologias*, 1-78. <https://recil.ensinulusofona.pt/handle/10437/2576>.
- Correia, M. (2017). Satisfação Profissional dos Enfermeiro [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18161>.
- Cortés, M. S., Barranco, D. A., Jordana, M. C. & Roche, M. E (2015). Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 23(3), 520-526. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>.
- Cunha, M. A. (2015). Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13 (1), 146-153. https://www.researchgate.net/publication/273222615_Assistencia_prenatal_Competencias_essenciais_desempenhadas_por_enfermeiros.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of

- first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- de Arco Canoles, O. D. C., Puenayan Portilla, Y. G., & Vaca Morales, L. V. (2019). Modelo de Promoción de la salud en el lugar de trabajo: una propuesta. *Avances En Enfermería*, 37(2), 230–239. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73145>.
- Dias, S. (2018). *Satisfação e engagement dos enfermeiros* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de tecnologia e Saúde do Porto]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39350>.
- Dias, S. & Morais, C. (2019). Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas: cuidar de quem cuida. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 28(2), 33-43. http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE28_s2.pdf.
- Dias M. (2012). Vigilância pré-natal e decisão do parto. *Revista Nascer e Crescer*, 21(3), 23-31. <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1401/1/v21n3a12.pdf>.
- Diejomaoh M. (2015). Recurrent Spontaneous Miscarriage Is Still a Challenging Diagnostic and Therapeutic Quagmire. *Med Princ Pract*, 24(1), 38-55. <https://doi.org/10.1159/000365973>.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Indução do trabalho de parto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>.
- Dotters- Katz. (2017). Improving Health Care Response to premature rupture of membranes: A California Quality Improvement Toolkit. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(18). <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1344638>.
- Druzin, M., Shields, L., Peterson, N., & Cape, V. (2013). Improving Health Care Response to Preeclampsia: A California Quality Improvement Toolkit. *California Maternal Quality Care*. https://pqncdocuments.s3.amazonaws.com/cmop/cmopresources/CMQCC_Preeclampsia_Toolkit_1.17.14.pdf.
- Ebrahimian, A., Bilandi, R. R., Bilandī, M. R. R., & Sabzeh, Z. (2022). Comparison of the effectiveness of virtual reality and chewing mint gum on labor pain and anxiety: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04359-3>.
- Elbejjani M; Abed Al Ahad M; Simon M; Ausserhofer D; Dumit N; Abu-Saad Huijer H. (2020). Work environment related factors and nurses' health outcomes: A crosssectional study in Lebanese hospitals. *BMC Nurs*, 19(95). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00485-z>.
- Ferreira, C., Fernandez, R., & Anes, E. (2017). Job satisfaction of nurses working in hospital units of northern Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (Nº15), 109–120. <https://doi.org/10.12707/riv17043>.
- Ferreira, P. L., Silva, J. A., Mendes, F., Gaspar, R., & Perelman, J. (2017). Relatório Primavera 2017. Viver em tempos incertos. Sustentabilidade e equidade na saúde. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2017.Pdf.
- Figueiredo, Santos R., Reis C., Moutal O., Progianti M., Vargens C. (2011). Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar.

- Revista Enfermagem*, 19(2), 181-185. <https://docplayer.com.br/36133584-Ocorrencia-de-episiotomia-em-partos-acompanhados-por.html>.
- Fonseca, P. (2014). *Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27359>.
- Fontes, A. (2009). *Satisfação profissional dos enfermeiros...que realidade? Serviço de cuidados intensivos versus serviço de medicina* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da UP. <https://hdl.handle.net/10216/20175>.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realidade*. Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Luso didata.
- Freitas, S. (2020). *A satisfação com o trabalho dos enfermeiros de reabilitação: um estudo de caracterização no serviço de saúde da RAM* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/35806>
- Fuentes, S, Pradillo J, González S, Valladares S, Carbajo R, Ardela R. (2018). Defectos congénitos de la pared abdominal. *Bol Pediatr.* 58, 259 - 264. http://sccalp.org/uploads/bulletin_article/pdf_version/1541/BolPediatr2018_58_259-264.pdf.
- Fuentes, M. (2017). *Satisfação profissional dos enfermeiros...que realidade? Serviço de cuidados intensivos versus serviço de medicina* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da UP. <https://hdl.handle.net/10216/20175>.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª ed.). Lidel.
- Gouzou, M., Karanikola, M., Lemonidou, C., Papanthanasoglou, E., & Giannakopoulou, M. (2015). Measuring professional satisfaction and nursing workload among nursing staff at a Greek Coronary Care Unit. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 49(spe), 15–21. <https://doi.org/10.1590/s0080-6234201500000003>.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). Elsevier.
- Hod, M., Kapur, A., Sacks, D. A., Hadar, E., Agarwal, M., di Renzo, G. C., Roura, L. C., McIntyre, H. D., Morris, J. L., & Divakar, H. (2015). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care#. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131, S173–S211. [https://doi.org/10.1016/s0020-7292\(15\)30033-3](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(15)30033-3).
- Hosseinpour-Dalengan, L., Atashzadeh-Shoorideh, F., Hosseini, M., & Mohtashami, J. (2017). The Correlation Between Nurses' Work Engagement and Workplace Incivility. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 19(4). <https://doi.org/10.5812/ircmj.45413>.
- Inácio, I. (2016). Diabetes Gestacional. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(5), 677–678. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12535>.

- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021, 4 de dezembro). Meta informação. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0008349&lingua=PT.
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, I.P (Infarmed) (2021, 22 de dezembro). *Documentos*. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1594079/Anexomaisformulario/a995d754-90dd-4474-9203-eb396a0737a0>.
- Janeiro, P. (2015). *Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9401>.
- Jesus, E. H., Roque, S. M. B., & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 25-44. file:///C:/Users/Susana/Downloads/RIE13_s2-sofia.pdf.
- João, A., Alves, C., Silva, C., Diogo, F., & Ferreira, N. (2017). Validation of a Nurse Job Satisfaction Scale for the Portuguese population. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (12), 117–130. <https://doi.org/10.12707/riv16066>.
- Jurns, C. (2018). Using SBAR to Communicate with Policymakers. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.3912/ojin.vol24no01ppt47>.
- Kalinowska, P., & Marcinowicz, L. (2020). Job satisfaction among family nurses in Poland: A questionnaire-based study. *Nursing Open*, 7(6), 1680–1690. <https://doi.org/10.1002/nop2.550>.
- Kiver, V., Boos, V., Thomas, A., Henrich, W., & Weichert, A. (2018). Perinatal outcomes after previable preterm premature rupture of membranes before 24 weeks of gestation. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(5), 555–565. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0341>.
- Koetting, J.R. (1983). *Philosophical foundations of instructional technology*. [Metting]. AECT, New Orleans. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED243427.pdf>.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. (2001). *Fundamentos de metodologia científica*. (4ª Ed.). Atlas.
- Levine, T., Grunau, R., McAuliffe, F., Pinnamaneni, R., Foran, A., & Alderdice, F. (2015). *Early Childhood Neurodevelopment*. *Pediatrics*, 135(1), pp. 127-141. [doi:10.1542/peds.2014-1143](https://doi.org/10.1542/peds.2014-1143).
- Lima, D.A., Brasileiro, A. A., Rosa, L. P. S. (2018). Riscos e consequências da diabetes gestacional: uma revisão bibliográfica. *Estudos vida e saúde*, 39(4), 561-567. <http://dx.doi.org/10.18224/est.v39i4.2668>.
- Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Vertosick EA, Vickers A, White AR. (2009). Acupuncture for tension-type headache. *Cochrane Database Syst Reviews*, 1. <http://doi:10.1002/14651858.CD001218.pub3>.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Org.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1350). Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Lowdermilk, L. & Perry, E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7.ª ed. Lusodidacta.
- Maciejewski, E., Hamon, I., Fresson, J., & Hascoet, J. M. (2016). Growth and neurodevelopment outcome in symmetric versus asymmetric small for gestational age term infants. *Journal of Perinatology*, 36(8), 670–675. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.48>.

- Magro, C., Guerreiro, E., & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo. In M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211-215). Lidel. https://issuu.com/lidel/docs/issuu-enfermagem_saude_materna.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3.ªed.) Edições Sílabo.
- Marques, R. M., Pimenta Pimenta, R., & Nascimento, A. (2018). Satisfação profissional: um estudo com enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 55–60. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.08.4384>.
- Martim, C. (2019). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de Vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/9420>.
- Martinho, J. M. (2015). *Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do IPV. <http://hdl.handle.net/10400.19/3229>.
- Martinez, M. C., & Paraguay, A. I. B. B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho: aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social Do Trabalho*, 6(0), 59. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v6i0p59-78>.
- Mateo, C. S., Homs, T. J. J., Colás, G. S., & Colás, G. M. L. (2020). *Obstetrícia para Matronas: Guia Prática* (1st ed.). Editorial Médica Panamericana S.A.
- Matos, V. (2009). *Satisfação dos enfermeiros no trabalho: um estudo com enfermeiros generalistas do CHEDV, EPE* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional. <http://hdl.handle.net/10284/1620>.
- Mercer, F. & Erickson, O. (2017). *Manual Técnico sobre a Assistência ao Parto, ao Recém-Nascido e às Principais Complicações Obstétricas e Neonatais*. Brasília. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21003pt/s21003pt.pdf>.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal, A. (2015). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 620–634. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x>.
- McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2014). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 9(2), 303–397. <https://doi.org/10.1002/ebch.1971>.
- Middleton, P., Shepherd, E., Flenady, V., McBain, R. D., & Crowther, C. A. (2017). Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005302.pub3>.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2013). Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-154>.

- Montenegro, C. B., & Rezende, J. (2014). *Obstetrícia Fundamental* (13^a ed.). Guanabarakoogan.
- Moore, A., Li Pi Shan, W., & Hatzakorzian, R. (2013). Predicting early epidurals: association of maternal, labor, and neonatal characteristics with epidural analgesia initiation at a cervical dilation of 3 cm or less. *Local and Regional Anesthesia*, 25. <https://doi.org/10.2147/lra.s46686>.
- Motta, C. C. L. D., & Crepaldi, M. A. (2018). O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paideia (Ribeirão Preto)*, 15(30), 105–118. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2005000100012>.
- Mora Alferes, A. P., Paredes, D., Rodríguez, O., Quispe, E., Chavesta, F., Klein De Zighelboim, E., & de Michelena, M. (2016). Anomalias cromossômicas em abortos espontâneos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetrícia*, 62(2), 141–151. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v62i1897>.
- Morais, C. (2012). *Influência da preparação para o parto na percepção dos cuidados culturais das puérperas da Região Norte de Portugal* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do IPV. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1755>.
- Moura, S. C. M., (2016). *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem* [Dissertação Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital IPB. <http://hdl.handle.net/10198/8024>.
- Nachmias, C. F. e Nachmias, D. (2008). *Research methods in the social sciences*. (7nd ed.). Worth Publishers. <https://www.worldcat.org/title/research-methods-in-the-social-sciences/oclc/191758154>.
- Nery, I. S., & Gomes, I. S. (2014). Motivos e sentimentos de mulheres acerca do aborto espontâneo Metodologia Referencial Teórico. *Enfermagem Obstétrica*, 1(1), 19-24. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ARoj7TBzVUsJ:www.enf.o.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/download/6/7+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>.
- Nunes, C. (2017). *Satisfação com o trabalho: a percepção dos enfermeiros peri operatórios da Unidade Local de Saúde do Nordeste* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14683>.
- Oliveira, M. & Cruz, P. (2014). Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Revista Rene*, 12(1), 23-35. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4119>.
- Ordem dos enfermeiros portugueses (2006). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Circular Normativa n.º CN-CD/2018/2 para obtenção do título profissional do enfermeiro especialista- procedimentos e orientações*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17192/circular_normativa-cd-02_18102018_obten%C3%A7%C3%A3o-tit-prof-enfermeiro-especialista_procedimentos_orient.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (2ª ed). Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. OMS. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174001/WHO_RHR_15.05_por.pdf;jsessionid=4B89539AB88E4DD07A9F7C47A6C1B794?sequence=5.
- Osawa, R. H., Riesco, M. L. G., & Tsunehiro, M. A. (2014). Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 699–702. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672006000500020>.
- Pereira, D. (2017). *A satisfação dos enfermeiros com a comunicação organizacional em contexto hospitalar* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20967>.
- Perlman, N. C., & Carusi, D. A. (2019). Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. *International Journal of Women's Health, Volume 11*, 527–534. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s218933>.
- Pimiento, I., & Beltrán, A. (2021). Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Revista chil obstetricia e ginecologia*, 80(6), 493-502. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262015000600010>. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600010.
- Pinto, A. S. S., & Nunes, A. J. S. (2018). Preditores do mobbing nos enfermeiros em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 6*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0217>.
- Pordata (2020). *Taxa de mortalidade perinatal e neonatal*. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalida-de+perinatal+e+neonatal-529>
- Prada, F., & Rafael, M. (2016). Partograma. In Nené & Amado Batista (2ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 348-352). Lidel.
- Quivy, R. & Campenhout L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4ª. ed.). Gradiva.
- Ramos, C. (2018). *A rotatividade e a satisfação profissional em enfermeiros de uma unidade hospitalar* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23025/1/TESE%20MESTRADO_CLARA%20RAMOS_06.pdf.
- Rodrigues, I. (2011). *Satisfação profissional dos enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10893/1/satisfacao%20profissional%20dos%20enfermeiros%20de%20uma%20unidade%20de%20cuidados%20intensivos.pdf>
- Rodrigues, S. (2016a). *Tipos de Parto in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed.). Lidel.
- Rodrigues, S. (2016b). *Parto Normal in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed.). Lidel.

- Rodrigues, S. (2016c). *Parto Distócico in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed.). Lidel.
- Rolim, L., & Canavarro, M. (2001). *Perdas e luto durante a gravidez e puerpério* In Rolim & Canavarro (Eds), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.255-296). Quarteto Editora.
- Ramalho (2014). *Protocolos de medicina materno-fetal* (3ª ed.). Lidel.
- Rossett, T. C., Wittmann, T., Rotta, K., Gonçalves, R. A., & Pescador, M. V. B. (2020). Prevalência do Diabetes Mellitus gestacional em um ambulatório de alto risco do Oeste do Paraná. *Fag Journal of Health*, 2(2), 195–204. <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i2.193>.
- Rousset, J., Clariot, S., Tounou, F., Burey, J., Hafiani, E. M., Féliot, E., Quesnel, C., Bonnet, F., & Fischler, M. (2020). Oral fluid intake during the first stage of labour. *European Journal of Anaesthesiology*, 37(9), 810–817. <https://doi.org/10.1097/eja.0000000000001278>.
- Sabino Batista, K., & Charallo Carvalho, D. C. (2022). Partos atendidos pela enfermagem obstétrica em um hospital público de saúde: análise de dados. *Health Residencies Journal - HRJ*, 3(15), 230–243. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i15.382>.
- Sá, R. (2021). *A satisfação profissional e o engagement dos enfermeiros de cuidados de saúde primários no processo de implementação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional UA. <https://ria.ua.pt/handle/10773/30908>.
- Santos, A. (2016). *Interrupção da gravidez* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Lisboa]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20992/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20IVG%20-Sara%20FINALISSIMA2.pdf>.
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-515. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.
- Seabra, J. M. (2009). O Choro do Bebê. *Psicologia.com.pt*, 3, 1-16. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf>.
- Sentilhes, L., Sénat, M. V., Ancel, P. Y., Azria, E., Benoist, G., Blanc, J., Brabant, G., Bretelle, F., Brun, S., Doret, M., Ducroux-Schouwey, C., Evrard, A., Kayem, G., Maisonneuve, E., Marcellin, L., Marret, S., Mottet, N., Paysant, S., Riethmuller, D., . . . Langer, B. (2017). Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 210, 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.12.035>.
- Serrano, F., Centeno, M., & Ramalho, C. (2018). Estudo das situações de morte fetal após as 24 semanas. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 12(3), 240-244. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2018/10/SPOMMF_Estudo_das_Situacoes_de_Morte_Fetal_apos_as_24_-Semanas.pdf.

- Shapiro, J. (2017). SBAR: A better way to communicate. *Podiatry Management*, 36(1), 41-42. <https://www.podiatrym.com/pdf/2016/12/Shapiro117web.pdf>.
- Sharma, D., Shastri, S., & Sharma, P. (2016). Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 10, CMPed.S40070. <https://doi.org/10.4137/cmped.s40070>.
- Silveira L., Bocakova M., Mermudes J. (2015). *As vivências dos Pais em interrupções da gravidez*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. RCAAP.Portugal.file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/12_Rev._Enf._Ref._RIV14064_portuguese%20(2).pdf.
- Singh, S. K. S. C., Yahya, N., Misiran, K., Masdar, A., Nor, N. M., & Yee, L. C. (2016). Analgesia combinada raquiperidural em trabalho de parto: seus efeitos sobre o desfecho do parto. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 66(3), 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2014.09.009>.
- Sousa, S. (2003). A saúde do feto. In Sá (Ed.), *Psicologia do feto e do bebé* (pp. 39-66). Fim de século.
- Stevens, W., Shih, T., Incerti, D., Ton, T., Lee, H., Peneva, D., Macones, G., Sibai, B., & Jena, A. (2018). Short-term Costs of Preeclampsia to the United States Health Care System. *Obstetric Anesthesia Digest*, 38(2), 67. <https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000532257.69387.31>.
- Valente, J. P. (2013). *Satisfação profissional dos enfermeiros de um hospital da região do centro* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Comum IPV. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2059/1/VALENTE%2C%20Jo%C3%A3o%20Pedro%20Oliveira%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>.
- Vasconcelos-Raposo, J., Pires, L., Monteiro, M. J., & Teixeira, C. (2020). Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Sofrimento para Cuidadores em Enfermeiros Portugueses nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Ibero-americana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 57(4), 177–190. <https://doi.org/10.21865/ridep57.4.13>.
- Verfaillie, V., de Jonge, A., Mokkink, L., Westerneng, M., van der Horst, H., Jellema, P., & Franx, A. (2017). Multidisciplinary consensus on screening for, diagnosis and management of fetal growth restriction in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1513-3>.
- Tavares, O. (2008). *Avaliação da satisfação de profissionais de saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/9700>.
- Tessaro, A. (2016). *A anomalia fetal incompatível com a vida como causa de justificação para o abortamento* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Seará]. Repositório Institucional da Universidade Federal do Seará. <https://www.scielo.br/j/reben/a/CdKp5xcmZ8FV3tkSwxfm9Sn/?format=pdf&lang=pt>.

- The National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies*. NICE Guideline. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthywomen-and-babies-pdf-35109866447557>.
- Tsakiridis, I., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2020). Induction of Labor: An Overview of Guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 75(1), 61–72. <https://doi.org/10.1097/ogx.0000000000000752>.
- Weinert, C. (1984). Evaluation of the PRQ: *A social support measure*. In Barnard, Brandt, & Raff (Eds.), *Social support and families of vulnerable infants* (pp.59-97). March of Dimes Defects Foundation.
- World Health Organization. (2017). *10 Facts on Breastfeeding*. Disponível em <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>.
- World Health Organization. (2017). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760>.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.
- World Health Organization. (2020). *WHO prematurity data in children*. Disponível em <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/data-and-statistics/newborn-health>.
- Yeni, C. M., Tambunan, R., & Hasanuddin. (2020). Threatened Preterm Labor: Which are become Preterm Labor? *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216–222. <https://doi.org/10.32771/inajog.v8i4.129>.

6. LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Decreto-Lei n.º322/87 do Ministério da Saúde (1987). Diário da República: I série, n.º 197. <https://files.dre.pt/1s/1987/08/19700/33323332.pdf>.

Decreto- Lei n.º15/92 do Ministério da Saúde (1992). Diário da República. I-A série, n.º 29. <https://files.dre.pt/1s/1992/02/029a00/07130714.pdf>.

Decreto Lei n.º 50 A/2007 do Ministério da Saúde. Diário da República: I- série (2º suplemento), n.º 42. <https://files.dre.pt/1s/2007/02/04202/00260029.pdf>.

Decreto Lei n.º 233/2005 do Ministério da Saúde. Diário da República: I- série, n.º 249. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/233/2005/p/cons/20170210/pt/html>.

Diretiva Europeia, 2005, 36/ CE do Parlamento Europeu do Conselho da União Europeia: Jornal Oficial da União Europeia, n.º 255/22. https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/directiva36_2005.pdf.

Lei n.º 9/2009 atualizada pela Lei n.º 25/2014 da Assembleia da República. Diário da República: I- série, n.º 84. <https://files.dre.pt/1s/2014/05/08400/0254002604.pdf>.

Lei n.º 26/2017 da Assembleia da República. Diário da República: I-série, n.º 104. https://www.ordemengenhheiros.pt/fotos/editor2/lei_26_2017.pdf.

Lei n.º 95/2019 da Assembleia da Republica. Diário da República: I-série, n.º 169. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>.

Lei n.º 48/90 da Assembleia da República. Diário da República: I- série, n.º 195. <https://files.dre.pt/1s/1990/08/19500/34523459.pdf>.

Lei n.º 3/2014 da Assembleia da República. Diário da República: I- série, n.º 19. <https://files.dre.pt/1s/2014/01/01900/0055400591.pdf>.

Parecer n.º 18/2012 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Ordem dos Enfermeiros: n.º18. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_18_2012_Prescricao_de_algaliacao_em_parturiente.pdf.

Parecer n.º 7/2012 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Ordem dos Enfermeiros: n.º7. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf.

Portaria 25/2014 do Ministério da Saúde: Diário da República, I- série, n.º 23. <https://files.dre.pt/1s/2014/02/02300/0091800919.pdf>.

Regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II – série, n.º26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Regulamento 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II – série, n.º 85. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>.

ANEXOS

Anexo II – Plano de Parto



PLANO DE PARTO

Identificação da grávida: _____

Data prevista para o parto: _____ Médico assistente: _____

Identificação da pessoa que acompanhará a grávida durante o trabalho de parto (com idade > 18 anos):

Pretendemos conhecer e corresponder às suas expectativas e desejos com vista à prestação de cuidados humanizados para que possa considerar a experiência do parto no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) como harmoniosa, gratificante e bem-sucedida.

A equipa multidisciplinar do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do CHTMAD (médicos obstetras e enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica) tem como principais objetivos: avaliar, vigiar e assistir as suas utentes grávidas no decurso do trabalho de parto com o intuito de prevenir qualquer complicação.

O trabalho de parto será acompanhado por estes profissionais que irão proceder a uma vigilância contínua do bem-estar materno e fetal.

A avaliação do bem-estar materno passa pela avaliação periódica da tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e dor. A monitorização fetal é efetuada através da realização de cardiocotografia (CTG). Para além disso, a evolução do trabalho de parto é avaliada através de observação ginecológica (toques vaginais) realizada pelos profissionais de saúde referidos, de acordo com a regularidade necessária.

A equipa está disponível para qualquer esclarecimento sobre os procedimentos efetuados durante o trabalho de parto, como por exemplo: indução do parto, fármacos para o alívio da dor/analgesia epidural, rutura artificial de membranas, tricotomia, episiotomia, fórceps/ventosa e cesariana.

Para conforto e segurança das mães e dos recém-nascidos, aplicam-se as seguintes regras aos acompanhantes das grávidas no bloco de partos:

- O acompanhante é escolhido pela grávida;
- O acompanhante tem de cumprir todas as instruções que lhe forem transmitidas pelos elementos da equipa do Bloco de Partos;
- As entradas e saídas do acompanhante no Bloco de Partos estão sujeitas a controlo. Antes de sair da sala onde se encontra, o acompanhante da grávida deve chamar um elemento da equipa do serviço para que o acompanhe.

Frequenta ou pretende frequentar o curso de preparação para o parto:

Sim Não Se Sim, Local: _____

Pretende efetuar visita ao serviço de Ginecologia/Obstetrícia do CHTMAD:

Sim Não Se Sim, por favor entre em contacto com o Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, de modo a ser agendada, em data coincidente, com as visitas realizadas no âmbito do curso de preparação para o parto.



Primeira fase do trabalho de parto - lidar com as contrações uterinas

As seguintes medidas foram consideradas úteis para enfrentar o desconforto associado às contrações. Indique quais as medidas de conforto que gostaria que lhe fossem proporcionadas durante o trabalho de parto.

Adoptar posições diferentes para o alívio da dor

Medicação analgésica

Analgesia epidural

Outras - Quais? _____

A analgesia durante o trabalho de parto é disponibilizada por médicos anestesiológicos na sala de partos. Se esta for a sua opção, o médico anestesiológico dar-lhe-á todas as explicações antes da realização do procedimento.

Período expulsivo/Nascimento do bebé

Durante o período expulsivo, o enfermeiro especialista que a acompanhar irá ajudá-la e ensiná-la a adotar uma posição confortável e adequada à realização dos esforços expulsivos. Nesta fase, o acompanhante que tiver escolhido estará sempre consigo e deverá cumprir as orientações que lhe forem dadas pelos elementos da equipa do bloco de partos.

Depois do bebé nascer, quando possível, gostaria que:

Fosse eu/accompanhante a cortar o cordão umbilical (assinalar quem pretende)

De efetuar contacto pele a pele

Fosse _____ a pôr a primeira fralda

Fosse _____ a fotografar após o nascimento

De iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora de vida do bebé

Outras: _____

Depois do parto, a mãe e o recém-nascido permanecem no bloco de partos, sob vigilância, até reunirem as condições necessárias para serem transferidos para o internamento.

Internamento e alta

Em média, o período de internamento tem uma duração de 48-72h. Na maternidade, as visitas podem ser recebidas entre as 11h00 e as 21h00.

O Serviço de Ginecologia/Obstetrícia defende que o melhor para a mãe e o recém-nascido é mantê-los sempre juntos, pelo que a equipa de enfermagem irá apoiá-la e ajudá-la a tratar do seu bebé na enfermaria. Os procedimentos como dar banho ao bebé são demonstrados pela equipa de enfermagem durante o seu internamento. Caso haja necessidade de realizar algum exame ou análise ao seu bebé, será informada.



Sendo possível, durante a estadia no Serviço de Obstetria gostaria:

De ser informada de todos os cuidados prestados ao bebé

De estar presente caso o bebé tenha que fazer algumas análises

De estar presente no momento da administração de vacinas

Que o primeiro banho do bebé seja dado pela mãe/accompanhante

Outros - Quais? _____

Está informada sobre os benefícios e vantagens do aleitamento materno:

Sim Não

Pretende amamentar?

Sim Não

Existe algo que gostaria que soubéssemos sobre si no que se refere a preocupações, medo, ansiedade ou atitudes:

Solicitamos que, após reflexão e esclarecimento das suas dúvidas/questões com o seu médico assistente, preencha o seu Plano de Parto e devolva-o à equipa do serviço de Ginecologia/Obstetria na consulta subsequente à sua entrega para que esta o possa ter em consideração, indo de encontro às suas expectativas. Qualquer sugestão será sempre avaliada, no sentido de ajustar e melhorar o presente Plano de Parto.

Data

Assinatura da Grávida

Assinatura do Progenitor/Acompanhante

Anexo III – Pedido de Autorização para utilização de ESET

Fwd: Autorização escala

Caixa de entrada



Ana Ribeiro

----- Forwarded message -----

De: Ana Lúcia João <alsjoao@hotmail.com>

Date: sexta, 14/02/2022, 11:28

Subject: Autorização escala

To: Ana Ribeiro <romao.ana22@gmail.com>

Bom dia, *declaro autorização para aplicação da Escala ESET.*

Com os melhores Cumprimentos

Anexo IV – Questionário sócio-demográfico e ESET



Questionário

Satisfação profissional dos enfermeiros em unidades de obstetria

Antes de iniciar o preenchimento do questionário, gostaríamos que tivesse em conta os seguintes aspetos:

- O presente questionário foi desenvolvido no âmbito de um projeto de investigação sobre a satisfação profissional dos enfermeiros. É constituído por uma primeira parte com dados de caracterização sociodemográfica e laboral, uma segunda parte por dados de caracterização do local de trabalho e uma terceira parte pela 'Escala de satisfação dos enfermeiros com o trabalho' (João, A. Alves, C. Silva, C., Diogo, F. & Ferreira, N., 2017).
- Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, em caso algum, serão revelados individualmente.
- Responda a todas as questões colocando um cruz (X) no respetivo quadrado ou preenchendo os espaços.
- Para que este estudo seja possível, é importante a sua colaboração.
- Por favor tome especial cuidado em assinalar uma resposta apenas e não deixar nenhuma questão em branco.

PARTE I

Caracterização sociodemográfica e laboral

- 1) Idade: ≤ 25 26-30 31-35 36-40 41-45 46-50 51-55 56 a 60 ≥ 61
- 2) Sexo: Feminino Masculino
- 3) Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a) União de facto
- 4) Formação académica: Licenciatura Mestrado Doutoramento
- 5) Tipo de formação contínua: Formação em serviço Pós graduações Outras formações, quais? _____
- 6) Unidade onde exerce funções: Bloco de partos Internamento de obstetria/ginecologia
 Consulta externa
- 7) Tipo de contrato: Contrato de trabalho em funções públicas Contrato individual de trabalho
- 8) Tempo de exercício profissional: <5 anos 6-10 anos 11-15 anos 16-20 anos 21-25 anos > 26 anos
- 9) Tempo de exercício em unidades de obstetria: <5 anos 6-11 anos 12-17 anos 18-23 anos > 24 anos
- 10) Título de especialista: Não Sim
- 10.1) Se sim, tempo de exercício de funções na especialidade:
 6-8 anos 9-11 anos >12 anos
- 11) Tipo de horário praticado: Rotativo Fixo

Parte 2
Caracterização local trabalho

1) Como classificaria o tipo de liderança exercido pelo enfermeiro chefe/com funções de chefia no serviço? Liderança Autocrática (foco no chefe) Liderança Democrática (foco no líder e na equipa)
 Lider Liberal (foco na Equipa) Liderança Situacional (foco nas situações e no nível de maturidade dos profissionais) Lider Coach (Foco nas Pessoas e nos resultados)

2) Considera estarem reunidas todas as condições de segurança no trabalho? Sim
 Não
Se respondeu não, em que aspetos sente insegurança? _____

3) No que respeita à comunicação, como classifica a existente na equipa da sua unidade:
 Muito má Má Razoavel Boa Muito boa
|

Parte 3

Satisfação profissional

“Escala de satisfação dos enfermeiros com o trabalho”

Nesta parte pretendemos conhecer a sua opinião sobre a satisfação profissional no seu local de trabalho. Por favor, indique o seu grau satisfação / insatisfação em relação a cada uma das seguintes afirmações. **Legenda: 1-Muito insatisfeito; 2-Insatisfeito; 3-Indiferente; 4-Satisfeito; 5-Muito satisfeito.**

	1	2	3	4	5
1 - Sinto-me satisfeito com os momentos de diálogo e partilha de informação com os meus colegas de trabalho.					
2 - Sinto-me satisfeito com o espírito de colaboração existente entre mim e os meus colegas de trabalho.					
3 - Sinto-me satisfeito com a carga horária no meu local de trabalho.					
4 - Sinto-me satisfeito com o esforço demonstrado pelos meus colegas de trabalho no sentido de prestar melhores cuidados.					
5 - Sinto-me satisfeito com o esforço demonstrado pelas chefias no sentido de melhorar as minhas condições de trabalho.					
6 - Sinto-me satisfeito com a minha participação na tomada de decisões no meu local de trabalho.					
7 - Sinto-me satisfeito com o número de enfermeiros relativamente ao número de doentes aos quais é necessário prestar cuidados num turno.					
8 - Sinto-me satisfeito com as oportunidades de progressão na carreira.					
9 - Sinto-me satisfeito com a confiança que posso ter nos meus colegas de trabalho.					
10 - Sinto-me satisfeito com o modo como as chefias me dão oportunidade de participar em formação/projetos.					
11 - Sinto-me satisfeito com o número de enfermeiros existentes num turno relativamente ao número de tarefas a realizar.					
12 - Sinto-me satisfeito com as condições existentes no espaço físico no qual presto cuidados.					
13 - Sinto-me satisfeito com as rotinas existentes no serviço.					
14 - Sinto-me satisfeito com o facto do meu trabalho ser recompensado e/ou valorizado pelas chefias.					
15 - Sinto-me satisfeito com o facto do meu trabalho ser recompensado e/ou valorizado pelos doentes.					

16 - Sinto-me satisfeito com o modo como sou valorizado pelos doentes e seus familiares.					
17 - Sinto-me satisfeito por desempenhar funções de enfermagem neste serviço.					
18 - Sinto-me satisfeito com as competências demonstradas pelos outros profissionais de saúde.					
19 - Sinto-me satisfeito com as oportunidades de formação proporcionadas pelo meu local de trabalho.					
20 - Sinto-me satisfeito com a competência demonstrada pelos colegas da mesma profissão.					
21 - Sinto-me satisfeito com a possibilidade de colocar em prática novos conhecimentos no meu local de trabalho.					
22 - Sinto-me satisfeito com os equipamentos/materiais existentes no meu serviço.					
23 - Sinto-me satisfeito com a organização existente no meu local de trabalho.					
24 - Sinto-me satisfeito com a liberdade que possuo, de acordo com as minhas competências de prestar cuidados adequados aos doentes.					
25 - Sinto-me satisfeito com o modo de organização e redação dos protocolos existentes no meu serviço.					
26 - Sinto-me satisfeito com a qualidade dos cuidados que presto tendo em consideração o contexto no qual desenvolvo funções.					
27 - Sinto-me satisfeito com o tempo que tenho de esperar para ser promovido no meu local de trabalho.					
28 - Sinto-me satisfeito com as funções desempenhadas no meu serviço.					
29 - Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelas chefias em relação ao trabalho que desenvolvo.					
30 - Sinto-me satisfeito com o número de protocolos orientadores para o funcionamento do serviço.					
31 - Sinto-me satisfeito com o meu salário face as funções que exerço.					
32 - Sinto-me satisfeito com o meu salário face as minhas capacidades/conhecimentos.					
33 - Sinto-me satisfeito com os momentos de diálogo e partilha de informação com as chefias.					
34 - Sinto-me satisfeito com a perceção dos doentes face a atividade que exerço.					
35 - Sinto-me satisfeito com o incentivo por parte das chefias no desenvolvimento de formação.					
36 - Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelos doentes face a atividade que exerço.					
37 - Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelos outros profissionais de saúde face aos cuidados que presto.					

Este questionário termina aqui! Obrigada pela sua colaboração ☺

Anexo V – Autorizações para a aplicação do Estudo



Exmo, Srº Diretor de Serviço de Obstetria e
Ginecologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e
Alto Douro

Eú, Ana Raquel Romão Ribeiro, enfermeira no CTHMAD - Unidade de Vila Real; aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da Escola Superior de saúde de Vila Real (UTAD), em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e o Instituto politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar autorização para a aplicação do questionário para o meu Relatório de Natureza Profissional que tem como título :” Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Unidades de Obstetria”, mais especificamente nas unidades do Bloco de Partos, Serviço de Internamento de Obstetria/ginecologia e Consulta Externa de Obstetria.

Tendo sob orientação as Professoras Anabela Martins Pinho de Figueiredo e Maria do Carmo Pires Sousa.

O estudo tem como objetivo principal identificar a relação entre o tipo de liderança, a segurança, a qualidade da comunicação, a formação académica, a formação continua, o tipo de vínculo, o tempo de serviço na unidade e o tipo de horário com o nível de satisfação profissional.

A escolha destas unidades e desta instituição para aplicação do estudo deveu-se sobretudo ao facto de trabalhar na instituição e querer saber o nível de satisfação dos enfermeiros nesta área específica.

Quanto à metodologia é um estudo analítico-correlacional e transversal.

O universo alvo da inquirição serão todos os enfermeiros que exerçam, funções nestas duas unidades referidas anteriormente. O estudo mencionado tem um âmbito académico, pelo que serão salvaguardados a proteção dos direitos e liberdade dos participantes que se encontrem dispostos a colaborar no mesmo. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como não serão utilizados os dados de investigação para outros fins que não aqueles constantes nos objetivos do estudo.

Desde já, agradeço a disponibilidade dispensada, encontrando-me disponível para esclarecer qualquer dúvida adicional (romão.ama12@gmail.com; 936006223).

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Vila Real, 05 de abril de 2021

Ana Raquel Romão Ribeiro

Declaro que autorizo a realização do estudo,

Rosário Lima

(Diretor de Serviço de Obstetria e Ginecologia do CHTMAD)

Exma. Senhora

Enfermeira Manuela Gonçalves,

Chefe do serviço de obstetria /ginecologia e bloco de partos

Do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE.

Eu, Ana Raquel Romão Ribeiro, enfermeira no CTHMAD- Unidade de Vila Real, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da Escola Superior de Saúde de Vila Real- UTAD, em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e o Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar autorização para a aplicação do questionário para o meu Relatório de Natureza Profissional que tem como título: "Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Unidades de Obstetria", mais especificamente nas unidades do Bloco de Partos, Serviço de Internamento de Obstetria/ginecologia e Consulta Externa de Obstetria.

Tendo sob orientação as Professoras Anabela Martins Pinto de Figueiredo e Maria do Carmo Pires e Sousa.

O estudo tem como objetivo principal identificar a relação entre o tipo de liderança, a segurança, a qualidade da comunicação, a formação académica, a formação contínua, o tipo de vínculo, o tempo de serviço na unidade e o tipo de horário com o nível de satisfação profissional.

A escolha destas unidades e desta instituição para aplicação do estudo deveu-se sobretudo ao facto de trabalhar na instituição, o que facilita o processo de recolha de dados.

Quanto à metodologia é um estudo analítico-correlacional e transversal.

A inquirição da população do estudo será constituída por todos os enfermeiros que exerçam funções nas unidades referidas anteriormente.

O estudo tem um âmbito académico, pelo que serão salvaguardados a proteção dos direitos e liberdade dos enfermeiros que se encontrem dispostos a colaborar no mesmo. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como não serão

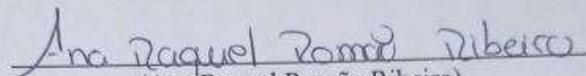
utilizados os dados de investigação para outros fins que não aqueles constantes nos objetivos do estudo.

Desde já, agradeço a disponibilidade dispensada, encontrando-me disponível para esclarecer qualquer dúvida adicional (e-mail: romao.ana22@gmail.com; Telefone:9369062223).

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pede deferimento,

Vila Real, 03 de maio 2021


(Ana Raquel Romão Ribeiro)

Declaro que autorizo aplicação do estudo,

Manuela da Conceição Martins Gonçalves

(Enfermeira Chefe do serviço de obstetria/ ginecologia e bloco de partos do
CHTMAD)

Exma. Senhora

Enfermeira Daniela Leite,

Chefe do serviço de Consulta Externa de Obstetrícia

Do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Eu, Ana Raquel Romão Ribeiro, enfermeira no CTHMAD- Unidade de Vila Real, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Vila Real- UTAD, em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e o Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar autorização para a aplicação do questionário para o meu Relatório de Natureza Profissional que tem como título: "Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Unidades de Obstetrícia", mais especificamente nas unidades do Bloco de Partos, Serviço de Internamento de Obstetrícia/ginecologia e Consulta Externa de Obstetrícia.

Tendo sob orientação as Professoras Anabela Martins Pinto de Figueiredo e Maria do Carmo Pires e Sousa.

O estudo tem como objetivo principal identificar a relação entre o tipo de liderança, a segurança, a qualidade da comunicação, a formação académica, a formação contínua, o tipo de vínculo, o tempo de serviço na unidade e o tipo de horário com o nível de satisfação profissional.

A escolha destas unidades e desta instituição para aplicação do estudo deveu-se sobretudo ao facto de trabalhar na instituição, o que facilita o processo de recolha de dados.

Quanto à metodologia é um estudo analítico-correlacional e transversal.

A inquirição da população do estudo será constituída por todos os enfermeiros que exerçam funções nas unidades referidas anteriormente.

O estudo tem um âmbito académico, pelo que serão salvaguardados a proteção dos direitos e liberdade dos enfermeiros que se encontrem dispostos a colaborar no mesmo. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como não serão

utilizados os dados de investigação para outros fins que não aqueles constantes nos objetivos do estudo.

Desde já, agradeço a disponibilidade dispensada, encontrando-me disponível para esclarecer qualquer dúvida adicional (e-mail: romao.ana22@gmail.com; Telefone:9369062223).

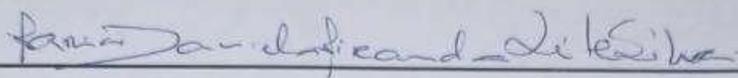
Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pede deferimento,

Vila Real, 03 de maio 2021

Ana Raquel Romão Ribeiro
(Ana Raquel Romão Ribeiro)

Declaro que autorizo aplicação do estudo,



(Enfermeira Chefe do serviço de Consulta Externa de Obstetria do CHTMAD)

Autorização para a aplicação de um questionário ao para realização do estudo "Satisfação profissional dos enfermeiros no serviço de Obstetrícia"

[Caixa de entrada x](#)

ANA MARIA RODRIGUES NOBREGA <anan@chtmad.min-saude.pt>

para mim ▾

segunda, 11/04, 14:20 (há 1 dia) ☆

Conforme solicitado,

"E-MAIL enviado por De: CARLA FONTE

Enviada: 25 de maio de 2021 12:23

Para: 'Ana Ribeiro' <romao.ana22@gmail.com>

"Após confirmação pela Sra. Presidente da CE da informação solicitada, informo que está "Aprovado"

Cumprimentos,

Secretariado do Conselho de Administração

Ana Maria Rodrigues Nóbrega

E-Mail: anan@chtmad.min-saude.pt

Extensão: 4303

...

[Mensagem reduzida] [Ver toda a mensagem](#)

Anexo VI – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine este documento.

Título do estudo: "Satisfação profissional dos Enfermeiros em Unidades de Obstetrícia".

Enquadramento: No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, leccionado na Escola Superior de Saúde, integrada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, irá decorrer o Estágio de Natureza Profissional, entre maio e agosto de 2021. No âmbito deste estágio será desenvolvido o estudo que tem como orientadoras as Professoras Especialistas na Área Científica de Enfermagem Anabela Martins Pinto de Figueiredo e Maria do Carmo Martins Pires e Sousa.

Explicação do estudo: O estudo tem como objetivo principal, identificar a relação do tipo de liderança, da segurança, da qualidade da comunicação, da formação académica e contínua, do tipo de vínculo, do tempo de serviço na unidade e do tipo de horário com o nível de satisfação profissional. Para a recolha de dados utilizamos um questionário que inclui dados de caracterização sociodemográfica e laboral, uma segunda parte por dados de caracterização do local de trabalho e uma terceira parte pela "Escala de satisfação dos enfermeiros com o trabalho" (João, A. Alves, C. Silva, C., Diogo, F. & Ferreira, N., 2017). A população é constituída por todos os enfermeiros que exerçam funções no serviço de bloco de partos, internamento de obstetrícia e ginecologia e consulta externa de obstetrícia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Os critérios de exclusão são: trabalhar há menos de 6 meses no serviço, estar de férias ou licença e ser Enfermeiro Chefe.

Condições e financiamento: Todos os custos necessários serão da responsabilidade da investigadora. A sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, desta participação não resulta qualquer prejuízo para o participante.

Confidencialidade e anonimato: A população do estudo será constituída por todos os enfermeiros que exerçam funções nas unidades referidas anteriormente, salvaguardando sempre o respeito pela proteção dos direitos e liberdades individuais dos participantes. Os resultados obtidos serão utilizados no âmbito académico e poderão ser posteriormente publicados.

Este estudo foi aprovado pela comissão de ética do CHTMAD, EPE.

Agradeço a sua disponibilidade para participar no estudo.

Ana Raquel Romão Ribeiro. Contacto telefónico: 936906223. Endereço eletrónico: romao.ana22@gmail.com

Assinatura: *Ana Raquel Romão Ribeiro*

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Data:

Assinatura:

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME:

B/C/D Nº: DATA OU VALIDADE:

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA:

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**