



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

O Enfermeiro Especialista na Articulação e Continuidade dos Cuidados

Alexandra Neto Saraiva

Lisboa

2017



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**O Enfermeiro Especialista na Articulação e
Continuidade dos Cuidados**

Alexandra Neto Saraiva

Orientador: Prof. Mário Cardoso

Lisboa

2017



*O segredo da existência humana reside não só em viver mas também em saber
para que se vive.*

Dostoievski, Fiodo

*A todos os meus amigos pela força e incentivo,
Ao Professor Mário Cardoso pela motivação constante,
A todos os profissionais que me acompanharam e contribuíram para a concretização
deste percurso,
Aos meus sogros, por toda a ajuda,
Aos meus pais, pela motivação e apoio,
À minha irmã pela constante disponibilidade,
Ao Nuno por acreditar em mim e o seu apoio incondicional,
À Maria Inês pela energia positiva que tanto me transmitiu,
A todos um grande obrigada!!!*

RESUMO

Os cuidados de saúde, no âmbito da saúde materno-infantil, são considerados complexos, uma vez que implicam áreas de saber multidisciplinares, envolvendo uma estrutura de profissionais e serviços de proximidade e hospitalares. Uma articulação e continuidade de cuidados bem-sucedidos refletem-se em melhor acesso aos serviços de saúde, elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados, aumento da satisfação dos clientes, obtendo-se, assim, ganhos em eficiência e em saúde. Os enfermeiros são profissionais fundamentais para uma articulação eficaz entre os dois níveis de prestação de cuidados.

O presente relatório tem a intenção de dar a conhecer todo o trabalho desenvolvido na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências, que fundamentem as intervenções de enfermagem realizadas durante os ensinamentos clínicos, de acordo com o Plano de Estudo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório, tendo por base uma prática baseada na evidência científica, foi o recurso à revisão sistemática da literatura, à reflexão sobre a prática clínica, bem como, análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas, de forma a clarificar o cuidado de enfermagem especializado na articulação e continuidade dos cuidados à mulher / família / recém-nascido, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, entre os diversos contextos de saúde.

Foram identificadas lacunas na continuidade dos cuidados, entre os vários contextos de saúde, no âmbito da articulação entre as instituições. Atualmente, a articulação dos cuidados ainda está muito a cargo da equipa médica e os diversos meios de comunicação, através dos quais é transmitida a informação entre profissionais de saúde, revela-se insuficiente e com falta de informação.

Palavras-chave: Articulação de Cuidados; Continuidade de Cuidados; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados de Saúde Hospitalares; Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstetrícia.

ABSTRAT

Health care in the field of maternal and child health is considered complex, since it involves multidisciplinary areas of knowledge, involving a professional structure and proximity and hospital services. A successful articulation and continuity of care is reflected in improved access to health services, high quality standards in care delivery, increased customer satisfaction, and thus gains in efficiency and health. Nurses are key professionals for an effective articulation between the two levels of care.

The present report intends to present all the developed work in the acquisition and development of knowledge and competences, which base the nursing interventions carried out during the clinical teaching, according to the Study Plan of the Master Course In Maternal Health Nursing and Obstetrics.

The methodology used to perform this report, based on a practice of scientific evidence, was the use of a systematic review of the literature, reflection on clinical practice, as well as content analysis of semi-structured interviews, in a way to clarify the specialized nursing care in the articulation and continuity of care to the women / family / newborn during pregnancy, labor and puerperium, among the different health contexts.

Gaps in the continuity of care among the various health contexts were identified in the articulation between institutions. Currently, the care team is still very much in charge of the medical team and the various means of communication, through which information is transmitted among health professionals, is insufficient and lacking in information.

Key words: Continuity of care; Primary Health care; Hospital Health care; Midwifery.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

ARS – Administração Regional de Saúde

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CNSMCA – Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

E1 – Entrevista 1

E2 – Entrevista 2

E3 – Entrevista 3

E4 – Entrevista 4

E5 – Entrevista 5

E6 - Entrevista 6

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER – Estágio com Relatório

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España

ICM – International Confederation of Midwives

JA – Jornal de Aprendizagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SIE - Sistema de Informação de Enfermagem

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UCF – Unidade Coordenadora Funcional

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 Articulação e continuidade dos Cuidados entre os vários contextos de saúde	12
1.2 Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na articulação e continuidade dos Cuidados.....	18
1.3 Quadro conceptual – Teoria dos Sistemas de Betty Neuman	21
2. METODOLOGIA DE TRABALHO	26
2.1 Metodologia e Estratégias	27
2.1.1 Revisão Sistemática da Literatura	28
2.1.2 Entrevistas	31
2.1.3 Reflexão da prática	32
3. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	34
3.1 Aprofundar competências, como EEESMO, na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher, família e recém-nascido, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, numa perspetiva holística	34
3.2 Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher, família, e recém-nascido, no âmbito da articulação e continuidade dos cuidados.....	40
3.3 Desenvolver competências na área da reflexão, autocrítica e autoanálise, relativamente à intervenção do enfermeiro especialista, na perspetiva da articulação e continuidade dos cuidados, nos diferentes contextos de saúde	51
4. LIMITAÇÕES DO RELATÓRIO	53

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

APÊNDICES

- Apêndice I – Processo de seleção dos artigos da Revisão da Literatura
- Apêndice II – Resumo dos Artigos da Revisão da Literatura
- Apêndice III – Guião da Entrevista
- Apêndice IV – Carta de Apresentação e Consentimento Informado
- Apêndice V - Análise de conteúdo das entrevistas

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 Protocolo de pesquisa	29
Quadro n.º 2 Processo de seleção dos estudos de investigação.....	30
Quadro n.º 3 Sistemas de Cuidados de Saúde	41
Quadro n.º 4 O Cuidar do EEESMO	45

INTRODUÇÃO

A “qualidade em saúde é um objetivo multiprofissional e uma ação prioritária” nos dias de hoje (Guerreiro e Dias, 2016, p.4). A Enfermagem encontra-se em constante mudança e evolução, procurando responder às necessidades emergentes dos novos contextos contemporâneos, neste trabalho, especificamente, no âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia (SMO). A par dos avanços tecnológicos, sociais e científicos, a Enfermagem, enquanto ciência, tem-se adaptado, atendendo às necessidades dos clientes ao nível da sua condição de saúde, procurando sempre a excelência na qualidade dos cuidados prestados aos mesmos.

Segundo Guerreiro e Dias (2016, p.5), compete aos enfermeiros como “elementos integrantes de uma equipa multidisciplinar, desenvolverem ações de complementaridade funcional em relação aos seus pares, contudo com intervenções autónomas e outras interdependentes, mas sem que individualmente, ou em conjunto, se desviem” do seu objetivo – excelência do cuidar.

O presente relatório centra-se na temática da articulação e continuidade dos cuidados entre os vários contextos de saúde. Na atualidade, os cuidados de saúde, no âmbito da saúde materno-infantil, são considerados complexos, uma vez que implicam áreas de saber multidisciplinares, envolvendo uma estrutura de profissionais e serviços de proximidade e hospitalares. Torna-se evidente a importância que a interligação, entre os vários contextos de prestação de cuidados, assume nos dias de hoje, no domínio da saúde materno-infantil (DGS, 2001).

Nos últimos anos tem-se vindo a verificar o desenvolvimento de diversas estratégias de forma a melhorar a articulação dos cuidados entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), com o intuito de promover a continuidade dos mesmos, o que se reflete em padrões de qualidade de cuidados. Este investimento na qualidade dos cuidados no âmbito da SMO, traduziu-se na melhoria significativa dos indicadores materno-infantis alcançados em Portugal nos últimos anos.

No contexto da SMO, a mulher é o principal alvo de cuidados. Os cuidados de Enfermagem no âmbito da saúde da mulher englobam os cuidados com a saúde reprodutiva e as necessidades físicas, psicológicas e sociais das mulheres ao longo da sua vida (Lowdermilk e Perry, 2008). Especificamente a gravidez, o trabalho de

parto e o puerpério representam importantes e delicadas etapas na vida, não só da mulher, como do casal, sendo necessário desenvolver cuidados de grande complexidade, de forma a dar resposta às necessidades da mulher / casal durante estas etapas, o que se traduz num processo de intenso ajustamento aos mais diversos níveis. Em Portugal, a mulher / casal durante a gravidez, o trabalho de parto e o puerpério necessitam de cuidados, tanto ao nível dos CSP, como ao nível dos CSH. É fundamental que exista uma “estrutura” bem consolidada que consiga articular os cuidados entre os vários contextos de cuidados, evitando a fragmentação dos mesmos, bem como informações diferentes, consoante o profissional que avalia a situação.

Este relatório tem a intenção de dar a conhecer todo o trabalho desenvolvido na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos que fundamentem as intervenções de enfermagem realizadas, com base na evidência científica, refletindo assim o estado de arte. Pretende, também, demonstrar as competências específicas desenvolvidas, no âmbito da SMO. Deste modo, formula-se a questão de partida: **De que forma o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) promove a articulação e continuidade de cuidados à mulher / família / recém-nascido, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, entre os diversos contextos de prestação de cuidados de enfermagem?**

A finalidade do presente relatório é explanar as competências na prestação de cuidados especializados à mulher / recém-nascido / família, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, na perspetiva da articulação e continuidade dos cuidados entre os vários contextos de saúde.

Perante estes factos, o meu contributo, como futura EEESMO, foi direcionado para a temática “As competências do EEESMO na articulação e continuidade dos cuidados entre os vários contextos de saúde.” Os contextos de saúde, nos quais foquei a minha pesquisa, foram ao nível dos CSP e dos CSH.

De modo a orientar a prática profissional é fundamental recorrer a um modelo conceptual de referência. Assim sendo, de forma a compreender os cuidados de enfermagem especializados à mulher / família / recém-nascido, numa perspetiva da sua continuidade e articulação, o referencial teórico escolhido para este relatório foi o Modelo Teórico de Betty Neuman – Modelo de Sistemas. O referido modelo

conceptual é considerado um modelo dinâmico, que percebe todos os elementos, pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto, como sistemas abertos, em permanente interação e em constante mudança (Freese, 2004). Um dos aspectos essenciais deste modelo é a importância dada à manutenção do equilíbrio do sistema, que, transpondo para os cuidados de enfermagem e sua continuidade, visa a prevenção, manutenção e restabelecimento do sistema afetado, representando vários aspectos importantes dos cuidados de saúde, com o intuito de facilitar o desenvolvimento de competências ao nível dos cuidados de enfermagem, de forma a prevenir a fragmentação dos cuidados de saúde (Lancaster, 1996).

O presente relatório encontra-se organizado de uma forma simples e lógica. Inicia-se com o enquadramento conceptual relativamente à articulação e continuidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da SMO, baseado no estado de arte e referencial teórico. Posteriormente, ir-se-á identificar e fundamentar a metodologia utilizada no desenvolvimento de todo o trabalho. De seguida, será realizado um confronto entre os dados recolhidos no desenvolvimento dos ensinamentos clínicos (EC's), com a evidência científica. Serão explanadas as limitações do estudo e as implicações para a prática clínica. De forma a finalizar o trabalho, serão apresentadas as considerações finais, onde será realizada uma reflexão relativamente ao percurso enquanto estudante e suas repercussões profissionais, demonstrando as dificuldades sentidas, bem como os êxitos obtidos. Neste capítulo serão dadas algumas sugestões para trabalhos futuros.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Fortin (2009, p.121) considera o quadro conceptual como “uma breve explicação de um conjunto de conceitos e de subconceitos interligados e reunidos em razão das suas relações com o problema de investigação”. Desta forma, o presente capítulo pretende, através de uma rede de conceitos documentados, orientar todo o estudo, de acordo com a questão de pesquisa formulada, alusiva à articulação e continuidade de cuidados especializados de enfermagem entre os vários contextos de saúde. De modo a orientar a prática profissional de cuidados de enfermagem é fundamental integrar de uma forma estruturada os conhecimentos teóricos com a prática, recorrendo, assim, a um modelo conceptual de referência, o que permitirá fundamentar as intervenções.

A opção de desenvolver o presente estudo dentro desta temática deveu-se a razões pessoais e profissionais. Desde logo, prendeu-se com razões pessoais devido ao gosto pessoal pela área de gestão e organização dos serviços. Relativamente às razões profissionais, deveu-se ao facto de, na prática diária em CSP, me deparar com lacunas relativamente à articulação e continuidade dos cuidados prestados entre os diferentes contextos de saúde (como por exemplo: o Boletim de Saúde da Grávida (BSG) na maioria das vezes está preenchido com o mínimo de informação; o acesso aos resultados dos exames complementares de diagnóstico que nem sempre se consegue; os registos das consultas são realizados no programa informático de cada instituição, não sendo possível aceder aos mesmos por outra entidade de saúde).

1.1 Articulação e continuidade dos Cuidados entre os vários contextos de saúde

Nos últimos anos, Portugal tem sofrido imensas alterações aos mais variados níveis: económico, social, demográfico e político. Atualmente, vive-se num contexto de indecisões, instabilidade e de mudanças muito rápidas, particularmente ao nível da saúde, associado às fortes e constantes pressões políticas e económicas relativamente aos custos dos sistemas de saúde (Dias e Queirós, 2010). Deste modo, é inevitável que, o conceito de Saúde e a forma como este é percecionado, sofra também importantes modificações, desenvolvendo-se um “outro olhar sobre as

necessidades em Saúde” (Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente - CNSMCA, 2012, p.7).

Pode, assim, afirmar-se que, a par de todas estas alterações, a vivência e perceção da gravidez, do trabalho de parto, do pós-parto e de todo o processo de parentalidade também sofreram significativas mudanças. Segundo Pereira (2016, p. 152), nos dias de hoje, a parentalidade é considerada “um processo de enorme complexidade biopsicossocial, exigindo um processo complexo de adaptação, não só a nível individual como também conjugal e familiar”, processo este que se inicia bem antes da gravidez propriamente dita.

Entre 1970 e 1980, Portugal apresentou os piores indicadores de saúde da Europa, no âmbito da saúde materno-infantil, muito devido à fraca e praticamente inexistente articulação entre os vários contextos de prestação de cuidados mas também devido às “medidas de prevenção, promoção e Educação para a Saúde muito incipientes” (CNSMCA, 2012, p.7). Nos anos 70, faleciam em Portugal cerca de 12.000 crianças durante o primeiro ano de vida (CNSMCA, 2012, p.8). Na atualidade estes valores são bem diferentes, sendo que no ano de 2014 a taxa de mortalidade infantil foi de 2,8 /1000 nados-vivos (Direção Geral de Saúde - DGS, 2015).

Esta viragem deveu-se a diversas mudanças nos últimos anos, aos mais diversos níveis. A redução gradual da morbilidade e da mortalidade materna e infantil deveu-se a um franco investimento e avanço na qualidade dos cuidados prestados, durante os períodos pré-natal e neonatal, à grávida / casal / recém-nascido, colocando, assim, “Portugal entre os países com melhores indicadores na saúde materno-infantil” da atualidade (DGS, 2015, p.10). Para alcançar este sucesso foi necessário o investimento de várias gerações de profissionais de saúde, o que permitiu criar, alterar e desenvolver políticas de saúde que promovessem de forma decisiva a qualidade dos cuidados de saúde.

Contudo, a qualidade de cuidados alcançados não é estática, havendo, permanentemente, necessidade de criar, melhorar e adaptar medidas que dêem resposta às complexas necessidades das grávidas / casais / recém-nascidos e, conseqüentemente, da sociedade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a “otimização de resultados e ganhos em saúde durante a gravidez só pode ir ainda mais longe se for enquadrada num conjunto alargado de intervenções, a iniciar na consulta pré-concepcional e a

finalizar na consulta de puerpério” (DGS, 2015, p.11). Assim sendo, um olhar que vise a constante melhoria na qualidade dos cuidados prestados, à mulher / casal / recém-nascido, continua a ser uma prioridade nas políticas de saúde desenvolvidas. O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2020, é um exemplo desta valorização, refletindo uma constante preocupação por parte da DGS em desenvolver medidas que melhorem a qualidade dos cuidados de saúde prestados à grávida / casal / recém-nascido, continuando esta a ser uma das áreas de intervenção considerada prioritária.

Segundo a DGS (2015), nos últimos anos, tem-se verificado um aumento tanto na proporção de mulheres / casais com consultas de vigilância pré-natal, bem como no número de partos realizados em contexto hospitalar, acompanhados por profissionais qualificados.

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) e Federacion de Asociaciones de Matronas de Espanã (FAME) (2009) corroboram os fatores supra mencionados, salientando a importância que todo o avanço ao nível das novas tecnologias, no âmbito dos cuidados de saúde, bem como a implementação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da Lei de Bases da Saúde, e ainda a passagem do local do parto para o contexto hospitalar, foram factos determinantes na melhoria dos resultados dos indicadores alcançados. A articulação de informação entre os vários contextos de prestação de cuidados é um pilar fundamental para a continuidade de cuidados, visando a excelência do cuidar e, conseqüentemente, o bem-estar da mulher / casal / recém-nascido.

Segundo Nunes et al (2012, p. 3), a integração e continuidade dos cuidados entre os CSP e os CSH são encarados como “meios para melhorar o acesso, a adequação, a qualidade técnica, a continuidade e a efetividade dos cuidados de saúde prestados à população.” As instituições dos diferentes contextos de saúde cooperam para alcançarem a mesma finalidade, muito embora apresentem “culturas organizacionais e missões distintas,” guiando-se por princípios, valores, objetivos e estratégias do PNS, específicos para cada um dos contextos. Para Dias e Queirós (2010, p.3), integrar cuidados de saúde é visto como um “processo que envolve a criação e a manutenção ao longo do tempo de uma estrutura comum entre parceiros, entre organizações, mas também dentro de cada organização, como propósito de coordenar interdependências, num âmbito de um projeto coletivo, o utente”.

Nos últimos anos, esta integração e continuidade de cuidados, nos diversos contextos de saúde, tem sido objeto de estudo, uma vez que “os sistemas de saúde são hoje confrontados com um conjunto de desafios que exigem, cada vez mais, respostas mais sofisticadas, sendo a integração dos cuidados de saúde uma questão central no desenho das organizações dos sistemas de saúde atuais” (Dias e Queirós, 2010, p. 5). Deste modo, foi necessário adotar medidas políticas e económicas que visassem o sucesso atingido, especificamente a criação de um Programa Nacional de Vigilância da Gravidez, tendo por base uma Rede de Referência Materno-Infantil e a articulação entre os diversos contextos de prestação de cuidados, através da Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) (DGS, 2015).

Segundo a APEO e FAME (2009, p. 23) é fundamental a criação de “espaços de coordenação e unificação de protocolos, normas e circuitos, assim como, realizar formação contínua e visitas clínicas de forma conjunta”, pois os cuidados de saúde prestados à mulher, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, são realizados nos diversos contextos de saúde.

O Plano Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) define um conjunto de recomendações e intervenções a desenvolver na pré-conceção, na gravidez e no puerpério, em que é fulcral o desenvolvimento de uma rede bem consolidada de articulação e continuidade de cuidados.

De acordo com a DGS (2001, p. 5), as Redes de Referência Materno-Infantil são consideradas sistemas que pretendem arquitetar e regular as relações de complementaridade e apoio técnico entre os vários contextos de prestação de cuidados, tentando assegurar, assim, o acesso da mulher / casal / recém-nascido aos “serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional”.

As UCF's de Saúde Materna e Neonatal e de Saúde da Criança e do Adolescente, criadas no ano de 1991 e reestruturadas em 2010, são unidades que têm como “finalidade assegurar, de forma permanente, a articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde e sua continuidade” (Administração Regional de Saúde - ARS Norte, 2009, p. 7). As UCF's são fundamentais na articulação e consequente continuidade dos cuidados prestados, mas também na identificação de constrangimentos e necessidades demonstradas no cumprimento dos planos e orientações preconizadas, levando, assim, à discussão e desenvolvimento de

soluções para aquelas, com vista à melhoria dos cuidados assistenciais e à promoção da Saúde (ARS Norte, 2009). É importante referir que os protocolos desenvolvidos pela UCF “não significa obediência rígida e intransigente ao seu conteúdo (...) obedecem a renovações sobre o que se preconiza como atuação, fruto da investigação, de resultados multicêntricos que conduzem às mais recentes evidências clínicas, que procuram homogeneizar condutas a nível internacional. Devem pois ser entendidos como pilares de uniformização de condutas baseadas na evidência clínica” (Campos, Marques, Soares, 2011).

De acordo com a APEO e FAME (2009, p.23), “uma das condições indispensáveis para uma boa assistência materno-infantil é a correta coordenação entre os serviços de obstetrícia e os serviços de cuidados de saúde primários”. Estas entidades destacam a importância da criação de um serviço que abrangesse, num só espaço, os CSP e os CSH, em que enfermeiro e médico fossem os responsáveis pela assistência materno-infantil.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), (2013, p. 16), relativamente à alta precoce, o que no entanto, se pode aplicar a um período de alta normal, fomenta que “o hospital e os recursos na comunidade devem desenvolver um robusto sistema de apoio que assegura que a transferência das mulheres e seus bebés para casa ou para o local onde vão ser apoiados seja centrada na mulher / casal e nas suas necessidades, contribuindo para uma transição suave para o exercício da parentalidade”.

Mas para que a articulação e continuidade de cuidados entre os vários contextos de saúde, ocorra da melhor forma possível, é necessário criar, desenvolver e adaptar canais de comunicação entre os CSP e os CSH. Atualmente, existem vários canais através dos quais os profissionais comunicam entre si, desde via telefónica, via *internet* / informática (programas informáticos, *e-mail*) ou em suporte de papel.

Nos dias de hoje, as novas tecnologias têm, cada vez, mais impacto na sociedade e na forma como esta comunica. No âmbito da saúde, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) apresentam grande relevância na qualidade dos cuidados prestados, no que diz respeito à articulação e continuidade de cuidados entre os vários contextos de saúde. Segundo Dias e Queirós (2010), o desenvolvimento das TIC é uma das grandes prioridades das políticas de saúde atuais. “A existência de um processo clínico eletrónico é hoje uma necessidade cada vez mais premente, fundamental para garantir um acompanhamento mais eficaz do doente ao longo de

todo o processo de produção” (Dias e Queirós, 2010, p. 19). Especificamente na Enfermagem, o Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) tem grande importância “para as tomadas de decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados (na perspetiva individual ou de grupo), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão” (OE, 2007, p. 1). Deste modo, o desenvolvimento de SIE é uma prioridade, uma vez que o cidadão “necessita de ser acompanhado ao longo do ciclo vital, de mobilidade geográfica e local ou de contexto de prestação de cuidados”, de forma que a equipa multidisciplinar tenha acesso à informação relevante para a prestação de cuidados (OE, 2007, p.1).

Apesar do sucesso alcançado relativamente aos indicadores materno-infantil, com o desenvolvimento de políticas de saúde, de programas de saúde e melhoria dos cuidados, Portugal ainda tem um longo caminho a percorrer para alcançar a excelência do cuidar. Exemplo disso, é descrito por Nunes et al (2012, p. 3), o qual refere que o panorama atual da realidade nacional é que “o diagnóstico repetidamente formulado de excessiva descontinuidade e fragmentação de cuidados, com os riscos e desvantagens que tal pode representar para a segurança do doente, para a duplicação de esforços, para o desperdício de recursos e para uma menor eficiência e qualidade dos cuidados de saúde”.

Assim, de acordo com DGS (2015, p. 9), “a prestação de cuidados materno-infantis só pode ser entendida como um processo assistencial contínuo”. Deste modo, verifica-se que a integração, a articulação e a continuidade de cuidados complementam-se entre si, de forma a obter ganhos em saúde.

Torna-se evidente a importância da articulação e continuidade dos cuidados, neste caso específico de enfermagem, entre os diversos contextos de saúde, o que assume, atualmente, um papel preponderante na assistência integral, individualizada, participativa, continuada e centrada nas necessidades manifestadas pela mulher / casal / recém-nascido.

1.2 Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na articulação e continuidade dos cuidados

No âmbito da SMO, é da competência dos enfermeiros especialistas (EE) darem a conhecer, à população e ao poder político, o valor das suas práticas e da sua importância na construção de políticas de saúde, ao nível das instituições e, conseqüentemente, do país. Esta visibilidade só será possível se cada EEESMO contribuir, com o “seu empenho no seu reconhecimento profissional, académico e científico, através das suas habilitações literárias”, assentes na constante atualização de conhecimentos e desenvolvimento de competências, baseadas nas evidências científicas (Franco e Henriques, 2013, p. 66). Na perspetiva da OE (2015, p. 23), “uma das condições fundamentais da excelência de cuidados é a atualização continuada de conhecimentos”.

O EEESMO é o profissional de saúde, que devido ao seu investimento profissional e competências desenvolvidas, conhece bem os diversos contextos de saúde e suas especificidades, onde desenvolve as suas competências, na perspetiva de promover a melhor sinergia entre os CSP e CSH. A OE (2011a) refere-se ao EE como o enfermeiro detentor de um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (...) A atuação do EE inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde”. De acordo com a OE (2015, p. 11), “a profissão de parteira pode ser exercida em qualquer lugar, incluindo no lar, na comunidade, nos hospitais, clínicas ou unidades de saúde”.

A filosofia dos cuidados, no âmbito da SMO, é um modelo de assistência em que o EEESMO presta cuidados centrados na mulher, em parceria com a mesma (OE, 2015). Segundo a OE (2010), o EEESMO é considerado o profissional que detém a responsabilidade de estabelecer, em parceria com a mulher / casal, um plano individual de cuidados de enfermagem especializados, nas diferentes áreas de intervenção.

Os cuidados de saúde prestados à mulher englobam não só os cuidados relativamente à sua saúde reprodutiva, mas também às suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais, culturais, espirituais e sociais, ao longo do ciclo vital (OE, 2015). A prestação de cuidados à mulher / casal / recém-nascido é encarada como um “investimento”, na medida em que cada mulher é um ser único, com necessidades individuais, as quais devem ser identificadas e satisfeitas. Os profissionais de saúde têm, assim, a oportunidade de adquirir e desenvolver competências especializadas, que promovam a satisfação da mulher / casal / recém-nascido e, conseqüentemente, a satisfação e motivação do profissional (Lowdermilk e Perry, 2008).

No Plano Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015, p. 9), citando United Nations Children’s (2009), é referido que “foi possível demonstrar que a acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, no parto e pós parto, assim como o planeamento da gravidez, diminuem drasticamente a morbilidade e mortalidade maternas, fetais e infantis”.

Segundo Guerreiro e Dias (2016), compete ao EE, integrado na equipa multidisciplinar, um papel preponderante, uma vez que é o profissional que, com os seus conhecimentos científicos e as suas competências de enfermagem de qualidade, consegue criar e desenvolver uma relação de proximidade com a mulher / casal. De acordo com a OE (2015, p. 9), à filosofia dos cuidados, por parte do EEESMO, está subjacente “a continuidade de cuidados e o estabelecimento de uma forte relação de confiança com a Mulher”.

Segundo a OE (2013, p. 19), o EEESMO que integra a equipa de uma Unidade de Saúde Familiar ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, “desde que seja potenciada a sua atuação no acompanhamento de gravidez normal, pode reduzir o número de consultas hospitalares nos casos de gravidez de baixo risco, e as falsas urgências principalmente nas últimas quatro a seis semanas de gravidez”.

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros pretendem explicar a natureza, tendo em conta os diferentes contextos, da profissão de enfermagem. Um dos enunciados descritivos diz respeito à readaptação funcional, em que enfermeiro em parceria com o cliente, “desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”, o que reflete a procura permanente da excelência no exercício profissional (OE, 2012, p. 17). Mas, para que isto aconteça, é essencial, entre outros aspetos, “a continuidade do processo de prestação de

cuidados de enfermagem; o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade (...)" (OE, 2012, p. 17).

A International Confederation of Midwives (ICM, 2016), considera que o respeito, a confiança e a comunicação entre os diversos profissionais de saúde são condições fundamentais, para a obtenção de cuidados de SMO de qualidade, estando acessíveis a todas as mulheres. Assim, a cooperação entre o EEESMO e os outros profissionais de saúde deve ser desenvolvida com base nas necessidades da mulher / casal, nos diversos níveis de cuidados.

O EEESMO, no planeamento e prestação de cuidados, "tem um papel fundamental na identificação dos recursos existentes, percebendo quais os que respondem às necessidades da mulher / casal e procurando, simultaneamente, assegurar a articulação e continuidade dos cuidados interdisciplinares" (Guerreiro e Dias, 2016, p. 51). Estes autores salientam, ainda, que o EEESMO tem a autonomia e o dever de encaminhar a mulher / casal / recém-nascido para outras unidades de cuidados de saúde de referência, sempre que identifique que determinada situação assim o justifique.

É fundamental a existência "de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, no mínimo, as necessidades de cuidados de enfermagem da utente, as intervenções de enfermagem e os resultados esperados / obtidos, avaliação e eventual modificação de estratégias a implementar" (OE, 2015, p. 26).

O EEESMO, no âmbito da articulação e continuidade de cuidados, assume um papel preponderante, uma vez que, através das suas competências, assume as diferentes áreas de intervenção que fazem parte integrante da saúde da mulher, ao longo do seu ciclo reprodutivo, em vários contextos de saúde. Segundo a ICM (2016), o EEESMO detém os conhecimentos e as competências relacionados com as ciências sociais, saúde pública e ética, que fundamentam a base de cuidados culturalmente sensíveis e adequados a prestar à mulher, família e recém-nascido, ao longo do seu ciclo vital.

1.3 Quadro conceptual – Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

De modo a orientar a prática profissional, é fundamental recorrer a um modelo conceptual de referência. Os modelos conceptuais são considerados estruturas ou paradigmas, que permitem fornecer diferentes perspetivas de enfermagem, de acordo com cada teoria, para realizar uma abordagem sistemática dos fenómenos, com os quais a enfermagem se relaciona (Alligood e Tomey, 2004). O modelo conceptual escolhido como referência para este estudo, foi o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.

O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman é um modelo que aborda os sistemas de forma dinâmica e aberta na prestação de cuidados ao cliente, originalmente criado “para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão do cliente em interação com o ambiente” (Freese, 2004, p. 231). Dar assistência de enfermagem, para uma melhor organização e compreensão do fenómeno de interesse de enfermagem é para Neuman o objetivo principal do seu modelo de sistema aberto, holístico, e orientado para o bem-estar (Lancaster,1996).

Este é considerado um modelo dinâmico, que percebe todos os elementos (pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto) como sistemas abertos, em permanente interação e em constante mudança (Freese, 2004).

Desta forma, considerando determinada mulher / família / recém-nascido, num certo período da vida que está a passar por uma fase da gravidez, do trabalho de parto ou do puerpério, como um sistema aberto, que interage com outros sistemas, provocando assim uma alteração da dinâmica pessoal, cuja intervenção de enfermagem tem como finalidade alcançar o bem-estar e a harmonia do cliente.

Os elementos de uma determinada organização complexa estão em permanente interação e as suas partes são definidas pelo todo maior de um sistema dinamicamente organizado, em que “os padrões do todo influenciam a consciência da parte” (Freese, 2004, p. 337).

Considerando como sistema os cuidados prestados pelo EE, nos vários contextos de saúde, a continuidade dos mesmos torna-se essencial para que estes influenciem positivamente o sistema do cliente e que o apoiem a alcançar o bem-estar e a harmonia pretendidas, entendendo como o cliente percebe e reage aos stressores,

de modo a identificar, desenvolver e implementar intervenções eficazes (Lancaster 1996). O modelo dos Sistema tem definido, como componentes primários, os seguintes conceitos: stressores, as linhas de defesa e de resistência, níveis de prevenção, as cinco variáveis do sistema cliente, estrutura básica, intervenção, ambiente interno e externo e reconstituição. Estes conceitos serão desenvolvidos ao longo do presente capítulo.

Perante a teoria de Sistemas de Neuman, os quatros principais pressupostos do metaparadigma de enfermagem são: Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente.

A Enfermagem, na perspetiva de Neuman, é considerada uma profissão única, que está relacionada com a totalidade da pessoa e com as variáveis que afetam a resposta desta ao stress, no seu ambiente (Freese, 2004; Neuman e Fawcett, 2011). Segundo Neuman, a inquietação de Enfermagem é “definir a ação apropriada em situações relacionadas com o stress ou com as possíveis reações do cliente ou do sistema do cliente aos stressores” (George, 2000, p.232).

As intervenções de enfermagem, no âmbito dos vários níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), servem para “reter, atingir e manter o equilíbrio do sistema. Mais do que um modo de prevenção pode ser usado simultaneamente” (Freese, 2004). Deste modo, Neuman define as intervenções de enfermagem ao nível dos três níveis de prevenção, como:

- Prevenção Primária - é utilizada quando é identificado um stressor ou possível stressor, possibilitando, assim, reduzir a probabilidade de enfrentar o stressor e/ou aumentar a capacidade de resposta do organismo para diminuir a sua reação ao stressor. É importante referir que, nesta fase, ainda não ocorreu uma reação, mas o grau de risco é conhecido, ou seja, as intervenções desenvolvidas são no sentido de expandir a linha flexível de defesa e ajudar o cliente a manter o sistema estável (Freese, 2004; Lancaster, 1996).

- Prevenção Secundária - é tida como um conjunto de intervenções ou tratamentos iniciados após ocorrência de sintomas de stress” (Freese, 2004). Nesta fase, o resultado esperado será o fortalecimento das linhas internas de resistência, que protegem a estrutura básica do cliente, de forma a readquirir e preservar a energia (Lancaster, 1996).

- Prevenção Terciária - ocorre após o desenvolvimento de um conjunto de intervenções, permitindo, assim, centrar-se no reajustamento com vista à estabilidade

ótima do sistema cliente. Este nível de prevenção tem como objetivo principal fortalecer a resistência aos stressor para ajudar a prevenir o aparecimento da reação à agressão e deste modo manter o nível de bem-estar alcançado (Freese, 2004, Lancaster, 1996).

O conceito Pessoa é denominado por cliente / sistema. Na perspetiva desta teórica, cliente pode ser entendido como “um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão pessoal.” (...) O sistema do cliente é entendido como um composto dinâmico de inter-relações entre as suas cinco variáveis, sendo elas, fisiológicas, psicológicas, sócio-culturais, espirituais e desenvolvimentistas (Freese, 2004). Este sistema é considerado um sistema aberto, que se encontra em constante mudança e em interação dual com o ambiente. O estado de bem-estar existe quando as partes do sistema do cliente se encontram em harmonia, estando as suas necessidades satisfeitas. O estado de mal-estar existe quando as partes do sistema do cliente estão em desarmonia, não estando as suas necessidades satisfeitas – doença (Freese, 2004).

O conceito de Saúde é encarado como “um contínuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança” (Freese, 2004, p.340). Logo, o estado ótimo de saúde para um determinado sistema / cliente alterna de acordo com o momento, ou seja, não é um estado permanente, nem absoluto (Lancaster, 1996). A saúde é uma condição determinada pelo grau de harmonia presente, em determinado momento, entre as variáveis do cliente e a sua estrutura básica.

O conceito Ambiente, de acordo com o presente modelo teórico, é encarado como “todos os fatores que afetam ou são afetados pelo sistema /cliente” (George, 2000, p. 229). Segundo a autora, existem três tipos de ambientes: o interno, o externo e o criado. O ambiente interno “existe dentro do sistema do cliente e é formado por todas as forças e influências interativas que estão unicamente dentro dos limites desse sistema” (George, 2000, p. 229). O ambiente externo “existe fora do sistema do cliente e é formado por todas as forças e influências que estão fora dos limites desse sistema” (George, 2000, p. 229). Já o ambiente criado é considerado um ambiente dinâmico, que mobiliza de forma inconsciente as variáveis do sistema, de forma a “criar um efeito isolador que ajuda o cliente a lidar com a ameaça” (Freese, 2004, p. 240), ou seja, representa a troca de energia do sistema aberto entre o ambiente interno e o externo.

Os stressores são estímulos que produzem tensões e têm o potencial de causar a instabilidade no sistema do cliente (George, 2000). Os stressores são de ordem ambiental e podem ser classificados quanto à sua natureza, como: intrapessoais (que ocorrem no indivíduo), interpessoais (que ocorrem entre um ou mais indivíduos) e extrapessoais (ocorrem fora do indivíduo) (Freese, 2004). Os stressores são considerados inertes ou neutrais, contudo os seus resultados podem ser positivos ou negativos (Lancaster, 1996).

De acordo com o Modelo de Sistemas, o Processo de Enfermagem apresenta um formato em três passos: Diagnóstico de Enfermagem, Metas de Enfermagem e Resultados de Enfermagem.

O primeiro passo, Diagnóstico de Enfermagem, consiste em recorrer a uma base de dados de forma a identificar o estado de saúde do cliente e as suas variáveis e, conseqüentemente, o desenvolvimento de hipotéticas intervenções (George, 2000). É fundamental avaliar todos os fatores que influenciem o cliente e que possam provocar uma desarmonia entre as partes do mesmo.

O segundo passo, denominado por Metas de Enfermagem, consiste na negociação entre o cliente e o prestador de cuidados, das possíveis estratégias de intervenção de enfermagem, de forma a reter, atingir ou manter o equilíbrio do sistema (George, 2000). Importa referir que as perceções, tanto do cliente, como do enfermeiro, são sobejamente diversificadas, influenciando, assim, as intervenções propostas, bem como a participação ativa do cliente, sendo portanto fundamental validar o significado das experiências do cliente com as do prestador de cuidados.

Os Resultados de Enfermagem são o terceiro e último passo deste processo, que “inclui a intervenção de enfermagem usando os modos de prevenção, confirmando que a mudança desejada ocorreu ou reformulando as metas de enfermagem” (George, 2000).

É importante salientar, que este modelo pode ser utilizado por todos os membros das equipas de saúde, um vez que traça o sistema do cliente e procede à classificação dos stressores, sendo uma mais valia na definição das metas, não só da equipa de enfermagem. Assim sendo, o uso deste modelo, pela equipa multidisciplinar, evita a fragmentação dos cuidados prestados (Freese, 2004).

De acordo com Freese (2004), o Modelo dos Sistemas encara a Enfermagem como um sistema aberto, que visa intervir de forma a ajudar o sistema a manter ou atingir o

bem-estar e a harmonia, em relação constante com as outras variáveis e elementos, que se influenciam mutuamente. Pode-se dizer que existe uma inter-relação dinâmica entre os cuidados prestados pelo EE nos vários contextos de saúde e a influência que estes terão na mulher / família / recém-nascido. Na perspectiva de Lancaster (1996), um dos pressupostos fundamentais deste modelo teórico é a continuidade de cuidados, de modo a prevenir, manter ou restabelecer o sistema, valorizando os aspetos relevantes dos cuidados de saúde, promovendo o desenvolvimento de competências ao nível dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de prevenir a fragmentação dos cuidados.

O Modelo de Sistemas de Neuman assume-se como um modelo de extrema importância na prática de enfermagem, nos dias de hoje, por ser um modelo que se adapta perfeitamente à constante evolução da sociedade e, conseqüentemente, à integração dos fatores que influenciam e são influenciados pelo sistema do cliente. Sendo este um modelo que se ajusta facilmente aos diferentes profissionais de saúde e adapta-se aos vários contextos de prestação de cuidados, fomenta, assim, uma abordagem interdisciplinar, impedindo a fragmentação dos cuidados aos clientes e conseqüentemente potencia a articulação e continuidade dos mesmos (Freese, 2004). Este modelo, quando aplicado à investigação de enfermagem, permite identificar fenómenos de interesse e descrever as inter-relações entre os vários elementos e sistemas.

2. METODOLOGIA DE TRABALHO

De acordo com Fortin (2009, p.53), “a fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação.” A fase metodológica, com a respetiva planificação das atividades, é uma etapa fundamental para o desenvolvimento do estudo e sucesso do mesmo. Deste modo, as decisões tomadas, nesta etapa, determinam a forma como proceder para conseguir dar resposta aos objetivos propostos.

O presente capítulo pretende espelhar o planeamento e a metodologia utilizados para o desenvolvimento deste trabalho. É importante referir que a metodologia do projeto não é um processo estático, sendo possível a adaptação, sempre que necessário, ao contexto onde está a ser desenvolvido, bem como à sua fase de desenvolvimento (Fortin, 2009).

Todo o percurso de aprendizagem realizado teve como base fundamental a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMO.

Assim, de acordo com o **Regulamento das Competências Específicas do EEESMO** (OE, 2011), destaca-se o desenvolvimento das seguintes competências:

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

No que diz respeito às competências desenvolvidas segundo a **ICM** (2016), salientam-se as seguintes:

COMPETÊNCIA Nº 1: As parteiras possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé.

COMPETÊNCIA Nº 4: As parteiras prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.

COMPETÊNCIA Nº 5: As parteiras prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis.

COMPETÊNCIA Nº 6: As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis, desde o nascimento até aos dois meses de idade.

De forma a ir ao encontro do desenvolvimento das competências supramencionadas e a tornar o presente projeto individual de estágio exequível e operacional considera-se, fundamental definir objetivos. Assim, foi definido como **objetivo geral**, desenvolver competências como EEESMO na prestação de cuidados especializados à mulher, família e recém-nascido durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, numa perspetiva de articulação e continuidade dos cuidados, entre os vários contextos de saúde.

De modo a alcançar o objetivo geral, foram delineados os seguintes **objetivos específicos**:

- Aprofundar competências, como EEESMO, na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher, família e recém-nascido, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, numa perspetiva holística;
- Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher, família e recém-nascido, no âmbito da articulação e continuidade dos cuidados, entre os vários contextos de saúde;
- Aprofundar saberes na área da reflexão, autocrítica e autoanálise, relativamente à intervenção do EE, na perspetiva da articulação e continuidade dos cuidados, nos diferentes contextos de saúde.

2.1 Metodologia e Estratégias

O planeamento das atividades e a escolha da metodologia, para o desenvolvimento do projeto individual de estágio, teve por base a articulação entre a evidência científica e a realidade do cuidar diário, havendo uma necessidade de analisar e confrontar criteriosamente estas vertentes.

2.1.1 Revisão Sistemática da Literatura

De modo a conseguir dar início ao desenvolvimento deste trabalho, foi necessário procurar a melhor evidência científica, de forma a justificar e enquadrar toda a problemática em estudo. A prática baseada na evidência científica atualizada permitiu-me melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (mais eficazes e com padrão mais elevado) e, conseqüentemente, uma maior satisfação das necessidades da mulher / casal / recém-nascido. Assim sendo, o importante é que “se atuarmos de forma certa, a prática baseada na evidência ajudará a melhorar as experiências de cuidados na saúde e na doença das pessoas” (Craig e Smyth, 2003, p.4). A prática baseada na evidência deve ser utilizada de forma consciente, explícita e criteriosa, de forma a tomar as melhores decisões relativamente aos cuidados prestados às pessoas (Sackett, 1997, citado por Craig e Smyth, 2003).

De acordo com a OE (2015, p. 7), perante todas as dúvidas e questões aparentemente problemáticas, a primeira premissa para responder a essas mesmas questões, “da forma mais eficaz e eticamente correta, baseia-se no recurso à evidência. A prática baseada na evidência é a mais amplamente aceite e deverá ser a (realmente) praticada”.

Assim, recorri à metodologia de Revisão Sistemática de Literatura (RSL). Segundo Clarke (2001), a RSL “responde a uma pergunta claramente formulada utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e coletar e analisar dados de estudos incluídos na revisão” Pocinho (2008, p. 8).

Tendo em conta a problemática apresentada, formulou-se a seguinte pergunta de investigação, recorrendo à metodologia PICOD: **“De que forma o EEESMO promove a articulação e continuidade de cuidados à mulher, família e recém-nascido, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, entre os CSP e os CSH?”** De modo a conseguir responder à questão de investigação, colocada de forma sintética e objetiva, definiu-se um protocolo de investigação, tendo por base a melhor e mais atualizada evidência científica disponível.

A pesquisa em questão foi efetuada entre Junho 2015 e Julho de 2016.

A RSL, foi efetuada *on-line* através da plataforma EBSCO-Host com acesso às bases de dados científicas *CINAHL Plus with Full Text e Medline with Full Text*.

Perante os resultados mínimos que obtive, senti necessidade de recorrer a outras bases de dados. De referir que as palavras-chave utilizadas foram pesquisadas nas bases de dados na sua forma indexada e na forma booleana (termo natural).

O quadro que se segue apresenta a questão PICOD, de forma estruturada.

P	Participantes	EEESMO	<ul style="list-style-type: none"> • EEESMO / Midwives • CSP / Hospital health care • CSH / Primary health care • Articulação de cuidados • Continuidade de cuidados / continuity of care
I	Intervenções	Cuidados de enfermagem à mulher / RN / família, durante a gravidez, o TP / parto e puerpério	
C	Comparações	Entre CSP e CSH	
O	Outcomes	Articulação e continuidade de cuidados	
D	Desenho do estudo	Estudos de abordagem qualitativa ou quantitativa (Investigação-acção, randomized controlled trial, estudo quase experimental) e RSL`s	

Quadro n.º 1 – Protocolo de pesquisa

De forma a direcionar a pesquisa para o fenómeno de interesse, estabeleci, como limitador temporal, o período de 2005 a abril de 2016. Inicialmente, defini um período temporal menor (de 2011 a abril de 2016), mas não obtive os resultados esperados, pelo que tive de aumentar o horizonte da pesquisa.

Defini critérios de inclusão e exclusão de forma a restringir a pesquisa apenas ao fenómeno de interesse.

Os **critérios de inclusão** são:

- **Relacionados com o desenho do estudo:** Estudos qualitativos, quantitativos, publicações livres, baseadas em evidência científica e RSL`s.
- **Relacionados com o fenómeno de interesse:** Estudos que relacionem a articulação e/ou continuidade dos cuidados, nos vários contextos de saúde (CSP e CSH), preferencialmente efetuada por EEESMO.
- **Relacionados com o idioma:** Estudos indexados à língua inglesa ou portuguesa. A escolha deste critério prende-se pelo facto de dominar apenas estes idiomas.

Os **critérios de exclusão** são:

- **Relacionados com o desenho do estudo:** Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica.
 - Artigos sem livre acesso, que implique o pagamento para a sua visualização.
 - Artigos repetidos nas bases de dados.

O quadro que se segue, revela os resultados obtidos (Apêndice I):

Plataforma EBSCO-Host	N.º de resultados obtidos	N.º de resultados obtidos após limitadores	N.º de artigos selecionados	N.º de artigos a analisar
EESMO / Midwives CSP / Hospital health care CSH / Primary health care Articulação de cuidados Continuidade de cuidados / continuity of care	201	56	39	12

Quadro n.º 2 – Processo de seleção dos estudos de investigação

Todos os artigos resultantes da pesquisa foram lidos e analisados criticamente de forma a limitar os vieses. Dos doze estudos obtidos, de modo a realizar uma análise crítica da literatura encontrada, desenvolvi um resumo dos mesmos de modo a conseguir sintetizar as ideias-chave para melhor estruturar e organizar o estudo (Apêndice II).

De referir que, considerando este tema complexo e ainda pouco desenvolvido, especificamente no âmbito da SMO, ainda assim foi possível encontrar evidência científica.

2.1.2 Entrevistas

De forma a contextualizar a problemática, senti necessidade em complementar o estudo com entrevistas, sendo este um dos principais métodos de colheita de dados no desenvolvimento de estudos qualitativos (Fortin, 2009, p.375). A opção por este método deveu-se ao facto de as suas funções irem ao encontro do tipo de informação que pretendia obter, o que consistiu em: “examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes, servir como principal instrumento de medida e, por fim, servir de complemento aos outros métodos de colheita de dados” (Fortin, 2009, p.375).

Como pretendia obter informação especificamente sobre o fenómeno de interesse em questão, de forma a compreender o mesmo, decidi optar pela entrevista semi-dirigida. Deste modo, realizarei seis entrevistas a EEESMO's, três das quais a EEESMO's que prestavam cuidados ao nível dos CSP e as restantes entrevistas a EEESMO's que prestavam cuidados de saúde no âmbito hospitalar.

As entrevistas decorreram, entre Maio e Junho de 2016. Os entrevistados tinham idades compreendidas entre os 32 e os 51 anos de idade. A escolha dos entrevistados ocorreu durante os diversos ensinamentos clínicos.

Foi desenvolvido um guião de entrevista o qual foi posteriormente adaptado a cada um dos contextos de cuidados em que foi aplicado (Apêndice III). As questões foram organizadas de forma lógica e refletindo o estudo do fenómeno de interesse. As questões eram abertas, permitindo ao entrevistado responder livremente e “encontrar, ele próprio, as respostas e formula-las nas suas próprias palavras” (Fortin, 2009, p. 378).

Para concretizar as referidas entrevistas, pedi autorização pessoalmente a cada um dos peritos que pretendia entrevistar, para realizar a entrevista fora do seu horário e contexto de trabalho. Pretendo aqui salientar a disponibilidade e empatia demonstrada por todos os profissionais, aos quais pedi autorização para entrevistar. De forma a ser o mais fiel possível às respostas dadas pelos entrevistados, o conteúdo das entrevistas foi registado em formato digital, com recurso a gravador áudio digital. Para proceder à gravação da entrevista foi realizado o devido pedido de consentimento, por escrito (Apêndice IV). Para posterior análise dos dados colhidos, foi necessário transcrever os dados registados.

Posteriormente procedeu-se à análise de conteúdo do produto das entrevistas realizadas, resultando os temas, as categorias, as subcategorias e por fim as unidades de contexto. Segundo Bradin (2014, p.44), análise de conteúdo entende-se por “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção / receção destas mensagens” (Apêndice V).

2.1.3 Reflexão da Prática

O fenómeno da articulação e continuidade dos cuidados é um fenómeno bastante abrangente e complexo, tendo sido transversal a todos os contextos onde desenvolvi os ensinamentos clínicos (EC'S) instituídos pelo plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO). Deste modo, tive oportunidade de colher em todos os EC's, contributos para o estudo do fenómeno em questão, tendo em conta a especificidade de cada contexto de prestação de cuidados.

Os Jornais de Aprendizagem (JA) foram outro instrumento utilizado na reunião de informação para complementar este estudo. O Jornal de Aprendizagem é considerado como que um instrumento de orientação pedagógica individualizada, pois reflete os processos contributivos, positiva e negativamente, para o desenvolvimento pessoal de competências, através da análise, reflexão e discussão das situações vividas e/ou partilhadas (Soveral, 1996). Deste modo, desenvolvi Jornais de aprendizagem nos vários contextos de cuidados de saúde onde prestei cuidados, enquanto futura EEESMO, nos diversos EC's.

No Estágio com Relatório (ER) desenvolvido na Sala Partos, foi-me dada a oportunidade de acompanhar uma EEESMO na reunião da UCF, que ocorre mensalmente na instituição. Este foi um momento único no qual consegui compreender a dinâmica das UCF's, sendo sem sombra de dúvida, um excelente momento para colheita e validação de dados pertinentes para o presente trabalho.

A consulta e análise do Protocolo de Saúde Materna da UCF foi um momento bastante importante na coleta de dados para a compreensão do presente fenómeno. Através do desenvolvimento de protocolos, entre os CSP e os CSH, é possível

uniformizar e melhorar os cuidados prestados, com a definição de normas, regras, procedimentos e padrões de qualidade e canais / vias de comunicação entre os vários contextos.

Saliento que, tanto no desenvolvimento das entrevistas, como no desenvolvimento dos JA's, a confidencialidade e privacidade dos profissionais e mulheres / casal / recém-nascido foram mantidas, respeitando os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem, preconizados pela OE (2003).

3. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA – ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo visa fazer uma análise descritiva e reflexiva relativamente às atividades desenvolvidas, durante o percurso de aprendizagem, tendo por base cada um dos objetivos planeados para o desenvolvimento de competências.

De acordo com o Modelo de Desenvolvimento de Competências de Benner para se desenvolver a perícia é necessária a existência da prática. A “aquisição de competências baseada na experiência é mais rápida e mais segura quando se apoia numa base educacional de confiança” (Brykczynski, 2004, p. 190). Desta forma, na perspetiva de Benner (2001) a competência traduz-se na ação perante determinada situação. No entanto, essa ação deve ser fundamentada com base no conhecimento (conhecimento adquirido através experiência diária, do senso comum, do contexto sócio-cultural, da ciência, da tecnologia, entre outros) e utilizada de forma eficaz e eficiente, logo, o desenvolvimento de competências deve ser permanente e constante. Assim sendo, competência e prática estão a par, o que “significa implementar intervenções de enfermagem competentes e competências de juízos clínicos a situações clínicas reais” (Brykczynski, 2004, p. 190).

3.1 Aprofundar competências como EEESMO na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher, família e recém-nascido, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, numa perspetiva holística.

Segundo a OE (2010, p.1), o EE é o enfermeiro que contribui

para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência. Fruto do seu conhecimento e experiência clínica, o EE ajuda a encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis – ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos ao nível intra e inter-profissional e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos.

Adquirir e desenvolver competências como futura EE implicou um considerável investimento profissional e pessoal, uma vez que a complexidade exigida na prestação de cuidados foi elevada, mas gratificante e enriquecedora.

Ao EEESMO

são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem realizar a vigilância de saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo, a vivenciar processos de saúde / doença nos períodos pré concecional, pré, intra e pós natal e ao recém-nascido até ao 28º, assim como no âmbito da Educação Sexual, Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e Saúde Pública (OE, 2010, p.1).

O percurso de aprendizagem realizado foi o preconizado pelo Plano de Estudo do CMESMO. Este percurso permitiu-me desenvolver competências de especialista, no âmbito da SMO, em vários contextos de saúde, tendo tido, assim, a possibilidade de adquirir uma visão global e holística dos cuidados a prestar à mulher / casal / recém-nascido, nas diversas áreas de atividade de intervenções do EEESMO.

Realço que os Princípios éticos e deontológicos do EEESMO, no decorrer dos vários EC`s, estiveram sempre presentes na minha atuação. De acordo com a OE (2015, p. 19), os Direitos Humanos da Grávida e os Direitos Humanos Universais do Nascimento apresentam seis pressupostos básicos, sendo eles: Direito ao consentimento informado; Direito à recusa do tratamento médico; Direito à saúde; Direito ao tratamento igualitário; Direito à privacidade; e Direito à vida.

Uma definição que tive constantemente presente na minha prática, na qual baseei as minhas intervenções, foi a de “parto normal”. De acordo com a OMS, o parto normal é considerado um “evento fisiológico na vida da mulher, com a menor intervenção técnica possível, de modo a que a parturiente possa tomar decisões informadas e possa participar ativamente no decurso do parto, garantindo o acesso, a segurança e a qualidade na assistência ao parto normal” OE (2012, p. 11).

De acordo com a DGS (2015, p.34), é essencial o EEESMO “estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a grávida / casal de modo a facilitar a expressão de ideias, expectativas, fantasias, sentimentos (positivos e negativos) e competências inerentes à gravidez, nascimento e parentalidade”. Aliás, um aspeto fundamental, que constou na minha prática, foi promover a confidencialidade e a não emissão de juízos de valor ou críticas, através da criação e desenvolvimento de uma relação empática.

A relação terapêutica pode, assim, ser entendida como um *continuum*, desde o momento em que ambos são desconhecidos até ao momento em que os dois trabalham em conjunto na resolução de um determinado problema (Lazure, 1994). A OE (2015, p. 7) preconiza que a filosofia dos cuidados, no âmbito da SMO, seja

“enraizada num modelo de assistência em que o EEESMO” trabalhe em parceria com a Mulher, promovendo o seu empoderamento, permitindo-lhe tomar as próprias decisões.

Na tentativa de estabelecer uma relação de ajuda com as mulheres / casais / recém-nascidos considerei importante ter sempre em linha de conta a permissividade para que a mulher fosse capaz de expressar todos os seus sentimentos, o respeito pela sua autonomia, pelo seu direito a tomar as suas próprias decisões, o reconhecimento e a compreensão da sua individualidade, o que me levou a utilizar métodos e técnicas diferenciadas de acordo com as características próprias de cada pessoa, com a qual estava a interagir, tendo em conta o contexto de cuidados de saúde.

O desenvolvimento de atitudes terapêuticas, fundamentadas na aprendizagem dos vários aspetos da relação de ajuda, foi assumido como a fonte de muito do saber estar, saber ser e saber fazer, em Enfermagem. Fomentar e desenvolver essas capacidades cruzou-se, sem dúvida, com o aperfeiçoamento pessoal e a aprendizagem contínua como futura EEESMO – construção da identidade profissional.

Para prestar cuidados de qualidade o EEESMO necessita de estar disponível para dar à mulher / casal, o seu tempo, o seu saber, as suas competências, a sua capacidade de escuta e compreensão, o seu interesse, o que exige que o EEESMO ceda uma parte de si próprio (Lazure, 1994).

Segundo Pereira (2016, p. 152), a “gravidez e o parto são fases únicas na vida de uma família, em especial na vida da mulher”, sendo estas, fases de construção e de desenvolvimento. O momento do parto acarreta muitas vezes medos e mitos, podendo traduzir-se num círculo de medo-ansiedade-dor e, conseqüentemente, interferir no normal desenvolvimento do trabalho de parto. Nestas situações, o papel que desempenhei, como futura EEESMO, foi o “estar” presente e disponível para determinada mulher / casal / recém-nascido, sempre que necessário. Nesta perspetiva, é primordial munir, antecipadamente a grávida / casal de conhecimento, em todos os seus contactos com o EEESMO (como nas consultas de vigilância da gravidez, no curso de preparação para parto e parentalidade).

No desenvolvimento dos diversos EC`s tive a oportunidade de investir no aperfeiçoamento de competências culturalmente sensíveis, através da pesquisa das diferentes especificidades culturais e adaptação dos cuidados às diversas

realidades. Atualmente, assiste-se a um fluxo migratório e a um fenómeno de globalização, havendo, inevitavelmente a necessidade de adaptar e adequar os cuidados de saúde à diversidade cultural. “O parto e o nascimento, enquanto fenómenos culturais, estão marcados por crenças e práticas culturalmente padronizadas, com diversidade de rituais e comportamentos, exigindo do enfermeiro um grande conhecimento cultural para que os mesmos sejam vividos como experiências gratificantes” (Parreira, Coutinho e Néné, 2016, p. 83). Durante este percurso de aprendizagem prestei cuidados a mulheres / casais de diversas nacionalidades. A este propósito, admito que a barreira linguística, foi, no meu caso, um fator limitador, uma vez que não detenho grandes conhecimentos a este nível.

Nos dias de hoje preconiza-se o desenvolvimento de medidas de consciencialização, tanto para os profissionais de saúde, como para os utentes, no sentido de cada utente participar ativamente no seu processo de saúde. Deste modo, o EEESMO deve promover medidas para consciencializar a mulher / casal para a importância da sua participação ativa e personalizada no processo de vivência da gravidez, trabalho de parto e parto (OE, 2015).

De acordo com Pinheiro (2016, p. 328), existem “quatro atributos definidores” que delimitam e caracterizam um parto normal, sendo eles: “um processo fisiológico, a não ocorrência de intervenções invasivas, as condições do ambiente que devem ser de apoio e capacitação da mulher”.

Um aspeto essencial, que em muito contribuiu, na minha perspetiva, para se conseguir “ganhar” a confiança da mulher / casal, correspondeu ao respeito demonstrado no desenvolvimento do plano de cuidados, durante o processo de gravidez, trabalho de parto e puerpério. E aqui posso elencar exemplos, como a importância dada à explicação prévia das intervenções planeadas e o seu objetivo, o pedir permissão / consentimento para a execução de intervenções invasivas, a abordagem à grávida / casal com simpatia e disponibilidade, entre outros aspetos. Mas, na verdade, para mim, o fundamental foi agir / intervir com naturalidade, pois a gravidez, o trabalho de parto e o parto são fases naturais do ciclo de vida.

Embora o trabalho de parto seja “algo psicologicamente aceite como natural para a grávida, é também socialmente associado à dor e desconforto, gerando medo e ansiedade à medida que a gravidez avança” (Pedro e Oliveira, 2016, p. 411). Por essa razão, o recurso a técnicas não farmacológicas para o alívio da dor foi, por

mim, largamente facultado às mulheres / casais em trabalho de parto, tendo sempre, obviamente, em consideração o bem-estar materno-fetal, bem como a fase do trabalho de parto. Tais técnicas consistiram em proporcionar, dentro do possível, as condições ambientais ideais para determinada mulher / casal (por exemplo, o recurso à música ambiente, à luz com pouca intensidade, à adequada temperatura do quarto, a utilização da bola de pilates, a deambulação, a massagem e a hidroterapia (duche). Contudo, na grande maioria, as medidas não farmacológicas eram utilizadas, concomitantemente, com medidas farmacológicas. Realço que todas as medidas de alívio da dor promovidas, fossem elas farmacológicas ou não, eram antecipadamente explicadas e negociadas com a mulher / casal.

No entendimento da OE (2010, p. 2), citando a ICM,

promover o respeito, a confiança e a comunicação efetiva entre todos os profissionais de saúde é a chave para obtenção de cuidados de Saúde Materna de qualidade disponíveis a todas as mulheres, pelo que a colaboração entre Parteiras e outros profissionais de saúde deve ser construída e focalizada nas necessidades da mulher aos diferentes níveis de cuidados.

Este facto é realmente importante, embora, na realidade, nem sempre sucede como se preconiza.

Durante o ER, em sala de partos foi-me apresentado por algumas mulheres / casais, no momento da admissão ao serviço, o seu plano de parto. De acordo com Lopes (2016, p. 167), os planos de parto são considerados como

ferramentas que devem ser valorizadas, tanto pelos casais, como pelos profissionais. Para os casais este plano pode revelar-se um projeto de nascimento, onde estão refletidos os seus desejos e a sua pretensão para o percurso do trabalho de parto e parto, que culmina com o nascimento. Os profissionais devem potencializar a vivência do casal, neste período, seguindo esse mesmo plano.

Saliento que tentei seguir, dentro das condicionantes de organização de serviço e espaço físico, com que me deparei, o plano de parto da mulher/ casal. No caso dos desejos e vontades da mulher / casal não serem passíveis de satisfazer, era-lhes sempre explicada a respetiva razão.

Durante este percurso de aprendizagem, deparei-me com inúmeras situações práticas que contribuíram para o meu desenvolvimento de competências, tendo algumas dessas situações sido alvo de uma reflexão mais profunda, através dos JA`s. Realço aqui uma dessas reflexões, pois entendo que reflete o verdadeiro papel do EEESMO no cuidar numa perspetiva holística. Nesta situação específica, tive a

oportunidade de prestar cuidados a uma mulher / família em contextos de CSP (enquanto profissional) e, posteriormente, em contexto de sala de partos (enquanto estudante da especialidade). O facto de ter sido eu a estar e a prestar cuidados àquela mulher / família, na sala de partos, foi um momento privilegiado, que infelizmente poucas mulheres / famílias e profissionais de saúde têm. Na minha ótica, para a mulher / família, o facto de conhecerem a enfermeira antecipadamente e de já existir uma relação empática, é reconfortante, dando-lhe maior segurança. Já para o profissional, por experiência própria, é, sem dúvida, um momento gratificante, pois permite responder às necessidades e expectativas da mulher / família de uma forma mais específica e complexa.

Existem diversos estudos que reforçam a importância e os ganhos em saúde, o facto de ser o mesmo EE a prestar cuidados à mulher / casal, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério. Existe um estudo que vem fortalecer a importância de ser o mesmo EEESMO a prestar cuidados nas diferentes fases, aumentando, assim, a satisfação das mulheres / família, uma vez que há um seguimento nos cuidados prestados, de forma a promover uma maternidade saudável (Foster et al, 2016). Outro estudo, realizado na Noruega, vem corroborar o estudo acima descrito, preconizando um modelo de prestação de cuidados que promova a continuidade de cuidados. Este estudo reforça que o facto de ser o mesmo EEESMO a prestar cuidados nos diferentes períodos (acompanhando a mulher / família durante o período da gravidez, trabalho e pós-parto) diminui o grau de ansiedade e medo durante o parto, considerando que as mulheres / famílias, com este modelo de cuidados, sentem-se mais apoiadas e satisfeitas (Severinsson et al, 2010).

Neste sentido, durante o desenvolvimento do ER em sala de partos, adotei sempre que possível, a prática de visitar as mulheres/ casais / recém-nascidos, que tinha estado a acompanhar durante o trabalho de parto, no serviço de puerpério. Nessas alturas, foi extraordinário, para mim, aperceber-me o quão importante foi para cada mulher / casal, a relação terapêutica estabelecida na fase do trabalho de parto. Nas visitas que realizei, compreendi que eu para aquelas mulheres / casais era um elemento de referência e que lhes transmitia segurança.

O facto de o culminar do percurso de aprendizagem dar-se em contexto de Sala de Partos foi bastante positivo, uma vez que neste EC foram mobilizados os conhecimentos e competências técnico-científicas adquiridas e desenvolvidas em

EC's anteriores, refletindo-se numa maior segurança e destreza nos cuidados por mim prestados neste contexto de cuidados. Deste modo, de seguida irei traduzir em números, o meu percurso de aprendizagem neste estágio. Assim sendo, neste ER executei 42 partos eutócicos, com a aplicação das manobras adequadas. Das 42 mulheres relativamente às quais que prestei cuidados durante o parto, houve necessidade de realizar 8 episiotomias, sendo que 9 mulheres apresentaram laceração de grau I, 12 mulheres apresentaram laceração de grau II e 10 mulheres apresentaram períneo íntegro. No que tange ao alívio da dor, 33 mulheres recorreram a medidas farmacológicas. No que diz respeito à amamentação, 1 mulher optou por não amamentar (por convicções) e 1 mulher não pôde amamentar (devido ao recém-nascido necessitar de cuidados específicos, ficando internado na unidade de neonatologia). Quanto às restantes mulheres, foi promovida a amamentação na 1ª hora de vida do recém-nascido, bem como o contacto pele-a-pele. Saliento que relativamente a 16 mulheres, que acompanhei durante o trabalho de parto, foi necessário avançar para parto distócico.

3.2 Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados, à mulher, família e recém-nascido, no âmbito da articulação e continuidade dos cuidados, entre os vários contextos de saúde.

Na atualidade, a articulação e a continuidade de cuidados são considerados pilares essenciais para a excelência do cuidar por parte do EE à grávida / casal / recém-nascido.

A grávida / casal / recém-nascido são entendidos como um sistema, que interage com outros sistemas, sendo um deles o Sistema de Cuidados de Saúde, ou seja, a forma como os CSP e os CSH estão organizados e como se articulam, influenciando diretamente o sistema nuclear, como se pode visualizar no quadro n.º 3.

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE	Cuidados de Saúde Primários	Acessibilidade aos cuidados Vigilância de Saúde Materna Percurso da mulher / casal / recém-nascido
	Cuidados de Saúde Hospitalares	Acessibilidade aos cuidados Vigilância de Saúde Materna e Neonatal Percurso da mulher / casal / recém-nascido
	Articulação dos cuidados de saúde	Protocolos de Saúde Materna Profissionais de saúde na articulação dos cuidados Informação recebida / enviada Instrumentos de articulação Fatores constrangedores Fatores motivadores

Quadro n.º 3 - Sistemas de Cuidados de Saúde

“Os CSP protagonizam mais de 85% das interações entre a população e o sistema de saúde, designadamente o SNS. Deveriam, por isso, ser, desejavelmente, o ponto de partida, o ponto de coordenação e o ponto de retorno de mais de 90% de todos os episódios de prestação de cuidados” (Nunes et al, 2012, p.4).

Deste modo, o primeiro contacto da mulher / casal, com provável ou confirmação de diagnóstico de gravidez, deverá ser, idealmente, com os CSP. O acesso a estes ocorre de diferentes formas e em diferentes fases:

“As mulheres vêm e inscrevem-se para consulta com o seu médico de família...o primeiro contacto é connosco enfermeiras especialistas” (E3).

“As senhoras fazem as consultas de vigilância de saúde materna, com a consulta de enfermagem, sempre previamente à consulta médica” (E2).

“Nós temos duas situações: as grávidas seguidas no privado e que vão parir no privado e as grávidas que são referenciadas, por nós, para a maternidade (...) As grávidas que parem no privado chegam-nos, muitas vezes, para fazer teste do pezinho, unicamente, e nós nunca tivemos qualquer contacto com elas previamente. (...)” (E1).

O acompanhamento da grávida / casal desde o início da gravidez é fundamental, pois permite detetar, o mais precocemente possível (preferencialmente pelo menos uma consulta até às 12 semanas de gravidez), fatores de risco que possam interferir no bem-estar materno e fetal. De acordo com DGS (2015, p. 33) uma gravidez de

baixo risco é “aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal”.

“A avaliação do risco, atualmente, já não podemos registar em termos informáticos, que antes podíamos e agora não temos acesso, são os médicos que registam em suporte informático” (E3).

De acordo com o esquema de periodicidade das consultas na gravidez de baixo risco, preconizado pela DGS (2015), todas as grávidas / casais devem ter uma consulta no hospital entre as 36 e as 40 semanas de gestação. Deste modo, a referenciação atempada por parte dos CSP é fundamental.

“As grávidas que são seguidas por nós, a tempo inteiro são referenciadas por volta das 30-32 semanas.” (E1)

“O encaminhamento, normalmente, é feito a partir das 36 ou 37 semanas, informaticamente, unicamente pelo médico.” (E3)

De acordo com o protocolo da UCF em questão, “toda a grávida de baixo risco vigiada nos Centros de Saúde deve ser enviada à maternidade, para a consulta de referência, às 38 semanas”. Segundo o protocolo, “o envio da grávida antes das 38 semanas de gravidez deve basear-se em critérios da história clínica, alterações analíticas ou dados ecográficos”.

Segundo a DGS (2015, p. 33), a identificação de “um fator de risco ou de uma situação anómala determina a atuação subsequente, podendo, para este efeito, serem utilizados critérios adicionais por decisão de cada UCF (saúde materna e neonatal)”. De acordo com o grau de risco identificado na consulta de Saúde Materna, a nível dos CSP, sempre que este seja classificado de médio ou de alto risco, a grávida / casal é encaminhado para os CSH, de acordo com o protocolo da respetiva UCF (Órfão, 2016). A propósito deste protocolo:

“Eu não tenho.” (E1)

“Desconheço o protocolo da UCF” (E2).

“Os documentos elaborados pela UCF não nos chegam...simplesmente não conseguimos ter acesso (...) Ainda na semana passada pedi o protocolo à direção, responderam-me que tinham de ir procurar” (E3).

A nível dos CSH, a grávida / casal tem acesso a estes, por diversas formas:

“As mulheres dão entrada na maternidade pela consulta externa ou pelo SU, depois são encaminhadas para os diversos serviços, consoante o motivo da entrada” (E4).

“Na grande maioria, as mulheres entram pelo SU” (E5).

Perante o facto das mulheres / casais, em Portugal, necessitarem, inevitavelmente, de cuidados, tanto a nível dos CSP, como dos CSH, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, é essencial estabelecer protocolos de articulação entre os vários níveis de cuidados.

Segundo Tavares (2008, p. 21) “é fundamental apostar na criação de parcerias entre os diferentes sectores e profissionais de saúde, (...) para fazer frente às determinantes da saúde. A cooperação é essencial e implica a participação de todos tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados”.

O Protocolo de Saúde Materna da respetiva UCF (2009, p. 2) refere que desde a criação do mesmo, em 2009, “verificou-se que contribuiu indubitavelmente para uma maior homogeneização das normas de vigilância das grávidas nas consultas de saúde materna, partindo das Orientações Técnicas da DGS”.

Desta forma, é essencial que os profissionais estejam a par das atualizações realizadas, ao nível do Protocolo de Saúde Materna da UCF em questão, de modo a que a atuação e referenciação reflitam cuidados de saúde de qualidade para a mulher / casal / recém-nascido.

“Anualmente, são realizadas 4 sessões de formação, em cada ACES, organizadas pela UCF, em que são apresentados diversos temas relacionados com a saúde da mulher” (E6)

“Sinto que, atualmente, a informação não nos chega... refiro-me a normas, procedimentos... se preciso de alguma informação tenho de ser eu a ir procurar” (E3)

De acordo com a OE (2010, p. 2), o EEESMO é o profissional de saúde “responsável pelos cuidados que presta diretamente à mulher, estando habilitado a detetar complicações, a aplicar medidas de emergência e ao encaminhamento das situações que devem beneficiar de outros níveis de cuidados”.

Tavares (2008, p. 66), citando Bilro, entende a articulação de cuidados como “um sistema que admite que, na sua estrutura, diversas instituições formais, informais, públicas ou privadas, as quais, se devidamente articuladas entre si, concorrem cada uma com a sua especificidade, para a prestação adequada de cuidados aos utentes dos serviços de saúde”.

A comunicação entre os diferentes níveis de cuidados faz-se, essencialmente, através do BSG, o qual constitui um importante “instrumento de trabalho, contendo informação relativa à saúde da mulher. Assegura a circulação da informação clínica relevante, contribuindo para a articulação e interligação entre s CSP e os CSH” (DGS, 2006, p.1). Importa salientar que este boletim também contém os dados clínicos

relativamente à saúde do feto (OE, 2015). Está preconizado que o boletim seja entregue a todas as grávidas na primeira consulta, independentemente do nível assistencial onde a mesma se realize e deve ser atualizado em todas as consultas. Este “deverá ser sempre integral e corretamente preenchido e, se possível, pela Plataforma de Dados em Saúde e consultada a tempo e horas” (Órfão, 2016, p. 111).

“Quando estamos a preparar a alta da puérpera e do recém-nascido, validamos sempre se os boletins estão corretamente preenchidos” (E4).

“Os dados relativamente ao parto, são preenchidos, no BSG, pelo profissional que realiza o parto” (E5).

“O BSG vem sempre preenchido corretamente” (E1).

“Após o parto, é realizado o registo do parto no BSG, no programa informático e no processo da mulher” (E6).

Quanto à notícia de nascimento, este é um instrumento que facilita a “comunicação, após o parto, entre os hospitais e os CSP otimizando os sistemas informáticos” promovendo, assim, a articulação de cuidados entre os vários contextos de saúde (DGS, 2015, p.1). O acesso à notícia de nascimento, por parte dos CSP, em tempo útil, é fundamental, pois permite “o planeamento precoce e adequado da intervenção às crianças e famílias” (DGS, 2015, p. 2).

“Via e-mail não recebo nada. A colega de saúde infantil vai recebendo algumas, outras recebem os senhores administrativos, por fax ou por e-mail e depois encaminham para nós. Não chegam a tempo (...) por exemplo, numa proporção de 50 notícias de nascimento recebemos 5 notícias de nascimento” (E3).

“Chegam tarde... bem tarde. Normalmente, recorremos ao PDS” (E2).

“Fax, neste momento, não vem nada...” (E1).

Nos dias de hoje, é fundamental o desenvolvimento de Sistemas de Informação eficientes “que permitam a maximização da gestão dos serviços e promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde” (Sousa et al, 2005, p. 369).

O desenvolvimento de um modelo de “partilha de informação e de articulação dos SIE, entre o hospital e o centro de saúde, tem como objetivo fundamental melhorar, de modo significativo e através da continuidade de cuidados, o acesso e a qualidade dos cuidados de enfermagem” (Sousa et al, 2005, p. 381). Deste modo, o EEESMO deverá “apostar na Informatização e intercomunicabilidade dos SIE, viabilizando uma maior circulação e partilha de informação, com o aproveitamento das novas tecnologias para a prestação de um melhor e mais rápido serviço” à mulher / casal / recém-nascido (Sousa et al, 2005, p. 381).

“A única informação que tenho do centro de saúde é a que consta no BSG, preenchida maioritariamente pelo médico” (E4).

“Os registos diários dos enfermeiros na maternidade são realizados em suporte papel, não estando acessíveis aos enfermeiros dos CSP” (E6).

“Para nós era muito importante saber se a grávida frequentou um curso de preparação para o parto, e que temas falaram (...) não temos nada escrito, normalmente ou é a mulher ou o marido que nos dão essa informação.” (E5)

Segundo Sousa e Azevedo (2012, p. 114), “Portugal encontra-se entre os países da União Europeia com maior utilização de sistemas eletrónicos”.

“Cada vez mais a minha prestação de cuidados está dependente de múltiplos programas informáticos” (E3).

“Ninguém nos explica como funcionam os programas (...) somos autodidatas” (E1).

“Quando as mulheres são seguidas no privado, aí é que não temos mesmo quase nada escrito (...) não temos acesso ao registo informático deles” (E6).

O quadro que se segue, reflete a categorização da prestação de cuidados do EEESMO:

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
O CUIDAR DO EEESMO	Mulher / casal / recém-nascido	Empowerment da grávida / casal Individualidade
	Intervenção de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem Planeamento de intervenções Intervenção em contexto de CSP Intervenção em contexto de CSH Curso de preparação para a Parentalidade Resultados de Enfermagem Registo de Enfermagem
	Continuidade dos cuidados de saúde	Procedimentos de Enfermagem Estratégias de melhoria de continuidade de cuidados Fatores constrangedores Fatores motivadores

Quadro n.º 4 - O Cuidar do EEESMO

De acordo com Betty Neuman, Pessoa é definida como um cliente ou sistema cliente (que pode ser um indivíduo, grupo, comunidade ou sistema social) o qual é formado

por uma dinâmica inter-relação entre as diversas variáveis e a sua própria estrutura básica, estando subjacente o Cuidar do EEESMO (Lancaster, 1996).

Segundo Órfão (2016, p. 108), “a saúde familiar é co-construída em torno do desenvolvimento e crescimento da família, enquanto sistema aberto. O sistema familiar é alvo de cuidados de enfermagem que se focalizam, tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente”.

De acordo com OE (2011b), o principal alvo de cuidados desta especialidade é a Mulher, devendo ser “entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, e constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspetiva coletiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns”. Nesta perspetiva, prestar cuidados à mulher pode-se dizer que é um processo complexo, uma vez que a família, bem como todas as outras pessoas significativas para a mulher são alvo de cuidados.

Segundo a DGS (2015, p. 35), “todas as intervenções propostas durante a vigilância pré-natal devem permitir que a mulher / casal estejam envolvidos na tomada de decisão (...) livre e esclarecida”.

“Quando, no fim da consulta médica, a grávida ainda tem alguma dúvida, volta a falar connosco, até porque, às vezes, nós dissemos uma coisa e depois chegam lá dentro e se, eventualmente, o médico não disse exatamente a mesma coisa, as pessoas vêm tentar perceber...” (E3).

Por outro lado, “a fragmentação de cuidados de saúde é um motivo de preocupação atual devido ao uso crescente pelos cidadãos de diferentes recursos de saúde, originando a vivência de transições entre os diferentes níveis de cuidados” (Sousa e Azevedo, 2012, p. 114).

“Temos várias grávidas a fazerem a vigilância da gravidez connosco e, em simultâneo, no privado” (E1).

“...Por exemplo, tenho mulheres grávidas inscritas aqui, que estão a fazer a vigilância no privado e, depois, fazem uma inscrição esporádica, em outro centro de saúde, para fazerem o curso de preparação para o parto” (E2).

De acordo com a OE (2015, p. 26), é fundamental existir “um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, no mínimo, as necessidades de cuidados de enfermagem da utente, as intervenções de enfermagem e os resultados esperados / obtidos, avaliação e eventual modificação de estratégias a

implementar”. Os registos de enfermagem, realizados pelo EEESMO, devem ser rigorosamente redigidos, pois fazem “parte integrante do processo clínico da grávida e constituem um documento legal” (OE, 2015, p. 42).

Este aspeto é corroborado, também, por Sousa et al (2005, p. 368), os quais referem, no seu estudo, que “uma partilha adequada de informação de Enfermagem deve ser encarada como estratégia fundamental para a melhoria da continuidade dos cuidados.” Este estudo reflete bem a importância que a articulação entre os diferentes contextos de cuidados de saúde tem, nos dias de hoje, referindo que esta “deverá ser assegurada por um modelo que garanta a partilha recíproca e confidencial da informação de enfermagem, em tempo real, com recurso às tecnologias de informação e comunicação” (Sousa et al, 2005, p. 368).

Segundo Pereira (2016, p. 152), citando Couto (2003), o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade é “um programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação ativa no processo de parto”. Segundo a OE (2016), todas as mulheres / casais, no decorrer da gravidez, devem ter acesso a este curso. O desenvolvimento deste curso é da responsabilidade dos CSP e dos CSH.

“Tivemos em tempo aqui, mas terminaram. Agora encaminhado para UCC que fica do outro lado da cidade ou para a maternidade” (E2).

“Aqui, na maternidade, fazemos o curso de preparação para o parto (...) constituída por vários profissionais” (E4).

“O curso é preenchido pelas grávidas seguidas por nós e só se sobrarem vagas é que conseguimos disponibilizar vagas para as grávidas seguidas no centro de saúde (...), o que é raro acontecer” (E6).

Tavares (2008) considera que o “trabalho em parceria, em cuidados de saúde, implica a responsabilização de cada um dos intervenientes pela sua qualidade de vida e a responsabilidade de todos pela qualidade de vida de cada um, sendo a comunicação entre todos os elementos o vetor primordial nessa relação”. Desta forma, torna-se imprescindível o desenvolvimento de canais de comunicação entre os vários profissionais e, conseqüentemente, entre os diferentes contextos de saúde, o que irá permitir uma melhor qualidade de vida.

Segundo um estudo realizado por Azevedo e Sousa (2012, p. 113), “a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem dependem da qualidade dos fluxos informacionais entre os diferentes contextos de prestação de cuidados”. Neste

estudo verificou-se que a “documentação partilhada centrou-se no desenvolvimento de conhecimentos e habilidade para o exercício do papel de prestador de cuidados”, tendo havido falha no fluxo de informação em cerca de metade dos casos analisados.

Deste modo, o EEESMO é o profissional de saúde que detém as competências específicas para conseguir dar resposta aos complexos cuidados de saúde que são necessários prestar. Por esta razão, a WHO Global Advisory Group of Nursing and Midwifery está preocupada com a invisibilidade e marginalização dos enfermeiros, e neste caso, dos EEESMO`s nas tomadas de decisão relativamente às políticas de saúde neste âmbito (Brooks e Scott, 2006). “A preocupação pela humanização dos cuidados tem sido um aspeto quase sempre presente na prestação de cuidados de enfermagem, pois são estes profissionais que permanecem mais tempo com o cliente, estabelecendo uma relação mais próximo com este” (Tavares, 2008, p. 57).

“já aqui trabalho há 16 anos... e sinto uma grande tristeza porque, sempre que há necessidade de fechar, é a saúde materna e o planeamento familiar... ou seja nunca consigo assegurar coisa nenhuma (...) A direção nunca valorizou o curso de preparação para o parto, terminaram com o cantinho da amamentação, terminaram com o fraldário (...) Não há apoio nenhum, nem suporte para nada, apesar de nas reuniões estarem sempre a dizer que é muito importante o curso e cantinho” (E3).

Contudo, esta situação deve-se à participação destes estar dependente de fatores culturais, práticos e profissionais, interferindo, assim, na forma de atingir as estruturas de comunicação que sustentam o conhecimento profissional (Brooks e Scott, 2006).

Nicholls e Webb (2006), no estudo efetuado, destacam as competências do EEESMO que mais se evidenciam, sendo elas: a comunicação, compaixão, a amabilidade, o apoio afetivo, as competências cognitivas e técnicas, a educação e a pesquisa.

Considero relevante salientar que os enfermeiros, quando obtêm informação relativamente à mulher / casal / recém-nascido, podem “interpretar a informação de maneira diferente, consoante o seu conceito de enfermagem” (Tavares, 2008, p. 65).

Ireland et al (2007) referem-se às competências EEESMO baseadas no conhecimento básico, com fundamento em habilidades e qualidades básicas, que promovam uma prática segura, independentemente do local onde sejam realizadas.

Um outro estudo elaborado realça a importância da continuidade dos cuidados, ao nível da gestão e da informação. Este estudo salienta o facto de, na prática de cuidados, haver, por vezes, necessidade de transmitir ou obter informação junto de profissionais de saúde de outro contexto de cuidados. Este aspeto permite e exige que profissionais de saúde e mulheres tenham, de igual forma, conhecimento das suas necessidades, a fim de obter uma melhoria dos cuidados prestados (Carver, Ward Talbot, 2008).

Um estudo realizado na Austrália veio demonstrar através de um modelo de cuidar, que a satisfação das mulheres / casais é maior quando existe um EEESMO como referência, que os acompanha durante a gravidez, o trabalho de parto e o puerpério. Estes EEESMO`s funcionam como gestoras de casos, fazendo toda a intercomunicação entre instituições e serviços. Este estudo revela que a continuidade de cuidados, promovida pelo EEESMO, reduz, durante o parto, a realização de intervenções como cesarianas e partos instrumentalizados via vaginal, bem como diminui o recurso a outras intervenções, como a indução, a analgesia e episiotomia (Forster, McLachlan, 2016).

Segundo Severinsson (2010), citando Sandall, os pontos fundamentais para promover um modelo de continuidade de cuidados são: a faculdade que o EEESMO tem para desenvolver uma relação empática com as grávidas / casais; a capacidade que o EEESMO tem para organizar o seu trabalho, de forma autónoma e flexível; e, por fim, todo o apoio que o EEESMO consegue prestar no trabalho, o que inclui reuniões regulares entre os colegas (para refletirem sobre a prática, compartilharem ideias e prestarem informações), e entre colegas que trabalham individualmente podem precisar de mais apoio (por motivos de ordem pessoal, profissional e/ou circunstâncias provisórias).

O estudo de Schmied et al (2010), vem comprovar quão é importante, nos dias de hoje, desenvolver políticas que promovam modelos de serviços integrados, na medida em que estes demonstram um enorme sucesso na qualidade dos cuidados prestados. Mecanismos de comunicação eficazes e relações entre profissionais, sem barreiras, são considerados fatores essenciais para que a continuidade dos cuidados ocorra. Revela-se fundamental a colaboração entre serviços de saúde, refletindo-se em serviços em que coexistem modelos de cooperação e coordenação.

De acordo com Sandall et al (2015), os governos e profissionais de saúde devem estar despertados relativamente aos benefícios resultantes dos cuidados prestados pelo EEESMO, devendo implementar e financiar modelos de cuidados que visem alcançar a excelência dos cuidados na maternidade, promovendo um parto normal e humanizado.

Na perspetiva de Tavares (2008, p. 57), “a continuidade dos cuidados é uma preocupação da profissão de enfermagem, que vê descrita no artigo 83º do seu Código Deontológico a premissa de que, no respeito pelo direito ao cuidado, o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados”.

No sentido de melhorar a articulação e a continuidade de cuidados, foram apresentadas as seguintes sugestões:

- *“...criar elementos de referências, tanto nos centros de saúde, como nos serviços da maternidade (...) e todos terem acesso a esses elementos através de email ou contacto telefónico”* (E4);
- *“o ideal, mas que cá ainda é uma utopia, é tentar que o enfermeiro que seguiu a gravidez estar com a mulher também no trabalho de parto e parto (...) elas já nos conhecem, por isso sentem-se mais seguras...”* (E5);
- *“fazer uma consulta só de enfermagem à grávida, quando ela vem visitar a maternidade, era ideal, assim conseguíamos perceber antecipadamente qual era o plano de parto do casal e discuti-lo”* (E6).

Para Tavares (2008, p. 57), a continuidade de cuidados “tem sido utilizado para descrever uma diversidade de relações entre os clientes e os serviços de saúde, nomeadamente: a partilha de informação entre os diferentes profissionais, a constância desses mesmos profissionais na assistência, o tipo de acompanhamento clínico após a alta e ainda o nível de acessibilidade aos serviços de saúde”.

Por conseguinte, é urgente incrementar canais de informação entre os diversos contextos de saúde, sendo aqueles ainda pouco desenvolvidos e precários, tendo em conta as necessidades atuais de cuidados de saúde, cada vez mais complexos. Esta falta de articulação entre os diversos contextos de saúde não “permite uma resposta adequada às necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros, dificultando a tomada de decisão em Enfermagem para a continuidade de cuidados entre os diferentes contextos das práticas” (Sousa et al, 2005).

3.3 Refletir sobre a intervenção do EE, na perspetiva da articulação e continuidade dos cuidados, nos diferentes contextos de saúde.

Nos dias de hoje, a Enfermagem, enquanto arte e ciência, tem a necessidade, inevitavelmente, de acompanhar a par e passo todo o desenvolvimento científico e tecnológico, ao nível do sector da saúde. Esta evolução deve-se ao facto dos enfermeiros utilizarem o pensamento crítico de forma a “refletirem sobre as suas práticas, construindo uma identidade pessoal, capaz de encontrar de forma ativa as respostas para os problemas que interessam resolver, utilizando o conhecimento científico e promovendo a prática de uma enfermagem de qualidade” (Almeida, 2010).

Para conseguir dar resposta a este objetivo, foi necessário percorrer um longo caminho, com alguns obstáculos, uns mais fáceis de contornar que outros. Este percurso de aprendizagem foi repleto de situações complexas, que me permitiram desenvolver, tanto como pessoa como profissional. A reflexão e análise das situações experienciadas foram uma constante, o que contribuiu para a auto-consciencialização no sentido de que determinada competência técnico-científica deveria ser aprimorada, para que futuramente venha a prestar cuidados visando a excelência. Atento o Código Deontológico do Enfermeiro (artº 78, Princípios Gerais), “são valores universais a observar na relação profissional: a competência e o aperfeiçoamento profissional”.

De acordo com a OE (2010, p. 1), o EEESMO é o profissional “que assume um entendimento especializado sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente”. Deste modo, o pensamento crítico, quando se está a desenvolver competências de especialista, é fundamental, pois só assim é possível evoluir nas mais variadas dimensões.

No meu percurso, a procura da melhor evidência científica foi uma preocupação diária, de forma a fundamentar as intervenções desenvolvidas, bem como a oferecer às mulheres / casais / recém-nascidos cuidados complexos e atualizados, que respondessem eficazmente às suas necessidades. Na minha perspetiva, adquirir e consolidar conhecimentos teóricos, como futura EE, foi relativamente fácil, embora no que diz respeito à vertente prática, nem sempre foi simples, uma vez que não se

consegue apagar o “registro” que já se possui como enfermeira generalista. Reconheço contudo que a motivação pessoal, assim como os incentivos transmitidos pelos enfermeiros foram uma mais-valia.

Um aspeto que contribuiu positivamente para o desenvolvimento destas competências foi a relação criada e cultivada com os diversos profissionais de saúde, especialmente com os EEESMO`s dos diversos serviços, o que para mim assumiu extrema relevância, pois permitiu-me, não só ganhar abertura para questionar, refletir e discutir determinadas situações práticas e até esclarecer dúvidas, mas também, obter diferentes perspetivas relativamente a uma mesma situação, tendo sempre como pilar basilar a evidência científica. A este propósito saliento que, segundo a OE (2015), é fundamental preservar e nutrir os relacionamentos entre pares assim como o sentido de lealdade.

As reuniões com o professor orientador foram essenciais, na organização e estruturação de todo o meu percurso de aprendizagem. A disponibilidade demonstrada pelo professor foi uma mais valia.

As reuniões de avaliação, com o professor orientador e com a enfermeira orientadora, deram-me a possibilidade de identificar conhecimentos e competências que necessitava de melhorar e consolidar, como aspetos positivos e motivadores da minha aprendizagem e investimento pessoal.

O desenvolvimento dos JA`s, foram momentos de reflexão, igualmente importantes, uma vez que, permitiram-me consolidar conhecimentos, estratégias, identificar constrangimentos, bem como, aspetos positivos na minha prestação.

A consulta e análise dos protocolos implementados na sala de partos, foi fundamental, uma vez que facilitou a minha integração na equipa, mas também, o ganho de auto-confiança e autonomia na prestação de cuidados.

Estou ciente que só é possível alcançar a excelência dos cuidados de enfermagem, enquanto futura EE, através das experiências vividas diariamente, confrontando-as com a evidência científica e posterior reflexão. Deste modo, considero que ainda só estou no início do meu percurso de aprendizagem.

4. LIMITAÇÕES DO RELATÓRIO

Este relatório espelha a minha interpretação relativamente às experiências e momentos vivenciados ao longo deste percurso de aprendizagem. Entendo que vivi experiências únicas que ocorreram em contextos únicos, pelo que considero o presente relatório um documento singular. O desenvolvimento de competências durante este curso foi notório, refletindo-se, essa evolução, na capacidade de análise e auto-crítica, em determinado momento, não esquecendo que esta temática começou a ser por mim trabalhada no ano de 2015.

No que diz respeito à revisão da literatura, foram incluídos artigos que refletem o fenómeno da “articulação e continuidade de cuidados” sem ser no âmbito da SMO, devido à escassez de estudo nesta área. Relativamente aos critérios de exclusão de artigos, não foram tidos em conta cuja visualização implicasse custos, bem como artigos que não fossem indexados à língua inglesa ou portuguesa, pelo que admito a hipótese de estar a excluir artigos potencialmente importantes.

Quanto às entrevistas realizadas, foram um importante instrumento de recolha de dados, mas importa salientar que estas apresentam uma reflexão de seis profissionais de saúde, relativamente à temática em questão, naquele exacto momento e em determinado contexto, não podendo ser generalizados os seus resultados.

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

No desenvolvimento do presente trabalho, tive a oportunidade de me deparar com diferentes formas de perceber e abordar o tema da articulação e continuidade dos cuidados, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, tanto a nível nacional, como internacional.

O facto de ter aprofundado conhecimento técnico-científico, especificamente neste âmbito, permite-me ter a capacidade para sugerir diversas medidas a serem desenvolvidas, tendo em conta o contexto social e político atual, que promovam a articulação e continuidade de cuidados entre vários contextos de saúde, visando, assim, a satisfação da mulher / casal / recém-nascido.

Nesta sequência, importa aprofundar e desenvolver o conceito “integração” de cuidados ao nível da saúde materna. Este tema começou a ser recentemente aplicado nesta área, mas considero que ainda não está devidamente inserido na linguagem comum dos enfermeiros, pelo menos em Portugal.

Uma outra medida que entendo que deveria ser aplicada, consiste na criação de canais mais estreitos de comunicação entre os diversos profissionais, dos diferentes contextos de saúde. Neste ponto, refiro-me, por exemplo, à criação de momentos, com alguma periodicidade, em que os diversos profissionais de saúde se possam conhecer e trocar ideias, assim como discutir casos. Considero que esta medida iria fazer com que os EEESMO's conseguissem dar respostas mais assertivas, organizadas e eficazes às mulheres / casais. Nos dias de hoje, existem diversos programas informáticos, nos vários contextos de saúde, nos quais os profissionais de saúde realizam os seus registos, mas a verdade é estes registos no âmbito específico da enfermagem ficam muito aquém. Os registos de enfermagem são fontes ricas de informação, relativamente às mulheres / casais, que, na minha ótica, não estão a ser utilizados devidamente.

Considero que a medida mais importante é, sem dúvida, o EEESMO demonstrar, tanto aos órgãos de gestão das instituições, como ao poder político, quão importante é a sua atuação na articulação e continuidade de cuidados, atuação essa que, idealmente, deveria acompanhar a mulher / casal / recém-nascido durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente relatório reflete todo um trabalho desenvolvido ao longo de vários meses. A elaboração deste documento deu-me a possibilidade de expor ideias, bem como confrontar as mesmas com a evidência científica e com a realidade vivenciada nos contextos de saúde.

Este, sendo um projeto de curso, foi desenvolvido, mais especificamente, no ER realizado em contexto de sala de partos, mas todo o conhecimento técnico-científico adquirido e desenvolvido nos EC's anteriores foi uma mais-valia, pois permitiu-me intervir de forma gradual, complexa e perspicaz junto das mulheres / casais / recém-nascidos, durante o trabalho de parto e o puerpério imediato.

Recorrer à pesquisa de literatura, previamente ao início dos diversos EC's, possibilitou-me adquirir conhecimentos relativamente à temática em questão, passando, assim, a estar desperta para determinados aspetos, para os quais não estava sensibilizada. Saliento que na pesquisa de evidência científica que realizei, nenhum dos artigos nacionais que encontrei reflete sobre o tema da articulação e continuidade de cuidados no âmbito específico da saúde materna, sendo que apenas os artigos internacionais conseguiram dar resposta às minhas convicções nesta área de cuidados.

A articulação e continuidade dos cuidados, entre os CSP e os CSH, nos dias de hoje, são fundamentais para que se consiga dar a assistência esperada e necessária às mulheres / casais / recém-nascidos, que estão cada vez mais empoderados, logo mais cientes dos seus direitos. Uma articulação e continuidade de cuidados bem-sucedidos reflete-se em melhor acesso aos serviços de saúde, elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados, aumento da satisfação dos clientes, obtendo-se, assim, ganhos em eficiência e em saúde. Esta é uma problemática bastante complexa, pois fazer com que duas realidades de prestação de cuidados de saúde, bem distintas, atuem em conjunto, visando a excelência dos cuidados, exige da sociedade uma grande capacidade de acomodação. Por esta razão, é importante que, tanto os órgãos de gestão das instituições de cuidados de saúde, como as entidades políticas, tenham conhecimento da realidade.

No Plano de gravidez de baixo risco (DGS 2015, p. 17) um dos objetivos é "integrar os cuidados pré-natais numa perspetiva mais abrangente que inclua a preparação

da gravidez, a vigilância da gravidez e a consulta de puerpério assegurando a continuidade dos cuidados”.

Entendo que este objetivo da DGS, é um início para a adoção num futuro, espero que seja próximo, da implementação de um sistema de cuidados realizado pelo EEESMO, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério. Este sistema de cuidados tem estado a ser estudado e implementado em alguns países, como se verificou nos estudos mencionados no relatório, na medida em que tem demonstrado ser uma mais-valia na satisfação das necessidades da mulher / casal. São várias as vantagens demonstradas, desde partos menos instrumentalizados, níveis menores de dor relatada pelas mulheres, logo menor recurso a analgesia loco-regional, entre outros aspetos (Sandall et al, 2015).

O EEESMO, segundo Sandall et al (2015), é o profissional de saúde, com as competências necessárias para planear, organizar e prestar de cuidados à mulher desde o início da gravidez até ao puerpério. Atento o ponto de vista de Tavares (2008, p. 23) devido à “natureza do exercício da profissão, os enfermeiros são fundamentais na estrutura e na implementação de uma articulação eficaz entre os dois níveis de prestação de cuidados, cabendo-lhe um papel importante e central nos processos de acompanhamento, prestação, supervisão e avaliação dos cuidados em conjunto com os outros prestadores”.

São ainda identificadas lacunas na continuidade dos cuidados, entre os vários contextos de saúde, no âmbito da articulação entre as instituições. A realidade é que, atualmente, a articulação dos cuidados ainda está muito a cargo da equipa médica. Um dos exemplos nítidos desta situação é que só a equipa médica, em contexto de CSP, consegue referenciar informaticamente a grávida / casal para os serviços de contexto hospitalar, seguindo os critérios de referenciação da UCF. Nos dias de hoje, estão disponíveis diversos meios de comunicação, através dos quais é transmitida a informação entre profissionais de saúde, desde o BSG, as notícias de nascimento, a rede telefónica, a rede de *internet*, os vários sistemas informáticos de registos, mas a verdade é que esta panóplia de meios revela-se insuficiente e com falta de informação. Na minha ótica, a inacessibilidade dos registos de enfermagem realizados pelo EEESMO, relativamente às consultas de vigilância da gravidez, por parte dos EEESMO's a nível das maternidades é um exemplo da lacuna de articulação de cuidados de instituições. Importante salientar que o inverso também

acontece, uma vez que os registos no diário de enfermagem, em contexto hospitalar são realizados em suporte papel, não estando estes registos disponíveis para o EEESMO que acompanhou o mulher / casal durante a gravidez, no contexto de CSP.

Estes aspetos acima identificados vêm demonstrar que ainda temos um longo caminho a percorrer para ir ao encontro do preconizado pela DGS. Segundo esta entidade (2015, p. 12), “os cuidados centram-se nas necessidades de cada mulher, par, família. Fim último no qual o trabalho de vigilância pré-natal ganha sentido e que tem de ser um contínuo entre diferentes níveis de cuidar”. Considero que a grande lacuna, no âmbito da articulação dos cuidados, passa muito pela não circulação de toda a informação relevante, entre os vários contextos de cuidados de saúde, levando à fragmentação e repetição de cuidados, desnecessariamente. O EEESMO tem uma intervenção preponderante, neste âmbito, que está subaproveitada, não havendo a otimização dos recursos humanos existentes, o que automaticamente se traduz em maiores custos e menores ganhos em saúde.

Tanto em alguns estudos como nas entrevistas, evidenciou-se a preocupação que os EEESMO`s têm no desenvolvimento de investigação em determinadas áreas, destacando-se a coordenação de cuidados entre hospital e cuidados de saúde primários, como uma área clínica prioritária de investigação. No futuro, se possível, na continuidade dos conhecimentos aqui apresentados, seria interessante investir no desenvolvimento de canais de comunicação eficientes, entre os EEESMO`s que prestam cuidados nos vários contextos de saúde. Importante referir a importância dessa informação também estar disponível para a toda a equipa multidisciplinar.

Deixo aqui a sugestão, também, que seria importante compreender o grau de satisfação da mulher / casal e, respetivos, ganhos em saúde, quando o mesmo EEESMO`s (ou um pequeno grupo de EEESMO`s), os acompanha, desde a gravidez ao puerpério.

Concluo este trabalho recorrendo a Tavares (2008, p. 62), que faz menção a Faustino, Moreira e Martinho (2002), que consideram que “a continuidade de cuidados deverá ter como condição essencial uma comunicação aberta e eficaz entre as duas áreas de atuação, pelo que a implementação de sistemas que permitam a troca de informação entre os enfermeiros das duas instituições constitui-se numa prioridade para a continuidade desejada seja alcançada”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2010). *Enfermagem Avançada e Reflexão – Uma proposta para o desenvolvimento de competências*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. (Poster).
- APAEO e FAME (2009). *Iniciativa para parto normal: Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- ARS Norte (2009). *Unidades Coordenadoras Funcionais: Saúde da Mulher, Materna e Neonatal, Saúde da Criança e do Adolescente*. Porto: Ministério da Saúde.
- Azevedo, P., Sousa, P. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, n.º 7 jul . 113-122.
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo*. 4.^a ed. Lisboa: Edições 70, LDA.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Brykezynsky (2004). De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. In: Tomey, A. e Alligood, M. (coord.) (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5^a ed. Loures: Lusociência, 2004.
- Brooks, F., Scott, P.(2006). Exploring knowledge work and leadership in online midwifery communication. *Journal of Advanced Nursing*. Reino Unido. 55, 510-520.
- Campos, A, Marques, C., Soares, C. (2011). *Protocolos de actuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. Lisboa: Lidel.
- Carver, N., Ward, B., Talbot, L. (2008). Using Bradshaw's Taxonomy of Needs: listening to women in planning pregnancy care. *Contemporary Nurse: A journal for the Australian Nursing Profession*. Austrália. 30, 76-82
- Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (2012). *Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente – proposta*. Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente.
- Conceição, M. (2112). *O cuidar do Enfermeiro Especialista na continuidade de cuidados e os diferentes contextos de saúde*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

- Craig, J.V., Smyth, R. L. (2003). *Prática baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Dias, A., Queirós, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011- 2016: Estudo “Integração e continuidade de Cuidados”*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Materno-Infantil: Rede de Referência Materno-Infantil*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- DGS (2001). Norma n.º 16 / DSMI. Boletim de Saúde da Grávida. Lisboa: DGS.
- DGS (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: DGS.
- Franco, J., Henriques, C. (2013). Visibilidade da intervenção do enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Materna. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. N.º 13/2013.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman. Modelo de Sistemas. In: Tomey, A. e Alligood, M. (coord.). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Fortin, F. M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Forster, D., McLachlan, H., Davey, M., Biro, M., Farrel, T., Gold, L. & Waldenstrom, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women`s satisfacion with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomises controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth. Australia.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ª ed) Porto Alegre: Artmed.
- Guerreiro, C., Dias, I. (2016). Conceitos básicos de Enfermagem Pré-concepcional. In: Néné, M., Rosália, M., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- ICM (2016). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. *International Confederation of Midwives*. Acedido a 8/12/2016. Disponível em: <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20>

[Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf](#)

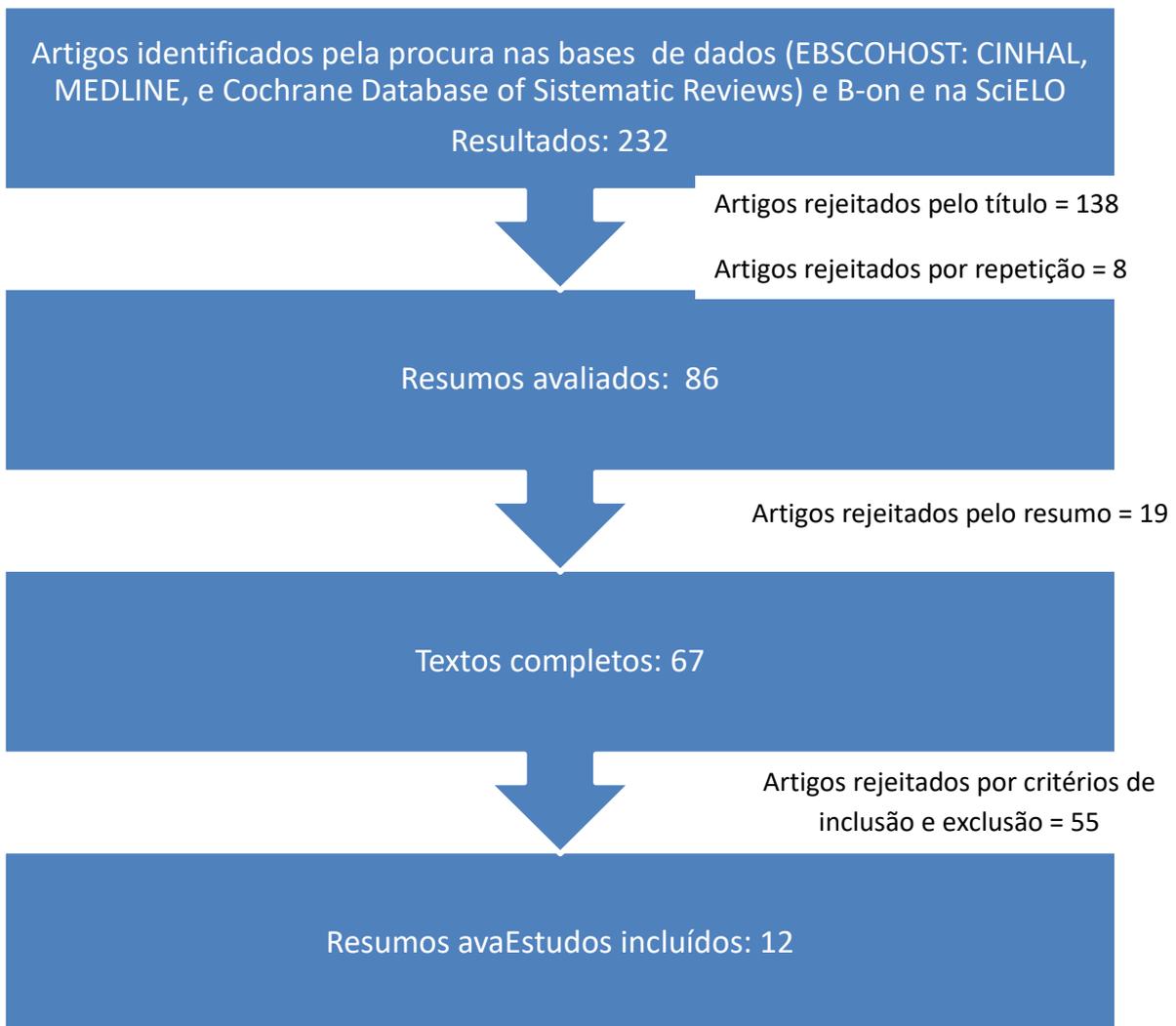
- Ireland, J., Bryers, H., Van Teijlingen, E., Hundley, V., Farmer, J., Harris, F. & Caldwell, J. (2007). Competencies and skills for remote and rural maternity care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. Reino Unido. 58, 105-115.
- Lancaster, D. (1996). Neuman's Systems Model. In: Fitzpatrick, J, Whall, A. *Conceptual Models of Nursing, analysis and application*. (3ª ed). London: Appleton & Lange.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competências da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lopes, M. (2016). Plano de Parto. In: Néné, M., Rosália, M., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta.
- Neuman, B. e Fawcett, J. (2011) *The Neuman Systems Model* (5ªed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Nicholls, Lynn; Webb, Christine (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically diverse research. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford. 56, 414-429.
- Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M. & Ramos, V. (2012). *Interligação e integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares*. Ministério da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações de Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem – Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico – funcionais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Parecer N.º 03/2010 de 22 de Dezembro. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual - Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). 15 Propostas para melhorar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Órfão, A. (2016). Determinação do risco materno-fetal. In: Néné, M., Rosália, M., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Parreira, V., Coutinho, E., Néné, M. (2016) A competência cultural e a prática de Enfermagem no Processo de Maternidade. In: Néné, M., Rosália, M., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Pedro, L., Oliveira, S. (2016). In: Néné, M., Rosália, M., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Pereira, M. (2016). Preparação para o Nascimento e Parentalidade. In: Néné, M., Rosália, M., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Pinheiro, A. (2016). Promoção do Parto Normal. In: Néné, M., Rosália, M., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Pocinho, Margarida (2008). Lições de Metanálise. Acedido em: 19/07/2015. Disponível em: http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Licoes_de_revisao_sistematica_e_metanalise.pdf
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan A., Devane, D. (2015). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (review). Londres: Cochrane pregnancy and Childbirth group.
- Schmied, V., Mills, A., Kruske, S., Kemp, L., Fowler, C., Homer, C. (2010). The nature and impact of collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families. *Journal of Clinical Nursing*. (19). 3516 – 3526.
- Schmied, V., Donovan, J., Kruske, S., Kemp, L., Homer, C., Fowler, C. (2011). Commonalities and challenges: a review of Australian state and territory maternity and child health policies. *Contemporary Nurse*. 40(1). 106-117.

- Severinsson, E., Haruna, M., Frieberg, F. (2010). Midwives group supervision nad the influence of their continuity of care model – a pilot study. *Journal of Nursing Management* (18). Suécia. 400-408.
- Sousa, P., Frade, M., Mendonça, D. (2005). Um Modelo de Organização e Partilha de informação de enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde: estudo Delphi. *Ata.* 18 (4). Acedido em: 12/07/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4.pdf>
- Soveral, Maria Manuela (1996). *O Sujeito em Formação*. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia. Mestrado em Ciências de Educação / Educação e Desenvolvimento. Lisboa.
- Tavares, Helena (2008). *Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados*. Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar. Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- Tomey, A. e Alligood, M. (coord.) (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência.

APÊNDICES

APÊNDICE I
PROCESSO DE SELECÇÃO DOS ARTIGOS DA REVISÃO DA
LITERATURA



APÊNDICE II
RESUMO DOS ARTIGOS DA REVISÃO DA LITERATURA

RESUMO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA SELECIONADA

N.º	Título do artigo	Autores	Referências / Ano/ País	Tipo do estudo	Participantes	Resultados / Conclusões
1	Articulação de cuidados de Enfermagem entre Hospital e Centro de saúde no âmbito dos cuidados continuados.	Tavares, Helena	Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, XIII Mestrado em Ciências de Enfermagem, 2008	Metodologia quantitativa, tipo exploratória descritiva	6 enfermeiros Hospital Divino Espírito Santo e 6 enfermeiros Centro de Saúde de Ponta Delgada.	Enfermeiros reconhecem a importância do seu papel na articulação de cuidados entre o Centro de Saúde e Hospital, recorrendo a estratégias para facilitar essa articulação. Reconhecem ainda a importância de serem considerados gestores de caso, tendo a responsabilidade de garantir a continuidade de cuidados.
2	Um modelo de organização e partilha de informação entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi	Paulino Sousa, Marta Frade, Denisa Mendonça	Acta. Vol. 18, n.º 4 (Junho 2005)	Técnica delphi	Primeiro round: 65 participantes; segundo round: 487 participantes; terceiro round: 467 participantes.	Os consensos encontrados chegaram a pressupostos que orientarão o desenvolvimento de um sistema de informação de partilha de informação entre os vários contextos de saúde, mais especificamente, entre centro de saúde e hospital, assegurando assim a confidencialidade de informação de enfermagem.

3	Midwife-led versus other models of care for childbearing women (review)	Sandall, Jane Devane, Declan Soltani, Hora Gates, Simon Shenran, Andrew	Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Londres.	Revisão Sistemática Literatura	Todos os estudos em que as mulheres grávidas estejam alocadas aos cuidados uma midwife-led e a outros modelos de cuidados durante a gravidez	Modelos de cuidados por parteiras confere benefícios e não demonstra resultados adversos. Mas, devido à exclusão das mulheres com doenças maternas significativas e abuso de substâncias de experimentações de mulheres com risco misto, deverá ter-se em conta na aplicação de descobertas desta revisão para a mulher com complicações médicas substanciais ou obstétricas. Políticos e prestadores de cuidados de saúde devem estar despertos para que tais benefícios sejam concedidos se as parteiras concederem cuidados pré-natais nos vários contextos de saúde. Os políticos que desejam alcançar melhoramentos clínicos importantes nos cuidados maternos, principalmente acerca da humanização do parto, deve considerar modelos de cuidados por parteiras e considerar como rever o financiamento de forma a suportar esses cuidados.
---	---	---	--	--------------------------------	--	---

4	Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados	Azevedo, Paulo Sousa, Paulino	Revista de Enfermagem Referência, 2012 Jul; III Série n.º7; p. 113-122, Coimbra	Artigo de Investigação Estudo Qualitativo	Análise de conteúdo dos dados de 97 casos	A documentação no momento da alta hospitalar traduz a existência de um número significativo de casos onde o papel do prestador de cuidados surge como o foco de atenção do enfermeiro, com implicações no processo de continuidade de cuidados na transição do hospital para a comunidade. A documentação partilhada centrou-se no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o exercício do Papel de prestador de cuidados, não se verificou continuidade no fluxo informacional em metade dos casos analisados.
5	What makes a good-midwife? An integrative review of methodologically-diverse research.	Lynn Nicholls, Christine Webb	Journal of Advanced Nursing, 2006 Nov; 56(4); ISSN: 0309-2402, Oxford, UK	Revisão Sistemática Literatura	33 estudos foram incluídos na revisão	Prestar cuidados na comunidade contribui muito para ser “uma boa Midwife”, recorrendo características do domínio afetivo: compaixão, amabilidade, suporte. No domínio cognitivo: o conhecimento e no domínio psicomotor: a destreza. São necessários os seguintes requisitos: educação e pesquisa, cuidar da mulher

como indivíduo, ter uma abordagem no cuidar e “estar lá” com a mulher quando é essencial. Uma boa Midwife pode compensar uma má gestão dos sistemas, contudo a mulher devia optar quem lhe presta cuidados e os seus companheiros deviam ser envolvidos no cuidar.

6	Commonalities and challenges: A review of Australian state and territory maternity and child health policies	Schmied, Virginia Kruske, Jenny Kemp, Lynn Homer, Caroline Fowler, Cathrine	Revista Contemporary Nurse. 40 (1): 106-117 Dec, 2011 Austrália	Estudo qualitativo: Análise de conteúdo	Analisados 8 artigos na revisão, que refletem as políticas nacionais	Enfermeiras parteiras desempenham um papel fundamental na prestação de serviços de saúde materna, saúde infantil e família, na Austrália. Os resultados indicam que as atuais políticas estavam na linha da frente com a pesquisa e as orientações políticas internacionais, enfatizando prevenção e a intervenção precoce, a continuidade dos cuidados, a colaboração e serviços integrados. A congruência das políticas sugere a hora certa de considerar a introdução de uma abordagem nacional nos cuidados de saúde prestados às grávidas e às crianças.
----------	--	---	--	---	--	--

7	Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and post partum care: results from the COSMOS randomized controlled trial	Forster, Della McLachlan, Helen Davey, Mary-Ann Biro, Mary Farrel, Tanya Gold, Lisa Flood, Maggie Shafiei, Touran Waldenstrom, Ulla	BioMed Central Pregnancy and Childbirth 2016. Austrália 1-13	Estudo de controlo randomizado	2008 mulheres que foram atendidas na visita pré-natal na Maternidade do Hospital de Melbourne, durante o período de recrutamento e que foram identificadas com baixo risco.	Para as mulheres, com baixo risco para o desenvolvimento de complicações médicas, o modelo de cuidar desenvolvido pela parteira aumenta a satisfação da mulher durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto. Este modelo, começou a ser adotado em várias maternidades da Austrália, em que preconiza que a parteira que acompanha a mulher durante a gravidez, também o faça durante o trabalho de trabalho e no pós-parto, promovendo assim a continuidade dos cuidados.
8	Midwives' group supervision and the influence of their continuity of care model – a pilot study	Severinsson, Elisabeth Haruna, Megumi Friberg, Febe	Journal of Nursing Management, 2010, Feb; 18; 400-408. Suécia.	Estudo qualitativo, com recurso a focus group e dados recolhidos em sessões de supervisão.	Parteiras altamente experientes, incluindo uma parteira com experiência no âmbito da saúde mental	A gravidez é um evento importante na vida das mulheres. A ansiedade, problemas na amamentação, a dor relacionada com a gravidez e o nascimento são fatores negativos que afetam um bem-estar mulheres, logo, é essencial reconhecer e identificar as mulheres que necessitam de "mais" apoio durante a gravidez e o parto.

Este modelo de cuidados vem demonstrar que a continuidade dos cuidados tem início na gravidez e continua no parto e nascimento, até o final do período pós-natal, uma vez que permite que as mulheres participem na tomada de decisões sobre a sua saúde e cuidados de saúde. O facto de ser o mesmo grupo de parteiras a acompanhar a grávida, permite à mulher mais satisfação das suas necessidades.

Esta continuidade de cuidados traduz-se na prática em cuidados mais eficazes e seguros, prestados pelas parteiras.

Este estudo vem demonstrar que modelos de serviços integrados estão a mudar a forma como os profissionais estão a trabalhar. A colaboração exige conhecimento dos papéis e responsabilidades dos colegas e habilidade em se comunicar de forma eficaz com uma gama diversificada de profissionais de forma a estabelecer

9	The nature and impact of collaboration and integrated service delivery for pregnant women, children and families	Schmied, Virginia Mills, Annie Kruske, Sue Kemp, Lynn Homer, Caroline Fowler, Cathrine	Journal of Clinical Nursing 2010, April. 19: 3516-3526.	Revisão Sistemática da Literatura	85 artigos e relatórios foram lidos na íntegra	Este estudo vem demonstrar que modelos de serviços integrados estão a mudar a forma como os profissionais estão a trabalhar. A colaboração exige conhecimento dos papéis e responsabilidades dos colegas e habilidade em se comunicar de forma eficaz com uma gama diversificada de profissionais de forma a estabelecer
---	--	---	---	-----------------------------------	--	--

vias de cuidados com mecanismos de referência e de feedback, geram respeito colegial e confiança. Mecanismos de comunicação eficazes e relações profissionais e fronteiras são preocupações fundamentais.

10	Exploring knowledge work and leadership in online midwifery communication	Brooks F; Scott P	Journal of Advanced Nursing, 2006 Aug; 55(4); 510-520. UK. ISSN: 0309-2402	Estudo de caso	Todas as comunicações online (93) em 3 meses e 15 entrevistas a partir do fórum através da intranet do hospital.	Midwife podem exemplificar as características ideais exigidas pelos atuais cuidados de saúde. O posicionamento das tecnologias interativas online, como parte da visão estratégica visa aumentar o conhecimento entre os profissionais de saúde, devendo ter uma atenção especial dentro dos sistemas de saúde.
11	Using Bradshaw's Taxonomy of Needs: listening to women in planning pregnancy care	Carver NA; Ward BM; Talbot LA, Austrália.	Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession (CONTEMP NURSE), 2008 Aug; 30(1): 76-82.	Estudo exploratório, qualitativo	Entrevistas individuais semiestruturadas a mulheres primíparas, que recorreram durante a gravidez à clínica	Os modernos modelos de cuidados de gravidez são dominados por necessidades normativas, e estão intimamente relacionados a modelos de cuidados de saúde focalizados nos aspetos físicos da saúde. O conceito de necessidade pode ser ambíguo quando

			Austrália. ISSN: 1037-6178		do hospital regional em Victoria.	claramente definido. O uso da taxonomia de Bradshaw das necessidades na maternidade, associa mais determinantes da saúde e por fim melhora os resultados na saúde da mulher grávida.
12	Competencies and skills for remote and rural maternity care: a review of the literature.	Ireland J; Bryers H; van Teijingen E; Hundley V; Farmer J; Harris F; Tucker J; Kiger A; Caldow J.	Journal of Advanced Nursing, 2007 Apr; 58(2); 105-115. ISSN: 0309-2402, UK	Revisão Sistemática Literatura	114 artigos e relatórios foram incluídos nos critérios de inclusão, muitos foram excluídos aquando da leitura do texto integral.	Educadores devem estar despertos aos obstáculos que os profissionais que exercem funções nas zonas rurais enfrentam, existindo potencial para se implementar estratégias educacionais como a videoconferência e o acesso à internet. Devem ser apreciados outros métodos de avaliação para além do portfólio. Mais investigação é essencial ao nível das aptidões e competências preconizadas para os profissionais de saúde materna que exercem funções em áreas rurais e remotas.

APÊNDICE III
GUIÃO DA ENTREVISTA

Entrevistas

1. Descreva o circuito da mulher / família / RN, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério.
2. Quais os procedimentos que utiliza na referenciação da mulher / família / RN, para os CSP / CSH. Pode descrevê-los.
3. Quais as intervenções que promovem e / ou condicionam a articulação e continuidade dos cuidados.
4. Que estratégias considera que podem ser desenvolvidas para promover a articulação e continuidade de cuidados.

APÊNDICE IV
CARTA DE APRESENTAÇÃO
CONSENTIMENTO INFORMADO

Carta de Apresentação do Projeto

Área Temática: O Enfermeiro Especialista na articulação e continuidade dos cuidados.

Investigadora: Alexandra Neto Saraiva, estudante do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, n.º 6018, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Docente orientador: Professor Mário Cardoso

Problema em estudo: De que forma o EEESMO promove a articulação e continuidade de cuidados à mulher / família / RN, durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, entre os CSP e os CSH?

Objetivo: Desenvolver competências como EEESMO na prestação de cuidados especializados à mulher, família e recém-nascido durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério, numa perspetiva de articulação e continuidade dos cuidados, entre os vários contextos de saúde.

Metodologia: Realização de entrevistas semi-estruturadas a Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia. As entrevistas serão gravadas, com a respetiva autorização dos entrevistados, de forma a serem posteriormente reproduzidas na íntegra e sujeitas a análise de conteúdo. Com a referida análise pretendo identificar aspetos promotores e constrangedores, sentidos / identificados pelo EEESMO, na articulação e continuidade dos cuidados entre os vários contextos de saúde.

Confidencialidade: Saliento que no tratamento de todos os dados recolhidos nas entrevistas, a confidencialidade dos mesmos será um aspeto primordial. Assim sendo, qualquer nome, local ou outro dado pessoal que possa identificar quer a instituição, quer os Enfermeiros entrevistados será alvo de uma codificação, de modo a evitar quaisquer danos morais ou exposição pública. A escolha de participar ou não no presente estudo é voluntária e inerente à vontade e individualidade de cada pessoa, podendo desistir a qualquer momento do processo.

Consentimento Informado

Investigadora: Alexandra Neto Saraiva – estudante n.º 6018, do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos em documento anexo me foram explicados e responderam de forma esclarecedora às minhas questões. Saliento a permissão para que a gravação, na íntegra, da referida entrevista.

Reconheço que tenho o direito de expor, em qualquer fase de desenvolvimento do estudo, dúvidas relativamente ao projeto, à investigação ou aos métodos utilizados.

Asseguram-se que o presente projeto assegurará toda a minha confidencialidade e total anonimato, uma vez que não revelará quaisquer dados que sejam suscetíveis de me poder identificar.

Pelo presente documento, é de plena e livre vontade que, eu _____ me prontifico a participar neste projeto, através da participação numa entrevista.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura da estudante: _____

Data ____ / ____ / 2016

APÊNDICE V
ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

TEMAS	CATEGORAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE CONTEXTOS
SISTEMAS DE CUIDADOS DE SAÚDE	Cuidados de Saúde Primários	Acessibilidade aos cuidados	<i>“As mulheres vêm e inscrevem-se para consulta com o seu médico de família...o primeiro contacto é connosco enfermeiras especialistas” (E3).</i>
		Vigilância de Saúde Materna	<i>“As senhoras fazem as consultas de vigilância de saúde materna, com a consulta de enfermagem, sempre previamente à consulta médica” (E2).</i>
		Percurso da mulher / casal / recém-nascido	<i>“Nós temos duas situações: as grávidas seguidas no privado e que vão parir no privado e as grávidas que são referenciadas, por nós, para a maternidade (...) As grávidas que parem no privado chegam-nos, muitas vezes, para fazer teste do pezinho, unicamente, e nós nunca tivemos qualquer contacto com elas previamente. (...)” (E1).</i> <i>“As grávidas que são seguidas por nós, a tempo inteiro são referenciadas por volta das 30-32 semanas.” (E1)</i>
	Cuidados de Saúde Hospitalares	Acessibilidade aos cuidados	<i>“As mulheres dão entrada na maternidade pela consulta externa ou pelo SU, depois são encaminhadas para os diversos serviços, consoante o motivo da entrada” (ED).</i> <i>“Na grande maioria, as mulheres entram pelo SU” (EE).</i>
		Vigilância de Saúde Materna e Neoatal	<i>“As mulheres para serem seguidas por nós, durante a</i>

			<i>gravidez, ou já são seguidas cá, anteriormente, nas consultas de ginecologia ou então são encaminhadas pelo centro de saúde” (E6)</i>
		Percurso da mulher / casal / recém-nascido	<i>“A mulher dá entrada, diretamente, ou para o bloco de partos ou para o serviço de medicina materno fetal. Depois vai para o serviço de puerpério e por fim tem alta. O recém-nascido poderá ter necessidade de ir para o serviço de neonatologia” (E5)</i>
	Articulação dos cuidados de saúde	Protocolos de Saúde Materna	<i>“Eu não tenho.” (E1) “Desconheço o protocolo da UCF” (E2). “Os documentos elaborados pela UCF não nos chegam...simplesmente não conseguimos ter acesso (...) Ainda na semana passada pedi o protocolo à direção, responderam-me que tinham de ir procurar” (E3) “aqui na maternidade seguimos as normas e procedimentos preconizados no serviço, que acredito que estão de acordo com os protocolos” (E4) “Os protocolos não estão a ser amplamente divulgados, pela equipa de enfermagem” (E6)</i>
		Profissionais de saúde na articulação dos cuidados	<i>“A avaliação do risco, atualmente, já não podemos registar em termos informáticos, que antes podíamos e agora não</i>

			<p><i>temos acesso, são os médicos que registam em suporte informático” (E3).</i></p>
		<p>Informação recebida / enviada</p>	<p><i>“O encaminhamento, normalmente, é feito a partir das 36 ou 37 semanas, informaticamente, unicamente pelo médico.” (E3)</i></p> <p><i>“Quando estamos a preparar a alta da puérpera e do recém-nascido, validamos sempre se os boletins estão corretamente preenchidos” (E3).</i></p> <p><i>“Via e-mail não recebo nada. A colega de saúde infantil vai recebendo algumas, outras recebem os senhores administrativos, por fax ou por e-mail e depois encaminham para nós. Não chegam a tempo (...) por exemplo, numa proporção de 50 notícias de nascimento recebemos 5 notícias de nascimento“ (E3).</i></p> <p><i>“Chegam tarde... bem tarde. Normalmente, recorremos ao PDS” (E2).</i></p> <p><i>“Fax, neste momento, não vem nada...” (E1).</i></p> <p><i>“Quando estou na triagem, é muito raro receber uma nota de enfermagem, normalmente é sempre uma carta do médico...quando tem” (E5)</i></p> <p><i>“O que recebo é o BSG preenchido pelo médico e enfermeiro, no centro de saúde, e às vezes o plano de parto.” (E4)</i></p>

		<p>Instrumentos de articulação</p>	<p><i>“Sinto que, atualmente, a informação não nos chega... refiro-me a normas, procedimentos... se preciso de alguma informação tenho de ser eu a ir procurar” (E3)</i></p> <p><i>“Os dados relativamente ao parto, são preenchidos, no BSG, pelo profissional que realiza o parto” (E5).</i></p> <p><i>“O BSG vem sempre preenchido corretamente” (E1).</i></p> <p><i>“Após o parto, é realizado o registo do parto no BSG, no programa informático e no processo da mulher” (E6).</i></p> <p><i>“A única informação que tenho do centro de saúde é a que consta no BSG, preenchida maioritariamente pelo médico” (E4).</i></p> <p><i>“Os registos diários dos enfermeiros na maternidade são realizados em suporte papel, não estando acessíveis aos enfermeiros dos CSP” (E6).</i></p> <p><i>“Para nós era muito importante saber se a grávida frequentou um curso de preparação para o parto, e que temas falaram (...) não temos nada escrito, normalmente ou é a mulher ou o marido que nos dão essa informação.” (E5)</i></p>
		<p>Fatores constrangedores</p>	<p><i>“Cada vez mais a minha prestação de cuidados está dependente de múltiplos programas informáticos” (E3).</i></p> <p><i>“Ninguém nos explica como funcionam os programas (...) somos autodidactas” (E1).</i></p>

			<p><i>“Quando as mulheres são seguidas no privado, aí é que não temos mesmo quase nada escrito (...) não temos acesso ao registo informático deles” (E6).</i></p>
		Fatores motivadores	<p><i>“Anualmente, são realizadas 4 sessões de formação, em cada ACES, organizadas pela UCF, em que são apresentados diversos temas relacionados com a saúde da mulher” (E6)</i></p>

TEMAS	CATEGORAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE CONTEXTOS
O CUIDAR DO EEESMO	Mulher / casal / recém-nascido	Empowermente da grávida / casa	<p><i>“Temos várias grávidas a fazerem a vigilância da gravidez connosco e, em simultâneo, no privado” (E1).</i></p> <p><i>“...Por exemplo, tenho mulheres grávidas inscritas aqui, que estão a fazer a vigilância no privado e, depois, fazem uma inscrição esporádica, em outro centro de saúde, para fazerem o curso de preparação para o parto” (E2).</i></p> <p><i>“Temos mulheres cada vez mais informadas, mas depois entregam planos de partos que não se compreendem” (E6)</i></p>
		Individualidade	<p><i>“Quando, no fim da consulta médica, a grávida ainda tem alguma dúvida, volta a falar connosco, até porque, às vezes, nós dissemos uma coisa e depois chegam lá dentro e se, eventualmente, o médico não disse exatamente a mesma coisa, as pessoas vêm tentar perceber...” (E3).</i></p> <p><i>“Cada mulher que aqui entra na sala de partos, é única...e deve ser tratada como tal.” (E5)</i></p>
	Intervenção de Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem	<p><i>“Começamos sempre por uma consulta mais complexa, pois é necessário fazer uma anamnese” (E1)</i></p> <p><i>“ao longo das consultas vamos fazendo as nossas avaliações ,de acordo com a consulta anterior. (E2)</i></p> <p><i>“Quando a mulher dá entrada, no SU, é realizada a triagem, que orienta depois todo um inicio de um processo”</i></p>

			(E5)
		Planeamento de intervenções	<i>“Para mim o ideal seria planear as intervenções com os colegas da maternidade, mas isso é utópico” (E1)</i>
		Intervenção em contexto de CSP	<i>“Tivemos em tempo aqui, mas terminaram. Agora encaminho para UCC que fica do outro lado da cidade ou para a maternidade” (E2).</i> <i>“Aqui no centro de saúde, em UCSP, é mesmo só a consulta de vigilância da gravidez” (E1)</i>
		Intervenção em contexto de CSH	<i>“seguimos as normas e procedimentos do serviço, na nossa atuação” (E5)</i> <i>“Na maternidade, fazemos o curso de preparação para o parto (...) constituída por vários profissionais” (E4).</i> <i>“O curso é preenchido pelas grávidas seguidas por nós e só se sobrarem vagas é que conseguimos disponibilizar vagas para as grávidas seguidas no centro de saúde (...), o que é raro acontecer” (E6).</i>
		Resultados de Enfermagem	<i>“dentro desta área da saúde materna existem muita teorias e maneiras de pensar, e isso reflete-se depois na prática” (E3)</i> <i>“todos os ensinios e promoção de saúde que se faz aqui no</i>

			<i>serviço de puerpério, não percebemos que resultados tem, isso são as colegas no centro de saúde que depois vão perceber” (E6)</i>
		Registo de Enfermagem	<p><i>“os registos são muito importantes mas nem sempre chegam ao destino, eu já trabalhei na maternidade e os colegas não têm tempo para vir ver os nossos registos no PDS” (E2)</i></p> <p><i>“Se formos a ver o BSG diz tão pouco ou quase nada, da especificidade de cada mulher” (E3)</i></p> <p><i>“O que se passa de relevante na maternidade é escrito na nota de alta médica e de enfermagem” (E6)</i></p>
	Continuidade dos cuidados de saúde	Procedimentos de Enfermagem	<p><i>“seguimos as orientações que vêm no plano de vigilância da gravidez, pela DGS e ainda temos as normas e procedimentos instituídas no centro de saúde” (E3)</i></p> <p><i>“estão sempre com ideias novas, e ainda bem, mas depois para quem está na prática é complicado” (E4)</i></p>
		Estratégias de melhoria de continuidade de cuidados	<p><i>“...criar elementos de referências, tanto nos centros de saúde, como nos serviços da maternidade (...) e todos terem acesso a esses elementos através de email ou contacto telefónico” (E4);</i></p> <p><i>“o ideal, mas que cá ainda é uma utopia, é tentar que o enfermeiro que seguiu a gravidez estar com a mulher também no trabalho de parto e parto (...) elas já nos</i></p>

			<p><i>conhecem, por isso sentem-se mais seguras...” (E5);</i></p> <p><i>“fazer uma consulta só de enfermagem à grávida, quando ela vem visitar a maternidade, era ideal, assim conseguíamos perceber antecipadamente qual era o plano de parto do casal e discuti-lo” (E6).</i></p>
		Fatores constrangedores	<p><i>“o que me chateia, é que se eu precisar de falar com uma colega do hospital, eu não sei para quem ligar...ninguém conhece ninguém” (E2)</i></p> <p><i>“quando envio a nota de alta, pela mulher, numa carta, eu nunca vou saber se aquela informação chegou ou não à minha colega” (E6)</i></p> <p><i>“consultar o PDS é a melhor forma de perceber o que se passou com a mulher durante a gravidez, mas consultar o programa demora e nós aqui, raramente temos tempo para o fazer” (E4)</i></p>
		Fatores motivadores	<p><i>“nós aqui na UCSP, somos só duas enfermeiras a fazer as consultas de saúde materna, o que nós permite conhecer bem as grávidas” (E2)</i></p> <p><i>“eu faço o curso para o parto, em contexto privado, alguma delas vêm parir aqui na maternidade, se eu estiver de turno, gosto de ser eu a fazer o parto, porque já as conheço e elas a mim” (E4)</i></p>