

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

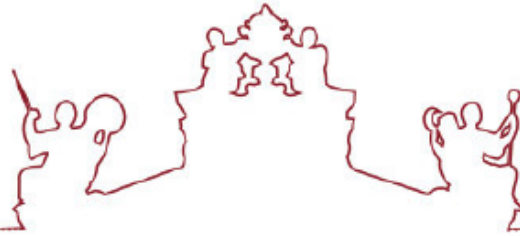
Relatório de Estágio

Qualidade do sono: Associação com a depressão perinatal no contexto de saúde materna e obstétrica

Ana Filipa da Silva Poeira

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

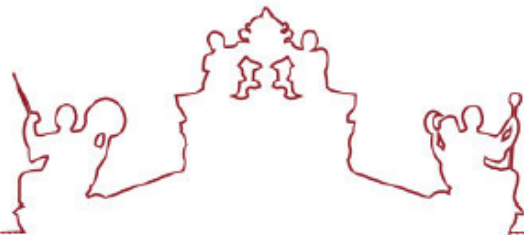
Relatório de Estágio

Qualidade do sono: Associação com a depressão perinatal no contexto de saúde materna e obstétrica

Ana Filipa da Silva Poeira

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Nenhum percurso desta dimensão é percorrido sem a presença e participação de Pessoas que relevam o nosso crescimento e nos permitem concretizar os objetivos. Estou grata:

Às enfermeiras, aos enfermeiros e restantes elementos da equipa multidisciplinar que me ensinaram, com quem refleti e discuti as inter-relações existentes entre a teoria e a prática.

A todas as mulheres e famílias a quem prestei cuidados de enfermagem e me permitiram atribuir sentido ao que faço.

A todos/as os/as colegas, docentes e enfermeiras orientadoras do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela partilha de conhecimento que suportou e suportará a determinação de necessidades, diagnósticos de enfermagem, planeamento e implementação de intervenções de enfermagem e avaliação de resultados no âmbito da saúde materna e obstétrica.

À Professora Doutora Maria Otília Zangão pela orientação do relatório de estágio, disponibilidade e contributos.

A todo o Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal pelo apoio.

Agradeço especialmente ao meu marido, filho e filha, os meus pilares, onde encontro a motivação, força, suporte e inspiração para a superação dos desafios.

Obrigada!

“A mãe hoje em dia é carregada de culpas e obrigações: tem de dar de mamar até tarde, mesmo quando já está a trabalhar e muito cansada, tem de levar os filhos a muitas atividades mesmo quando isso a cansa a ela e aos filhos e sente que tem de lhes dar aquilo que não teve. A mãe que já está cansada, sente-se certamente triste e cheia de culpa.”¹

Professora Doutora Teresa Paiva

¹ Enxerto de entrevista. Entrevista disponível em: [Profissão, maternidade e excesso de tarefas causam problemas de sono na mulher - Atualidade - SAPO Lifestyle](#)

RESUMO

Objetivos: Analisar as competências desenvolvidas no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Compreender a relação entre a qualidade do sono e depressão perinatal.

Metodologia: Estágio realizado sob a metodologia de supervisão e mentoria clínica. Enquanto contributo para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, elaborou-se revisão da literatura e estudo primário inserido no paradigma quantitativo.

Resultados: Adquiridas e consolidadas as competências comuns do/a enfermeiro/a especialista e as competências específicas da área da especialidade. Na gravidez, a má qualidade do sono aumenta o risco de depressão perinatal. A maioria das grávidas referiu que o/a enfermeiro/a não mostrou interesse na sua qualidade do sono.

Conclusões: O entendimento sobre a aquisição das competências, considerando uma abordagem de articulação e multidisciplinaridade entre os diferentes contextos de estágio, demonstrou a complexidade das intervenções do/a enfermeiro/a especialista. É importante considerar a qualidade do sono no plano individual de cuidados da grávida.

Palavras-chave (DeCS): Cuidados de Enfermagem; Cuidado Perinatal; Depressão; Bons Hábitos de Sono; Promoção da Saúde

Sleep quality: Association with perinatal depression in the context of maternal and obstetric health

ABSTRACT

Objectives: To analyze the competences developed within the scope of the Master's internship in Maternal and Obstetric Health Nursing. Understand the relationship between sleep quality and perinatal depression.

Methodology: The internship was carried out under clinical supervision and mentoring methods. We developed a literature review and a study inserted in the quantitative paradigm for contribution to the development of the Nursing discipline.

Results: Acquired and consolidated the common competences of the specialist nurse and the specific competences of the specialty area. In pregnancy, poor sleep quality increases the risk of perinatal depression. Most pregnant women reported that the nurse was not interested in their sleep quality.

Conclusions: Understanding the acquisition of competences, considering an approach of articulation and multidisciplinary between the different internship contexts demonstrated the complexity of the interventions of the specialist nurse. Considering the quality of sleep in the pregnant woman's individual care plan is crucial.

Keywords (MeSH): Nursing Care; Perinatal Care; Depression; Sleep Hygiene; Health Promotion

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL 15	
2.1. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	21
3. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	26
3.1. METODOLOGIA	26
3.2. BREVE DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS.....	27
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	31
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS/AS ENFERMEIROS/AS ESPECIALISTAS	32
4.2. ESPECÍFICAS DOS/AS ENFERMEIROS/AS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	36
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICES	56
APÊNDICE A – ARTIGO CIENTÍFICO INTITULADO <i>Construct of the Association between Sleep Quality and Perinatal Depression: A Literature Review</i>	57
APÊNDICE B – ARTIGO CIENTÍFICO INTITULADO <i>Improving sleep quality to prevent perinatal depression: The obstetric nurse intervention</i>	69
APÊNDICE C - Operacionalização das competências ao longo do Estágio.....	79
APÊNDICE D – Poster com Algoritmo da IVG desenvolvido em âmbito do estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários.....	97
APÊNDICE E – MAPA MENTAL Vacinação contra a COVID-19 na Gravidez.....	99
APÊNDICE F – MAPA MENTAL Vacinação contra a COVID-19 e Aleitamento Materno	108
ANEXOS	116
ANEXO 1 – Autorização para utilização dos instrumentos de colheita de dados....	117
ANEXO 2 – Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar	121
ANEXO 4 – CERTIFICADO DE PÓSTER INTITULADO <i>As Alterações Climáticas e a Saúde em Portugal</i>	125

ANEXO 5 – CERTIFICADO DE PÓSTER INTITULADO <i>COVID-19: Prevalência da burnout nos enfermeiros numa Unidade de Cuidados Intensivos da área metropolitana de Lisboa</i>	127
ANEXO 6 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM REUNIÃO CIENTÍFICA “ <i>Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados</i> ” sob o tema “ <i>Stress Pós-traumático: a parentalidade após a neonatologia</i> ”	129

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Linha Temporal dos Contextos de Estágio de Natureza Profissional	14
Figura 2 – Fotografias de instrumentos de medicina utilizados num antigo Hospital ...	16
Figura 3 – Total de Partos nos hospitais oficiais públicos ou não públicos em 2020	19
Figura 4 - Construto da síntese de evidência sobre a associação entre qualidade do sono e depressão perinatal.....	27
Figura 5 - Valências onde foram prestados cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	31
Figura 6 – Número das experiências práticas em contexto de estágio e simulação sob orientação do/a EEESMO.....	36
Figura 7 – Valências onde foram prestados cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à mulher em situação de abortamento	38

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora (ESESJD-UE), reflete as atividades desenvolvidas pela mestranda na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final para a aquisição de competências do/a Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, salientando-se, o desenvolvimento da temática “Qualidade do sono e sua associação com a depressão perinatal no contexto de saúde materna e obstétrica”, que se desenvolveu num Hospital do distrito de Setúbal.

Este relatório tem como objetivo geral apresentar as competências desenvolvidas pela mestranda ao longo do Estágio de Natureza Profissional realizado durante o 2º ano do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, especificamente as competências comuns do enfermeiro especialista (Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019) e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Diário da República, 2.ª série – N.º 85 – 3 de maio de 2019). O estágio tutelado decorreu em diversos contextos da área de Saúde Materna e Obstétrica (SMO) de forma a ser possível mobilizar as diferentes competências em função das oportunidades de aprendizagem. É ainda objetivo deste relatório, enquanto contributo para os cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, compreender a relação entre a qualidade do sono e a depressão perinatal, bem como a intervenção do enfermeiro junto da grávida na melhoria da qualidade do sono de forma a prevenir a depressão.

Os sintomas de depressão e ansiedade são comuns durante a gravidez e o período pós-natal. “A gravidez e os primeiros anos de vida da criança constituem um período crítico e vulnerável para a saúde mental da mãe e do bebé, marcando todo o desenvolvimento futuro.” (Direcção Geral da Saúde, 2005, p. 5).

Segundo Rocha (1999), citado por Mendes (2014), “a sintomatologia da depressão pós-parto é semelhante àquela que poderá ocorrer em qualquer outro período de vida da mulher, tendo como manifestações humor deprimido, tristeza, ansiedade e irritabilidade, sentimentos de culpa, astenia, alterações do sono, diminuição do interesse sexual, bem como pelas atividades da vida diária, dificuldades de concentração e da memória,

alterações do apetite, agitação ou inibição psicomotora e ideias suicidas. Poderá ainda acontecer uma preocupação obsessiva com a saúde da criança e com o seu bem-estar, bem como sentimentos de incapacidade de desempenho do papel de mãe.” (Mendes, 2015, p. 30).

Assim, a pobre qualidade do sono é um dos fatores de risco para os distúrbios de humor, especificamente para a depressão. Acresce que os distúrbios do sono são comuns na gravidez, sendo que as grávidas apresentam ritmos circadianos alterados, resultando num padrão de sono desajustado (Bais et al., 2019). Especificamente no terceiro trimestre as alterações são: insónias, despertares noturnos, sonolência diurna, acordar após o sono inicial, a fase 1 do sono não *Rapid Eye Movement* (REM) aumenta e o tempo total do sono e as fases 3 e 4 do sono não REM e REM diminuem (Ursavaş & Karadağ, 2009). Ou seja, a maioria das grávidas acordam 3 a 5 vezes por noite durante o terceiro trimestre (Ursavaş & Karadağ, 2009). Vários estudos mostraram que a qualidade do sono durante a gravidez está associada à depressão perinatal e pós-parto (Dørheim et al., 2009; Eichler et al., 2019; Gao et al., 2019; Tham et al., 2016).

A depressão perinatal é uma doença comum, com uma prevalência estimada de 11,9% (IC 95%, 11.4–12.5), segundo meta regressão que incluiu 96 estudos (Woody et al., 2017). “Esta perturbação tem uma alta probabilidade de persistir após o parto, caso não seja prontamente diagnosticada e tratada.” (Portugal. Direcção Geral da Saúde, 2005, p.13). É por isso uma doença com um grande impacto e que justifica a definição de ações eficazes para promover a saúde da grávida e recém-nascido (RN). Uma vez que, o stress e a depressão perinatal podem ser a causa de parto prematuro, assim como baixo peso à nascença (Bei et al., 2010).

A capacitação dos enfermeiros que atuam na área da saúde materna contribuirá para aumentar as suas competências e consequente resposta no acompanhamento das grávidas e igualmente no pós-parto, prevenindo a depressão. Face ao exposto, acreditamos que o impacto do sono na depressão durante a gravidez não deve ser ignorado e que é necessário desenvolver estratégias que possam suportar a gestão do sono e repouso, promovendo a saúde mental das grávidas.

Na opinião de Nunes e Poeira (2021) “uma das razões que, ao longo da construção da disciplina de enfermagem, mais mobilizou as enfermeiras foi a elaboração de teorias. Esta determinação permitiu construir uma profissão com conhecimento científico próprio que suporta toda a prática.” (Nunes & Poeira, 2021, p. 32). Assim, consideramos que todo

o ato de enfermagem encontra a sua sustentação em alguma teoria, pelo que a base do presente relatório é a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine M. Leininger, uma vez que a multiculturalidade foi uma constante ao longo de todo o estágio, tendo sido fundamental respeitar as diferenças relacionadas com os valores, as crenças, a religião, a política, a economia, os laços de sangue e a cultura que tanto determinam a vivência do pré-concepcional, da gravidez, do nascimento e puerpério. Compreender a mulher e família na sua estrutura social é um alicerce do cuidar em enfermagem. No contexto de saúde materna e obstétrica as dificuldades na comunicação potenciam os riscos para a grávida e RN, bem como aumentam o tempo de internamento uma vez que é essencial a compreensão dos ensinamentos efetuados para capacitar as grávidas, puérperas e família no autocuidado e cuidado ao RN (Shaw, 2016).

A teoria de Leininger insere-se na Escola do Cuidar que tem por base o paradigma da transformação. Esta teoria centra-se no cuidar como a essência da enfermagem e enfatiza que os cuidados de enfermagem devem ser adaptados à cultura dos indivíduos, respeitando os seus valores e crenças, ou seja, segundo esta teoria, a enfermagem transcultural é a área principal da enfermagem e baseia-se na prática de cuidados de enfermagem tendo em conta as diferentes culturas, uma vez que o Homem não se consegue separar dos seus antecedentes culturais, da história, da visão do mundo, da estrutura social e do contexto ambiental (Alligood & Tomey, 2004).

O relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos: 1) *Introdução*, contextualizando o relatório e principais fundamentos para a elaboração do mesmo; 2) *Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional* onde são descritos os locais de estágio numa ótica de compreensão das oportunidades que os mesmos proporcionaram para a aquisição das competências, bem como a metodologia utilizada no estágio de forma a dar resposta aos objetivos propostos; 3) *Contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* onde se apresenta o processo de investigação que permitiu estudar o fenómeno da qualidade do sono durante a gravidez e sua associação com a depressão; 4) *Análise Reflexiva sobre o Processo de Mobilização de Competências* que apresenta o pensamento crítico sobre as experiências em contexto de estágio que é inerente à análise reflexiva da aquisição e consolidação das respetivas competências do/a Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; 5) *Considerações Finais* que reúne os aspetos mais significativos do relatório

considerando os objetivos propostos. São ainda apresentados complementos ao texto, com base em anexos e apêndices.

A elaboração deste relatório foi baseada no Regulamento Académico da Universidade de Évora, despacho nº 53/2022 de 01 de abril. A sua elaboração seguiu também as normas de publicação de trabalhos da *American Psychological Association* 7ª. Edição (APA, 2020).

2. CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final decorreu em duas instituições públicas²: numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e num Hospital na região de Setúbal.

O estágio decorreu segundo a linha temporal que se apresenta na Figura 1, sendo que o percurso realizado ao longo dos diferentes contextos permitiram compreender a globalidade da oferta de cuidados de saúde do SNS disponibilizados às mulheres, ou seja, a conjugação das diferentes experiências de aprendizagem nos diversos contextos, contribuíram para uma perspetiva integradora dos cuidados prestados pelo/a Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) atendendo ao meio e recursos disponíveis.

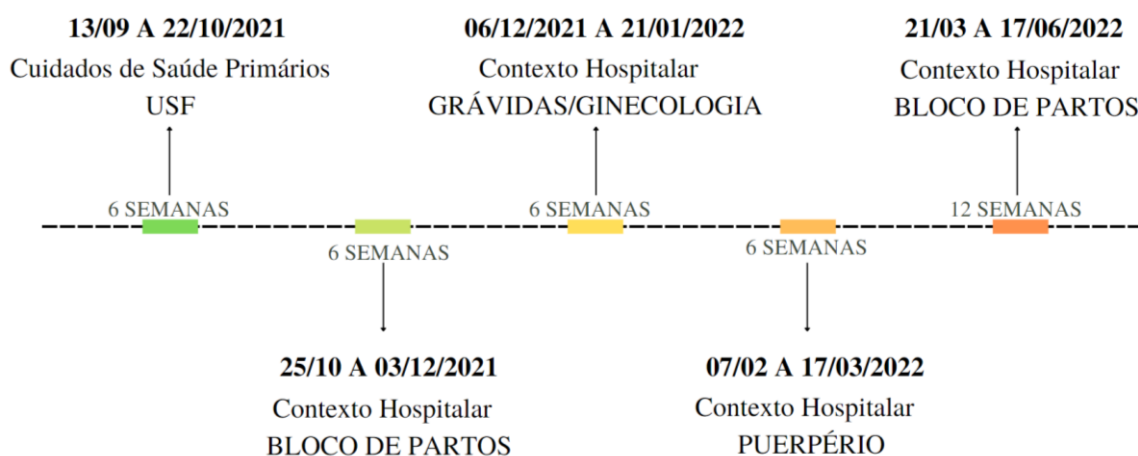


Figura 1. Linha Temporal dos Contextos de Estágio de Natureza Profissional

Fonte: própria, 2022.³

² Considerando a índole do Relatório de Estágio de Natureza Profissional no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia apresentado publicamente na Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus e que ficará disponível em acesso aberto no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, não serão divulgados os locais de estágio de forma a cumprir com o dever de sigilo e confidencialidade de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados e de acordo com o Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

³ Linha do tempo construída com recurso à ferramenta de design online disponível em: <https://www.canva.com>

O Estágio de Natureza Profissional iniciou-se na USF organizada em modelo B que é uma unidade funcional multiprofissional, sendo a equipa constituída por seis médicos, seis enfermeiros e três secretários clínicos⁴, que presta cuidados de saúde primários personalizados a utentes inscritos em lista e agregados em processos familiares.

A USF tem autonomia organizativa, funcional e técnica, integrando em rede com outras unidades de saúde, nomeadamente a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde, por exemplo, se referencia a grávida para o Curso de Preparação para o Parto e Nascimento.

O seu espaço físico é um edifício que data do Séc. XVII, com uma arquitetura hospitalar, tendo sido Hospital da Confraria anexo à Capela da Misericórdia⁵. Neste momento, constituído por sala de reuniões, dois gabinetes administrativos, oito gabinetes médicos, três salas de espera, uma sala de vacinação/consultas de enfermagem, um gabinete de saúde materna e planeamento familiar, dois gabinetes de saúde infantil e uma sala de tratamentos. Para além da arquitetura exterior e interior que nos conduz para a temática da história hospitalar, encontramos ainda instrumentos que representam os cuidados de saúde no passado (Figura 2).

Existe um esforço sério para promover a saúde a nível local com consequente impacto a nível regional e até mesmo nacional, uma vez que a USF onde decorreu o estágio pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo que serve 33% da população nacional

Em agosto de 2021 estavam inscritos na USF mais de 10.000 utentes. Destes, 20,55% (n=2.253) são mulheres em período fértil (15-49 anos) e 1,09% (n=80) são crianças no 1º ano de vida (BI-CSP, 2021).

⁴ Constatamos que não existem assistentes operacionais alocados à USF na sua metodologia organizacional, uma vez que a legislação das USF na constituição da equipa não contempla este grupo profissional. Um elemento que enriqueceria a equipa multidisciplinar atendendo às suas funções de carácter operacional e às suas competências no domínio de trabalho em equipa, relacionamento interpessoal, segurança, higiene e saúde no trabalho. Assim, os assistentes operacionais são da unidade de apoio à gestão do ACES.

⁵ “As Misericórdias exerciam um papel relevante na ajuda aos desvalidos, nomeadamente em casos de peste e de fome. As Misericórdias marcaram uma forte presença assistencial. Desenvolveram atividades de apoio a pobres, indigentes, órfãos e desprotegidos; asseguraram a gestão de hospitais e albergarias; empreenderam a recolha de esmolas; promoveram funerais; facultaram auxílio a presos e condenados; organizaram saídas processionais e manifestações religiosas impressionantes. (...) Na verdade, as Misericórdias constituiriam o “veículo de transmissão do hospital moderno português à escala do reino e seus territórios ultramarinos”. Eram autónomas, administravam capitais próprios e, desde o momento da sua criação, beneficiavam de inúmeros privilégios para facultar assistência aos doentes pobres” (Ribeiro, 2012, p. 59-60).



Figura 2. Fotografias de instrumentos de medicina utilizados num antigo Hospital

Fonte: própria, 2022.

No âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva a USF garante uma equipa de família que promove a manutenção da saúde e a prevenção da doença com a realização de consultas de planeamento familiar e de saúde materna, seguindo as normas da Direção-Geral da Saúde (DGS). Assegura igualmente a consulta de saúde infantil onde se integra a vigilância do RN.

As consultas de Planeamento Familiar, Saúde Materna e Saúde Infantil são programadas pelo enfermeiro de família ou pelo médico de família, de acordo com a periodicidade recomendada nas normas da DGS ou sempre que se justifique. De destacar, que em complementaridade com os outros profissionais da equipa, têm um foco na realização de ensinamentos potenciando o empoderamento dos utentes, sendo que o controle na tomada de decisões tem demonstrado melhorar o nascimento e satisfação das parturientes, e consequentemente, com o potencial de um impacto direto no RN.

Em articulação com a USF, foi ainda possível ter a experiência de realizar dois turnos na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) com uma EEESMO que pertence

à equipa nuclear e em permanência na Unidade⁶ e compreender a estruturação do Curso de Preparação para o Parto e Nascimento (CPPN) integrado na UCC.

Após as seis semanas no contexto de cuidados de saúde primários, o estágio teve a sua continuidade numa organização Hospitalar. Este hospital serve uma população com cerca de 213 mil habitantes pertencentes a vários concelhos do distrito de Setúbal e à área metropolitana de Lisboa. O hospital, na área de Saúde Materna e Obstétrica é constituído por: Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), Bloco de Partos (BP), internamento de Obstetrícia, internamento de Ginecologia, consultas externas e exames especiais de ginecologia e obstetrícia. Possui ainda Internamento de Pediatria e Neonatologia. Desde já, é possível constatar que as diversas valências na área de Saúde Materna e Obstétrica permitiram organizar a formação e aquisição de competências num único hospital, sendo que os serviços em causa se articulam entre si.

Ao longo dos últimos cinco anos o número de partos neste hospital tem vindo a aumentar e tem-se realizado, cerca de 1500 partos por ano⁷, uma média de 4 partos por dia durante o ano. Estes dados contrariam a realidade nacional (Figura 3). Em 2020, segundo a PORDATA, foram realizados nas unidades hospitalares oficiais públicas ou não públicas 69.519 partos (PORDATA, 2020), uma redução de um terço no número de nascimentos nos últimos 20 anos, tendo sido 101.948 o número de partos no ano de 1999 (PORDATA, 2020).

⁶ A UCC é dotada de equipa técnica multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médico, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, higienista oral e assistente técnico.

⁷ Número aproximado, não se pretendendo exatidão no mesmo para não ser identificado o Hospital. Fonte dos dados: dados internos do hospital onde foi realizado o Estágio (2017, 2018, 2019, 2020, 2021).

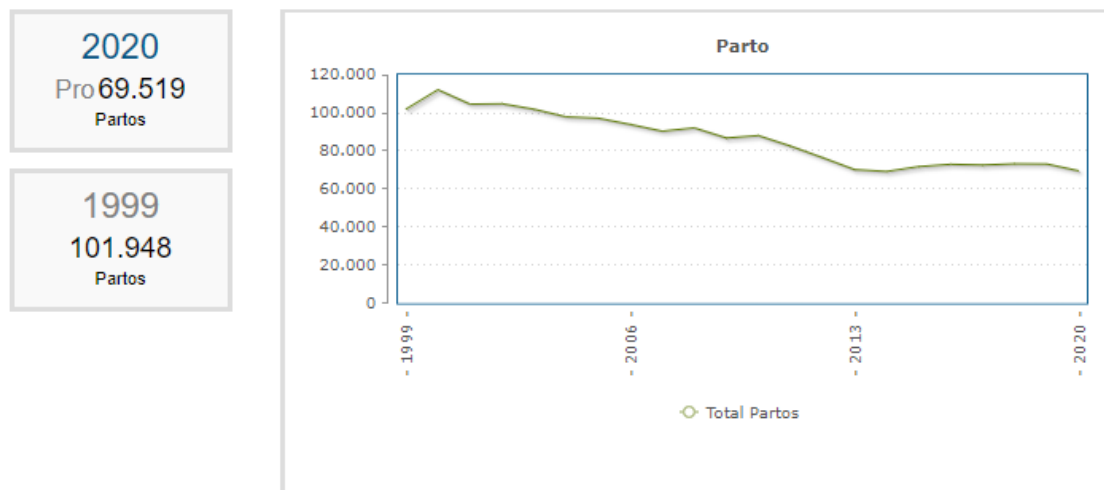


Figura 3. Total de Partos nos hospitais oficiais públicos ou não públicos em 2020

Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, PORDATA, 2020.

A tendência para a descida da natalidade em Portugal é assunto de reflexão. No presente relatório, a discussão sobre os motivos que levam os jovens a terem menos filhos não será esgotada. Contudo, contata-se uma associação negativa entre a riqueza e a fertilidade nas sociedades industrializadas (Stulp et al., 2016), ou seja, as sociedades mais ricas são aquelas que têm menos filhos. São vários os motivos que se vinculam a este fenómeno, mas destaca-se os Direitos das Mulheres. Este avanço permitiu à mulher: a escolha relativamente à natalidade; a independência económica; a utilização de contraceptivos. Mas, o fenómeno em causa abrange várias variáveis com impacto no mesmo, como a religião (McQuillan, 2004) ou o nível educacional (Morita et al., 2012), mostrando de facto a complexidade da análise da relação entre riqueza e fertilidade e dos fatores que influenciam as decisões de fertilidade em países industrializados (Stulp et al., 2016).

Ainda na descrição de aspetos relevantes sobre o contexto hospitalar onde se desenrolou o estágio, constatamos que é considerado um Hospital Amigo dos Bebés (HAB) inserido no programa mundial desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela UNICEF cujo objetivo é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (UNICEF, 2018). São dez as medidas necessárias para ser considerado HAB: 1. “Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.”; 2. “Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.”; 3. “Informar todas as grávidas sobre as vantagens e

a prática do aleitamento materno.”; 4. “Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.”; 5. “Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.”; 6. “Não dar ao RN nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.”; 7. “Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.”; 8. “Dar de mamar sempre que o bebé queira.”; 9. “Não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas ao peito até que esteja bem estabelecida a amamentação.”; 10. “Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes grupos, após a alta do hospital ou da maternidade.” (UNICEF, 2018).

Considerou-se relevante descrever as 10 medidas para o aleitamento materno com sucesso, uma vez que as mesmas tiveram impacto e influenciaram os cuidados de enfermagem em torno do apoio e ensinamentos para o encorajamento da amamentação, durante o decorrer do estágio.

O hospital permite alojamento conjunto, cumprindo não só com um dos critérios para ser considerado HAB, mas igualmente de acordo com o preconizado no despacho nº 20730/2008 de 7 de agosto em Portugal.

Está implementado no BP o *Projeto Maternidade com Qualidade*, desafio proposto inicialmente pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros às várias maternidades, entre 2013 e 2016, eram lançados os resultados percentuais dos indicadores de evidência das técnicas não farmacológicas de alívio da dor, proporcionando às grávidas um parto humanizado e menos medicalizado, tendo em conta a satisfação das mesmas. Este projeto manteve-se na organização e passou a estar integrado na contratualização dos indicadores do serviço. Assim, o BP deste hospital proporciona à mulher a ingestão de líquidos (chá, gelatina ou água), medidas não farmacológicas de alívio da dor (musicoterapia, hidroterapia, cromoterapia, massagem de relaxamento, liberdade de movimentos e bola de Pilatos), analgesia epidural, posições não supinas no trabalho de parto (TP), episiotomia seletiva, amamentação e contacto pele-a-pele na primeira hora após o parto.

O Plano de Parto é um documento implementado na consulta de vigilância pré-natal do Hospital e igualmente considerado no BP. É discutido com a mulher/casal os seus desejos e expectativas em relação ao momento do parto e nascimento. É um momento extremamente relevante que permite, desde logo, desmistificar medos e inseguranças,

advertir que as expectativas relacionadas com o plano de parto estão dependentes da situação clínica do momento e aos próprios recursos e protocolos da organização. Quando o/a EEESMO implementa, defende e respeita o plano de parto da mulher/casal, aumenta a autonomia e a tomada de decisão das mulheres/casais no trabalho de parto e pode levar a uma maior satisfação dos mesmos (Anderson & Kilpatrick, 2012). É um hospital que proporciona vários recursos que apoiam a tríade no período do puerpério, nomeadamente: 1) o cantinho da amamentação situado no serviço de Puerpério; 2) a consulta de enfermagem do Puerpério que é realizada 48h após a alta hospitalar; 3) linha telefónica disponível 24h/365 dias por ano que oferece assistência da equipa de enfermagem do serviço de Puerpério.

De acordo com Ferreira (2016, p. 438) “ao conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem na fase do pós-parto, denomina-se por puerpério”. Assim, o puerpério é marcado por alterações fisiológicas e psíquicas relacionadas com todo o processo de recuperação após a gravidez. “Muitos fatores, incluindo o nível de energia, grau de conforto, saúde do RN, e o cuidado e apoio dados pelos profissionais de saúde, contribuem para a resposta da mãe à criança durante este período” (Cashion, 1999, p. 457).

Estes recursos que são disponibilizados possibilitam sobretudo a identificação de complicações de adaptação física e psicológica da família ao RN e a resolução de problemas sem necessidade de recorrer a um Serviço de Atendimento Permanente. Estes benefícios traduzem-se em ganhos em saúde para a tríade, mas também a um nível mais global, contribuindo para a justiça social e equidade em saúde. Contribuem para o alcance dos *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*, na medida que as intervenções contribuem para o desenvolvimento sustentável do país. E de facto, não é possível prestar estes cuidados à tríade sem que o/a EEESMO esteja dotado/a de conhecimento científico sistematizado e amplo, abrangendo múltiplas temáticas como anatomia e fisiologia materna, características físicas e comportamentais do RN, cuidados ao RN, saúde mental na gravidez e primeira infância, entre outras.

2.1. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

No contexto da enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, a tomada de decisão clínica está focada na saúde da mulher, pelo que será descrita no presente

capítulo a metodologia utilizada no estágio de natureza profissional de forma a dar resposta aos objetivos de estágio.

Assim, considerando a Diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através da Lei n.º 9/2009 de 4 de março e sucessivas alterações, foram definidos objetivos de acordo com o que era esperado da estudante na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, assente no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio de 2019), da Ordem dos Enfermeiros e nas e competências comuns aos enfermeiros especialistas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019).

O objetivo geral do Estágio é:

- Adquirir, desenvolver e consolidar competências para a obtenção do título de EEESMO (de acordo com o regulamento n.º 391/2019) e obtenção do grau de Mestre (ao abrigo do Decreto-Lei n.º 65/2018) na mesma área de atuação, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados.

Enquanto objetivos específicos definiram-se os seguintes:

- Desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade em saúde materna e obstétrica, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

- Desenvolver práticas de qualidade, contribuindo para a melhoria de contínua dos cuidados;

- Desenvolver competências de gestão e liderança;

- Adquirir, desenvolver e consolidar competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;

- Adquirir, desenvolver e consolidar competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;

- Adquirir, desenvolver e consolidar competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto, em situação de saúde/desvio de saúde, e na otimização da adaptação do RN à vida extrauterina;

- Adquirir, desenvolver e consolidar competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante período pós-natal;
- Compreender a relação entre a qualidade do sono e a depressão perinatal, bem como a intervenção do enfermeiro junto da grávida na melhoria da qualidade do sono de forma a prevenir a depressão.

Espelhado nos objetivos propostos, a população-alvo do Estágio engloba mulheres em idade fértil, grávidas, parturientes, puérperas, mulheres com patologia ginecológica, mulheres em fase do climatério e, ainda, RN. A prestação de cuidados de enfermagem especializados atendeu igualmente às crenças, valores e preferências da população-alvo e que, inevitavelmente, se inclui a família e comunidade.

A aprendizagem nos diferentes contextos de estágio suportou-se em diferentes metodologias atendendo a complexidade dos cuidados especializados e da necessidade de desenvolver o conhecimento e as competências necessárias para uma prática especializada em saúde materna e obstétrica. Assim, considerando que a “competência envolve não só a apropriação significativa de conhecimentos científicos, mas também a realização de ações na prática, com utilização adequadas das tecnologias quer de manutenção da saúde quer de reparação dos problemas dos cidadãos, e estas envolvidas numa forte componente relacional de valorização da pessoa como centro de todos os cuidados” (Queirós et al., 2000, p. 7), foram utilizados os seguintes métodos de aprendizagem:

- A supervisão e mentoria clínica por EEESMO e a orientação pedagógica por Professora da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Em que se destaca a utilização do *feedback* e *feedforward* como procedimentos de análise das situações/experiências de estágio, na medida que se identificam os pontos fortes e fracos e conseqüente implementação de ações corretivas. Os momentos de avaliação formativa e sumativa também assumiram uma dupla função, não apenas como momento de validação das aprendizagens, mas igualmente como um suporte das próprias aprendizagens, tendo sido uma forma de pensar, analisar e resumir a aquisição das várias competências do EEESMO de uma forma idiossincrásica.

- O raciocínio clínico enquanto processo de suporte para a tomada de decisão. O conceito de raciocínio clínico em enfermagem pode ser definido como “(...) um processo cognitivo complexo que usa estratégias formais e informais de pensamento para angariar e analisar informação do cliente, avaliar o significado dessa informação e pesar ações

alternativas. Os princípios fundamentais deste conceito incluem a cognição, metacognição e conhecimento específico da disciplina. Estratégias formais e informais de pensamento envolvem análise de decisões, processamento de informação e intuição para avaliar o valor dos dados do cliente.”⁸ (Simmons, 2010, p. 1155). O raciocínio clínico é essencial para as/os EEESMO e a formação deverá permitir o seu desenvolvimento (Cioffi, 1998). A simulação é uma das metodologias utilizadas para promover o raciocínio clínico e tal foi parte estruturante do 1º ano do curso. Contudo, apesar do raciocínio clínico ser uma condição necessária para a tomada de decisão, no contexto de obstetrícia, essa tomada de decisão tem de ser negociada com a mulher e os outros elementos da equipa multidisciplinar (Jefford et al., 2016), tendo sido este 2º ano do curso mandatário para desenvolver os objetivos apresentados anteriormente. Apesar de existirem várias recomendações, normas e *guidelines* que estruturam a tomada de decisão em obstetrícia e regulam o grau de autonomia dos/das EEESMO (nomeiam-se as principais: Organização Mundial da Saúde, Direção Geral da Saúde, Ordem dos Enfermeiros, International Confederation of Midwives, International Federation of Gynecology and Obstetrics), estes documentos não expõem as questões complexas do raciocínio clínico e do relacionamento interpessoal.

- O processo de reflexão, Schön, citado por Queirós et al. (2000), afirma que “os profissionais na sua prática diária enfrentam situações únicas e complexas, insolúveis, pelo que sugere uma aproximação na qual a aprendizagem dos profissionais seja facilitada pela reflexão” (p. 34). É assim possível explorar as diferentes situações/experiências de aprendizagem envolvendo uma análise crítica dos sentimentos e conhecimentos em torno dessa situação/experiência e conseqüente aprendizagem que pode ou não levar à mudança (Queirós et al., 2000).

- A prática baseada na evidência enquanto metodologia de aprendizagem e de melhoria contínua dos cuidados. Pesquisar evidencia apreciar criticamente a qualidade dos estudos, apreciar criticamente se a evidência se adequa à pessoa/família/comunidade e aplicar a mesma na prática diária assegura que se procede de uma forma eficaz e com

⁸ Tradução de texto original: "(...) a complex cognitive process that uses formal and informal thinking strategies to gather and analyze patient information, evaluate the significance of this information and weigh alternative actions. Core essences of this concept include cognition, metacognition, and discipline-specific knowledge. Formal and informal thinking strategies blend decision analysis, information processing, and intuition to evaluate the value of patient data." (Simmons, 2010, p. 1155).

aos mais elevados padrões de qualidade (Craig & Smyth, 2004; Aromataria & Munn, 2020).

- A realização de mapas mentais que permitiram: 1) o desenvolvimento do conhecimento em torno de uma temática específica, nova e em contínua evolução; 2) a organização dos conceitos e ligações entre eles.

- A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine M. Leininger foi pilar durante o Estágio, uma vez que a multiculturalidade foi uma constante ao longo do mesmo, tendo sido fundamental respeitar as diferenças relacionadas com os valores, as crenças, a religião, a política, a economia, os laços de sangue e a cultura que tanto determinam a vivência do pré-concepcional, da gravidez, do nascimento e puerpério. A cultura, segundo Leininger, citado por Nunes (2009) é “o conjunto de valores, de crenças e regras de comportamento, que podem ser apreendidos, partilhados e transmitidos por um grupo específico e que orientam as suas formas de pensar, de decidir e de agir, no geral e, do mesmo modo, em relação à saúde e aos cuidados.” (p. 49). De facto, a enfermagem transcultural deverá suportar transversalmente o saber e a práxis pois só assim compreendemos e sistematizamos as informações da pessoa/família/comunidade. Lidar com a diversidade é componente essencial dos cuidados de enfermagem.

3. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Não descurando a necessidade de contínua ampliação do conhecimento científico para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e para a transformação da prática, neste capítulo, apresentamos contributos para os cuidados de EEESMO, nomeadamente revisão da literatura sobre a temática da qualidade do sono e sua associação com a depressão perinatal, assim como estudo primário inserido no paradigma de investigação quantitativa, do tipo descritivo e correlacional, com corte transversal.

3.1. METODOLOGIA

Este capítulo do relatório é apresentado através da compilação de dois artigos científicos em revistas indexadas.

O primeiro artigo científico, intitulado *Construct of the Association between Sleep Quality and Perinatal Depression: A Literature Review* consiste numa revisão da literatura que permitiu conceptualizar a problemática e cujo objetivo consiste na sistematização da evidência científica sobre a associação entre a qualidade do sono e a depressão perinatal (APÊNDICE A). Artigo publicado na revista *Healthcare* (ISSN 2227-9032)⁹, segundo o critério de classificação do *Scimago Journal* na categoria *Health Policy* é uma revista Q2 (2021)¹⁰.

O segundo artigo científico, intitulado *Improving sleep quality to prevent perinatal depression: The obstetric nurse intervention* apresenta as principais conclusões do estudo primário e cujos objetivos foram: 1) analisar a relação entre a qualidade do sono e a depressão perinatal; 2) identificar a intervenção do enfermeiro na melhoria da

⁹ Poeira AF, Zangão MO. Construct of the Association between Sleep Quality and Perinatal Depression: A Literature Review. *Healthcare*. 2022; 10(7):1156. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071156>

¹⁰ Informação disponível em <https://www.scimagojr.com/journalsearch.php?q=21101041844&tip=sid&clean=0>

qualidade do sono no período perinatal. Artigo publicado na revista *International Journal of Translational Medicine* (ISSN 2673-8937)¹¹ (APÊNDICE B).

3.2. BREVE DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

A depressão perinatal, em função das consequências graves que traz para as mulheres, crianças e família, precisa de ser identificada precocemente, preferencialmente durante a gravidez, ou logo após o parto, justificando a prioridade do seu rastreio e prevenção. A partir da realização da revisão da literatura constatou-se que a temática da qualidade do sono tem sido explorada pela sua relevância enquanto fator protetor da saúde mental (Poeira & Zangão, 2022).

No âmbito da saúde e da implementação de boas práticas na deteção de sinais e situações de risco é importante salientar a relevância de intervenções promotoras da saúde mental na gravidez. A má qualidade do sono durante a gravidez aumenta o risco de depressão perinatal, mesmo controlando fatores de risco como o sofrimento psicológico e o stress (Poeira & Zangão, 2022).

As grávidas com depressão não são apenas subdiagnosticadas, mas também relutantes em procurar ajuda, pelo que identificar variáveis que possam revelar sintomas pré-natais de depressão poderá ser uma estratégia eficaz para sinalizar mulheres que necessitam de cuidados adicionais ao longo do período perinatal (Osnes, et al., 2021). A interpretação dos estudos incluídos na revisão da literatura possibilitou a síntese das principais variáveis serem consideradas durante a avaliação pré-natal e pós-natal pelos profissionais de saúde em saúde materna e obstétrica e que se apresenta na Figura 4.

¹¹ Poeira AF, Zangão MO. Improving Sleep Quality to Prevent Perinatal Depression: The Obstetric Nurse Intervention. *International Journal of Translational Medicine*. 2023; 3(1):42-50. <https://doi.org/10.3390/ijtm3010004>

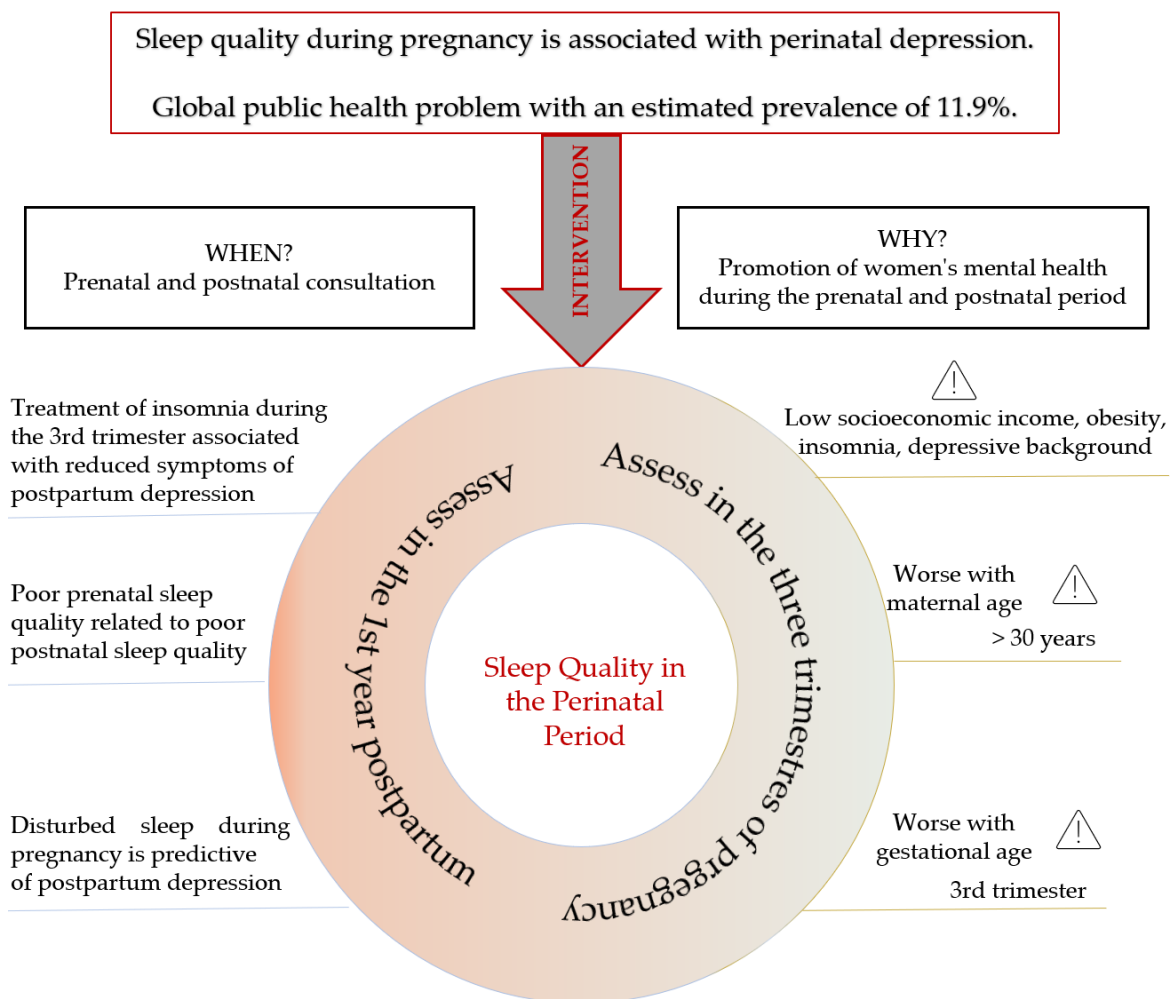


Figura 4. Construto da síntese de evidência sobre a associação entre qualidade do sono e depressão perinatal

Fonte: Poeira, A.F.; Zangão, M.O. Construct of the Association between Sleep Quality and Perinatal Depression: A Literature Review. *Healthcare* 2022, 10, 1156

Na literatura há consenso de que é fundamental mais pesquisa sobre a taxa de depressão e ansiedade em grupos vulneráveis e minoritários (Stuart-Parrigon & Stuart, 2014).

Com a realização do estudo primário, foi possível identificar que a grande maioria das mulheres apresentavam má qualidade do sono (Poeira e Zangão, 2023). Frequentemente, a má qualidade do sono é associada ao aumento da necessidade de urinar, dor lombar ou síndrome das pernas inquietas (Okun et al., 2018). E essa interpretação pode levar à desvalorização da má qualidade do sono, seja pela mulher e família, seja pelos profissionais de saúde, assumindo que é normal e fisiológico na gravidez.

O presente estudo, com uma amostra constituída por 53 mulheres (n=32 (60,4%) grávidas com ≥ 28 semanas e n=21 (39,6%) puérperas até ao 7º dia após o parto), demonstrou que a intervenção do enfermeiro foi insuficiente quanto à qualidade do sono das participantes. As estratégias abordadas pelos enfermeiros como promotoras da qualidade do sono também foram pouco exploradas. As posições para dormir, o conforto do ambiente, horários de sono, uso de roupas confortáveis para dormir foram as estratégias abordadas pelos enfermeiros.

Quando avaliada a qualidade do sono, verificamos que apenas 9,2% (n=9) apresentavam sono de boa qualidade. A mediana do instrumento Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) foi 10 ($\pm 3,63$).

Relativamente à presença de sintomatologia depressiva, verificou-se que a mediana da pontuação da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi de 12 ($\pm 4,43$), sendo que 27 participantes (50,9%) foram identificadas como tendo provável depressão com pontuação maior ou igual a 12.

O escore do PSQI foi significativamente diferente ($p=0,016$) entre as mulheres com provável depressão (n=27, 50,9%) e as mulheres que não apresentam sintomas de depressão (n=26, 49,1%). São as mulheres com provável depressão que apresentam piores valores de qualidade do sono.

Quando realizados os testes de Mann-Whitney-U e Kruskal-Wallis para efeitos comparativos entre características individuais e clínicas da amostra e depressão (EPDS ≥ 12) e má qualidade do sono (PSQI > 5), verifica-se que o valor da qualidade do sono não é significativamente diferente entre as características individuais e clínicas das participantes, considerando as variáveis: período gestacional, idade, nacionalidade e número de gestações ($p > 0,05$). Os mesmos resultados para a relação entre essas variáveis e provável depressão ($p > 0,05$), exceto para a variável Nacionalidade ($p=0,013$). Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre mulheres portuguesas e mulheres de outra nacionalidade quanto à probabilidade de depressão, tendo as mulheres de outra nacionalidade um risco mais elevado de depressão.

Os resultados são consistentes com outros estudos (Mindell, et al., 1992; Yang, et al., 2018; Kempler, et al., 2020; Osnes, et al., 2021), as grávidas apresentam má qualidade do sono. A literatura refere que tratamentos/programas direcionados à melhoria da qualidade do sono pré-natal devem ser mais explorados, como a redução do stress com

utilização de programas de *mindfulness* e/ou psicoeducacionais (González-Mesa et al., 2019; Hyun et al., 2022; Kempler et al., 2020).

Promover a saúde e a educação para a saúde é uma intervenção autónoma e da responsabilidade dos enfermeiros, requerendo maior ação pelo/a EEESMO na necessidade de vida Sono e Repouso da grávida e puérpera.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer deste percurso é esperado que a mestranda desenvolva competências comuns do/a Enfermeiro/a Especialista e Específicas do/a Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ao longo deste capítulo apresentamos e refletimos acerca da aquisição e desenvolvimento das competências durante o Estágio de Natureza Profissional, tendo em conta o perfil de competências do/a Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. É ainda apresentado documento que foi construído ao longo do estágio com a operacionalização das competências do/a Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (APÊNDICE C). O mesmo teve como objetivo geral apresentar e documentar as competências desenvolvidas pela mestranda ao longo do Estágio realizado durante o 2º ano do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, e tem como objetivo específico complementar a análise reflexiva que se segue.

Ainda para fundamentar as competências desenvolvidas em função das oportunidades nos diferentes contextos de estágio, apresenta-se na Figura 5 as várias valências onde foram prestados cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

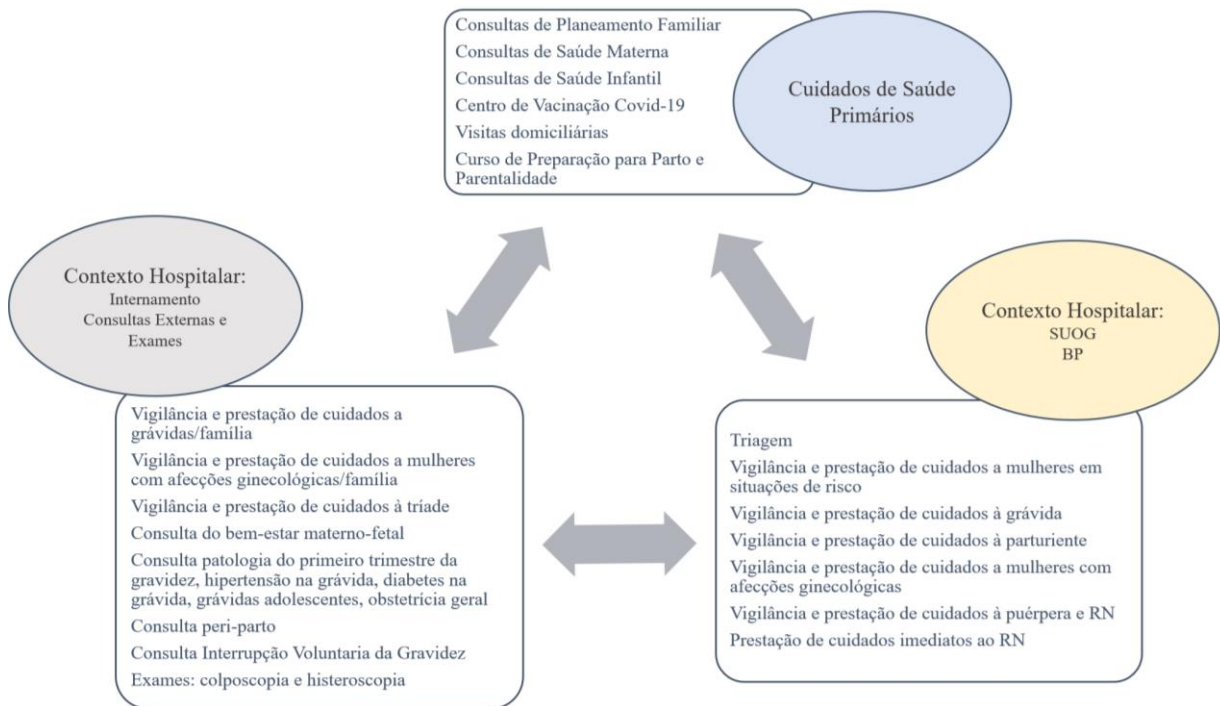


Figura 5. Valências onde foram prestados cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Fonte própria, 2022.

Foi igualmente primordial refletir e compreender como todas estas valências se articulam, o que possibilitou uma visão mais ampla e plena da complementaridade entre os CSP e o contexto Hospitalar no âmbito da saúde da mulher.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS/AS ENFERMEIROS/AS ESPECIALISTAS

O enfermeiro especialista é, segundo OE (2019, p. 4744), “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019). Independentemente da área de especialidade, o/a enfermeiro/a especialista partilha um conjunto de competências comuns que devem ser “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da

formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (1996), artigo 8º, alínea 1: “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (p. 4). Acresce ainda, na alínea a) e b) do n.º 1 do artigo 5.º referente às competências no âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, refere, respetivamente, que o Enfermeiro Especialista “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 4745).

Assim, foi esta a conduta assumida ao longo de todo o estágio e que se operacionalizou através de uma prática clínica reflexiva para o processo de tomada de decisão, conciliando essa tomada de decisão com fundamentação na evidência científica e investigação. Todas as decisões foram validadas com a supervisora clínica e a orientadora pedagógica, tendo sido discutido com a equipa de enfermagem e Senhores/as Enfermeiros/as Gestores/as sobre o processo de tomada de decisão, autonomia profissional e responsabilidade dos/as enfermeiros/as.

Foi respeitado o direito à privacidade das mulheres e casais, matéria de enorme relevância no âmbito da área de ginecologia, obstetrícia e saúde reprodutiva, e com grande impacto no próprio estabelecimento de uma relação de confiança enfermeira - mulher/casal. Em todos os locais de estágio, desde o BP até às consultas de vigilância de saúde das mulheres, existem características próprias relacionadas com aspetos íntimos e ligados à sexualidade, podendo muitas vezes serem encarados como constrangedores para a mulher/casal. Assim, foi sempre salvaguardada a privacidade e a intimidade da pessoa perante as funções desempenhadas e igualmente na supervisão das tarefas delegada (fechar sempre a porta, fechar cortinas, manter um ambiente confortável e aquecido, proporcionar um vestuário adequado, entre outros).

Nas situações de IVG foi respeitado o direito à autodeterminação, direito este que está garantido na Deontologia Profissional dos Enfermeiros, o Artigo 105º refere que o enfermeiro/a no respeito pelo direito à autodeterminação tem o dever de informar a pessoa e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem e informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre o modo de os obter. O mesmo foi garantido

noutras situações vivenciadas ao longo do estágio, como por exemplo, respeitar a decisão da mulher não amamentar, sendo que o EEESMO se preocupa em garantir que a decisão da mulher é tomada de forma consciente e informada.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros “a negação ou desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional (...) a dor pode e deve ser avaliada, atenuada, mitigada” (Conselho de Enfermagem, 2008, p. 7). Face ao contexto, a dor é muito frequente, como por exemplo durante o trabalho de parto ou no puerpério devido a perineorrafia, pelo que a mesma foi sempre priorizada no plano de cuidados. Ou melhor, a dor em obstetria não pode ser considerada apenas no trabalho de parto e parto, outros são os momentos em que a mulher vivencia dor. A dor “é uma resposta complexa, subjetiva e multidimensional, influenciada por todo o contexto sociocultural em que a pessoa se encontra, a um estímulo mecânico ou físico” (Guerra, 2016, p.408). Em obstetria a dor é igualmente influenciada pelas características individuais da mulher/casal, assumindo-se como subjetiva e multidimensional (Guerra, 2016).

Destacar ainda, uma procura pela prestação de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes face ao contexto multicultural da organização de saúde onde decorreu grande parte do estágio. Atender a aspetos significativos das diferentes religiões, etnias, tradições e costumes é respeitar, é manter a singularidade e individualidade. Até porque facilmente se pode entrar em conflito com estes aspetos significativos considerados por cada mulher/casal e aquilo que constitui cuidados seguros e eficazes. Assim, uma das estratégias adotadas foi o respeito e defesa do plano de parto, o que levou a uma maior compreensão e melhor comunicação entre mim e mulher/casal. A/O EEESMO desempenha um papel fundamental na criação de um ambiente seguro e de confiança no momento do parto. Não comunicar, não empoderar, não permitir o questionamento e tomada de decisão irá comprometer a qualidade dos cuidados e satisfação da mulher/casal (Anderson & Kilpatrick, 2012).

Foram cumpridos todos os princípios éticos e deontológicos decorrentes da realização do processo de investigação e considerando as diferentes fases que constituem o mesmo. De forma agir com honestidade intelectual, respeitando as autorias, foram solicitados aos autores das escalas autorização para utilização das mesmas para fins de investigação (ANEXO 1). O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar onde foi realizado o mesmo (ANEXO 2).

A melhoria contínua da qualidade contribui para o desenvolvimento organizacional com o envolvimento de todos os profissionais de saúde na procura de soluções por cuidados de saúde seguros e de qualidade e sobretudo, centralizados nas necessidades de quem cuidamos. Sendo ainda relevante, conseguir atingir os resultados desejados da forma correta, ou seja, não interessa apenas o resultado em si, mas também a forma como é atingido (Biscaia, 2006). Assim, considerando o atual cenário pandémico que temos vivido, com necessidade constante e emergente de reestruturação de serviços e organizações, de participação de todos os interessados na formulação e desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam à resolução de um problema emergente do sistema de saúde, destaca-se a participação e envolvimento da mestrandia no Centro de Vacinação Covid-19.

Claro está que a melhoria contínua da qualidade, está diretamente ligado ao domínio da gestão. Segundo Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 76/2018, Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (Diário da República, 2.ª série – N.º 21 – 30 de janeiro de 2018), o Enfermeiro Gestor “detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo” (p. 3478).

Considerando a formação da formanda, o domínio da gestão dos cuidados é compreendido como um conjunto de recursos que promovem a gestão de recursos, contribuindo para o desempenho, eficácia e eficiência organizacional. Uma visão sobre organização, sobre planeamento e estratégia organizacional exige um líder que desafia, ouve e influencia. O líder enquanto *coach* tem impacto no local onde está inserido, uma vez que a forma como comunica e pensa permite alinhar metas e objetivos. E para o líder a sua base é a comunicação. É através da comunicação que o líder se conecta às pessoas. Assim, o líder *coach* tem de perceber que a comunicação é o pilar que suportará a sua liderança. Por outras palavras, podemos dizer que a orientação para os resultados só se consegue com uma relação *coach-coachee* que se baseie numa cultura de confiança, de interdependência, de parceria e de comunicação.

Ainda dentro da melhoria contínua da qualidade, o aprofundamento de conhecimentos sobre a temática da qualidade do sono e relação com a depressão perinatal

contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados e para as decisões baseadas em evidência.

Por último, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi constante ao longo do estágio e fomentou-se a investigação em enfermagem como meio de desenvolvimento do exercício profissional. Destaca-se: 1) apresentação de póster¹² intitulado *A qualidade do sono enquanto fator protetor da depressão perinatal: revisão da literatura* no XXIII Encontro Nacional & VII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (ANEXO 3); 2) coautoria de comunicação oral intitulada *As Alterações Climáticas e a Saúde em Portugal* no IV Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: velhos desafios e novas oportunidades (ANEXO 4); 3) coautoria de comunicação oral intitulada *COVID-19: Prevalência da burnout nos enfermeiros numa Unidade de Cuidados Intensivos* da área metropolitana de Lisboa no IV Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: velhos desafios e novas oportunidades (ANEXO 5). Constata-se que a formanda compreendeu a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão de Enfermagem e a tomada de decisões baseadas na evidência científica, demonstrado através da publicação dos dois artigos científicos desenvolvidos no âmbito da temática do presente relatório.

4.2. ESPECÍFICAS DOS/AS ENFERMEIROS/AS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Durante o percurso realizado foi essencial a mobilização de várias competências específicas do/a EEESMO que, inevitavelmente, irão conferir uma capacidade de intervenção diferenciada. A reflexão sobre os processos de tomada de decisão e sobre os fundamentos que suportam a tomada de decisão é a base para a melhoria contínua, assim como para a otimização do autoconhecimento e consciencialização de si enquanto pessoa e enfermeira. Considerou assim, que ao longo de todo o estágio apresentou uma postura de reflexão e discussão, otimizando todos os momentos de aprendizagem.

¹² Comunicação oral distinguida com o terceiro prémio na categoria posters.

Apresenta-se na figura 6 o número relativo às experiências práticas em contexto de estágio e simulação sob orientação do/a EEESMO e que dão resposta ao 5.1 - B do Anexo II, da Lei nº 25/2014, de 2 de maio (p. 2587-2588).

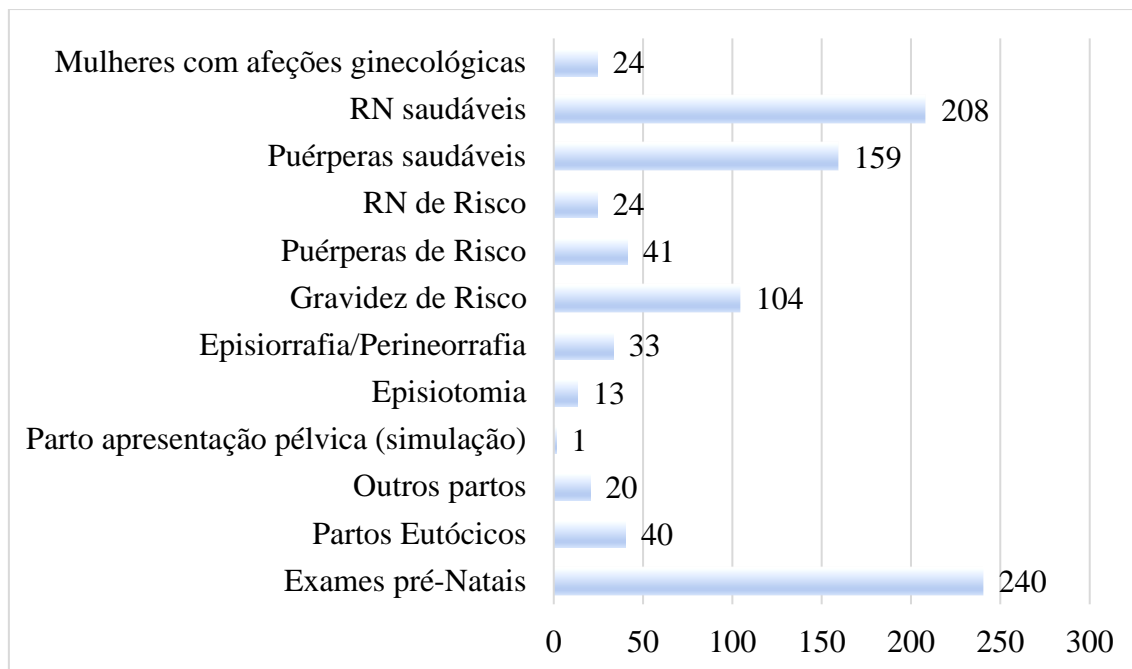


Figura 6. Número das experiências práticas em contexto de estágio e simulação sob orientação do/a EEESMO

Fonte: própria, 2022.

Apresenta-se ainda em complementaridade, tabela com a descrição das experiências clínicas que permitiram operacionalizar ao longo do Estágio realizado durante o 2º ano do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora. A tabela encontra-se estruturada segundo as unidades de competência, os critérios de avaliação e a operacionalização das competências ao longo do Estágio (APÊNDICE C). A sua construção teve por base os dois regulamentos que especificam as competências do/a EEESMO: 1) Regulamento dos domínios das competências comuns do enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019; 2) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série – N.º 85 – 3 de maio de 2019.

Como já foi referido anteriormente, torna-se mais enriquecedor descrever a aquisição das competências numa perspetiva de articulação e multidisciplinaridade entre

os diferentes contextos de estágio, pelo que se opta por abordar algumas das experiências com maior dimensão e/ou maior incidência durante o período de estágio e que refletem a complexidade das intervenções do/a EEESMO.

No SUGO foi possível realizar: a avaliação inicial das utentes e respetiva triagem; anamnese e exame ginecológico; CTG; intervenções de enfermagem associadas a tratamentos necessários. Foram várias as experiências vivenciadas, contudo a ameaça de parto pré-termo (APPT) foi uma das complicações associadas à gravidez com a qual contactou não só no SUGO mas também no internamento de grávidas. Ainda no serviço de Neonatologia¹³ a mestranda observou os cuidados de enfermagem ao RN prematuro. Consciente da complexidade inerente ao cuidar em neonatologia, procurou atividades e formação complementar que lhe possibilitassem aprofundar os conhecimentos na área, como é exemplo a participação em reunião científica “Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados” (ANEXO 6).

A distinção entre APPT e parto pré-termo (PPT) não é simples (Graça, 2017). A APPT e o PPT ocorrem antes de estar completa a 37ª semana de gestação, sendo que a APPT se caracteriza pelo aparecimento de contratilidade uterina frequente e regular, mas sem apagamento ou dilatação do colo apesar de segmento inferior uterino se apresentar distendido, enquanto no PPT aliado à contratilidade uterina o colo do útero já apresenta alterações, especificamente apagamento e dilatação (Graça, 2017).

Em Portugal, a taxa de PPT tem vindo a diminuir, passou de 8,0% em 2015 para 6,8% em 2020 (INE, 2020). Sendo que em 2020, “as percentagens superiores ao valor nacional verificaram-se nas mães com 35 ou mais anos”. (INE, 2020, p. 42).

De facto, o conhecimento dos fatores de risco por parte do/a EEESMO que vigia a gravidez é desde logo uma estratégia para identificar e evitar o PPT. “As causas principais do desencadeamento prematuro do trabalho de PPT espontâneo são as seguintes: hiperdistensão do miométrio e/ou alterações cervicais precoces; stress materno-fetal; e infeção fetal/materno,” (Graça, 2017, p. 334). Assim, consegue-se perceber com a presente complicação na gravidez que a atuação do/a EEESMO vai para além dos cuidados prestados em contexto de urgência ou internamento, como por exemplo com a administração de terapêutica prescrita para a inibição das contrações e para a maturação pulmonar fetal. A vigilância efetiva da gravidez quer ao nível dos CSP

¹³ Unidade de Neonatologia com capacidade técnica de cuidados perinatais a partir das 34 semanas de gestação que não requeiram cuidados intensivos neonatais.

quer ao nível das consultas externas em contexto hospitalar são de enorme relevância, despistando e prevenindo complicações no âmbito da saúde da mulher.

O próprio impacto negativo do internamento perante uma gravidez de risco está para além das complicações físicas. E foi visível, durante o estágio realizado no internamento, sentimentos como a ansiedade, a preocupação, a angústia e tristeza das grávidas, não só pela situação que estão a vivenciar, mas também, por toda a situação familiar causada pela sua ausência (exemplo, a separação de outros filhos). Aqui, o plano de cuidados foi direcionado para a promoção de uma transição saudável considerando as condições individuais e mecanismos de coping face a diagnósticos de enfermagem como ansiedade atual, medo atual e solidão atual.

Verdadeiramente, a passagem pelos diversos contextos e a capacidade de reflexão sobre a intervenção do/a EEESMO em todos eles potenciaram a aquisição das competências ao nível: 1) da promoção da saúde da mulher e RN nos períodos pré concecional, pré-natal, trabalho de parto e pós-natal; 2) do diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e RN nos períodos pré concecional, pré-natal, trabalho de parto e pós-natal; 3) da prestação de cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN nos períodos pré concecional, pré-natal, trabalho de parto e pós-natal.

Outra das experiências vivenciadas e comum a todos os locais de estágio (Figura 7) foi a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).

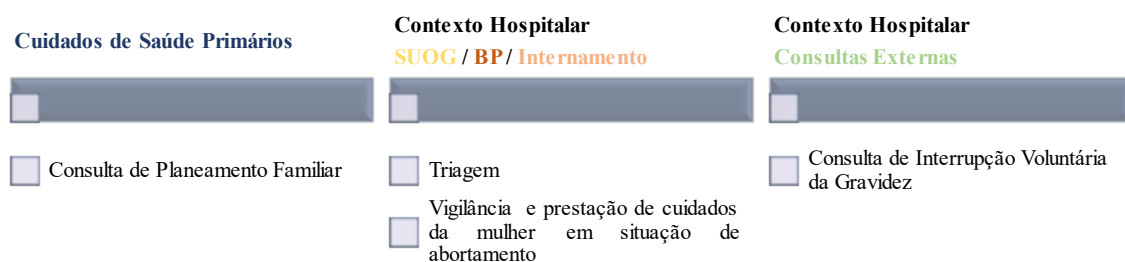


Figura 7. Valências onde foram prestados cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica à mulher em situação de abortamento

Fonte própria, 2022.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica é competência

do/a enfermeiro/a desta especialidade “promover a saúde da mulher no período pré-natal e em situação de abortamento” (OE, 2010, p. 4).

Em 2007, a Lei exclui a ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez se for realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez (Lei n.º 16/2007, de 17 de abril). Assim, caso a mulher pretenda realizar a IVG é necessária uma consulta prévia que ocorre no hospital ou centro de saúde, pelo que neste âmbito e por necessidade de dar resposta a uma necessidade da equipa da USF desenvolvi um poster com o algoritmo da IVG esquematizando o processo (APÊNDICE D). Posteriormente, durante o período de estágio que decorreu nas Consultas Externas, especificamente na Consulta de IVG, acompanhei a EEESMO inserida na equipa multidisciplinar, onde se realizou a IVG por método medicamentoso.

Também em contexto de SUOG foram vivenciadas situações em que a mulher recorreu para realizar a IVG, tendo sido relevante as experiências prévias nos CSP e Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez de forma a esclarecer sobre o processo de IVG e a referenciar para o circuito de realização da mesma. Ainda em contexto de BP e de Internamento prestei cuidados a mulheres com diagnóstico de aborto retido (causado por IVG, aborto espontâneo ou morte intrauterina) e IVG por malformação fetal¹⁴ - Síndrome de Beckwith-Wiedmann¹⁵.

Assim, a prestação de cuidados especializados em todos os contextos de estágio por motivo de IVG veio trazer vários momentos reflexivos em torno dos fatores associados, numa ótica do que será necessário otimizar e oferecer de forma a reduzir o número de IVG. E foi possível constatar que mulheres e adolescentes apresentam: lacuna de conhecimentos sobre Planeamento Familiar e como aceder ao mesmo, dúvidas sobre a utilização dos métodos contraceptivos ou resistência em utilizar os mesmos por razões culturais, religiosas, económicas e sociais. As competências do EEESMO têm de incidir na promoção da saúde e prevenção de complicações, sendo basilar o estabelecimento de uma relação empática, assim como o respeito pelas crenças, valores e desejos da

¹⁴ Previsto na Lei n.º 16/2007 de 17 de abril, artigo 142º, alínea c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e se for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excecionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo.”

¹⁵ Patologia de sobrecrecimento que se caracteriza por: macrossomia, macroglossia, hemihiperplasia, hipoglicemia neonatal, onfalocelo, polidramnios, alterações renais, risco acrescido de tumores embrionários e atraso do desenvolvimento psicomotor. Patologia causada por uma alteração no braço curto do cromossoma 11. (Lavra-Pinto et al., 2011)

mulher/casal. É ainda competência do EEESMO capacitar a mulher para a tomada de decisão consciente e informada sobre o procedimento da IVG e simultaneamente promover a saúde reprodutiva da mulher.

Nas situações de aborto espontâneo e IVG por malformação fetal está-se igualmente perante a complexidade do sofrimento emocional decorrente de todo o processo de perda e luto na gravidez. Durante a gravidez inicia-se a vinculação do casal ao feto. A perda, fenómeno contraditório ao que é esperado e considerado a ordem natural, tem efeitos profundos no casal e família, causando sentimentos de choque, raiva, vazio, desamparo, tristeza e solidão (Flenady et al., 2014). O/A EEESMO além das competências técnico-científicas tem de explorar as suas competências relacionais e de comunicação para verdadeiramente cuidar.

Segundo as autoras Schmalfuss et al. (2019), que realizaram um estudo reflexivo sobre as limitações da prestação de cuidados de enfermagem a mulheres em situação de perda fetal, recomendam que nestas situações os profissionais de saúde desenvolvam as seguintes ações: “...adotem profundo respeito à individualidade e à diversidade experienciada pelos pais; forneçam informações objetivas (por vezes impressas), de forma tranquila e solidária, com o intuito de manter o equilíbrio daqueles que vivenciaram a perda; proporcionem a criação de memórias, possibilitando que os pais visualizem e/ou segurem e/ou conversem com o seu bebê, deem banho e vistam, participem de cerimônias religiosas ou de nomeação, apresentem ao restante da família, registrem fotos e filmes e levem para casa utensílios utilizados pelo bebê; prestem suporte e apoio por meio de cuidados adequados; considerem o luto como parte da experiência humana e não como uma situação que remete ao fracasso do profissional” (p. 383).

Identificou e monitorizou o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da área de atuação, como por exemplos, situações de incompatibilidade feto-pélvica que só são possíveis de identificar durante o trabalho de parto. Para tal, foi necessário mobilizar várias competências do/a EEESMO, como: domínio dos conhecimentos teóricos relacionados com a anatomia da pelve feminina, a posição fetal intrauterina, avaliação do bem-estar fetal e materno; reconhecer os limites da sua atuação; reconhecer e atuar perante situações de risco para o RN e mulher.

Segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) a vigilância da gravidez tem como finalidade contribuir para um futuro mais

saudável da população atuando desde o início do ciclo de vida, através de cuidados abrangentes, antecipatórios e individualizados, numa perspetiva de participação ativa das mulheres/famílias; e define como um dos objetivos específicos apoiar na preparação para o parto e parentalidade. A passagem pela UCC permitiu compreender a relevância do/a EEESMO para a aquisição de competências parentais assim como a capacidade de adaptação e reorganização face ao período pandémico. Foi também no serviço de puerpério e consultas de enfermagem que assumi a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial na adaptação à parentalidade, tal como define a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018). Compreender a perceção das puérperas face à sua parentalidade contribuiu para uma adequação dos cuidados às necessidades, e consequentemente, contribuiu para a máxima satisfação e qualidade dos cuidados prestados.

Em ligação ao definido pela OE enquanto competência do EEESMO, a consulta de enfermagem de Saúde Materna em contexto de cuidados de saúde primários é uma intervenção autónoma do enfermeiro de cuidados gerais. Contudo, enquanto estudante do MESMO sob supervisão clínica da EEESMO, procedeu à realização das consultas atendendo aos seguintes parâmetros e de acordo com a norma da DGS para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco: 1) avaliação dos exames pedidos (rastreios analíticos e ecografia obstétrica); 2) avaliação ou reavaliação da IG e correção da DPP, se aplicável; 3) anamnese; 4) avaliação do bem-estar materno-fetal (peso, SV, realização das manobras de Leopold, exame ginecológico, altura uterina, perímetro abdominal, avaliação sumária da urina, edemas); 5) avaliação de fatores de risco pré-natal; 6) instruir sobre fisiologia da gravidez, desconfortos da gravidez, estilos de vida saudáveis, sinais de alerta e de parto pré-termo, crescimento e movimentos fetais, vestuário, cuidados à pele, profilaxia da insuficiência venosa, legislação na gravidez; 7) profilaxia da isoimunização RhD; 8) calendarização e inscrição em curso de validação de suplementação, preparação para o parto e nascimento; 9) atuação a nível de prevenção de infeções; avaliação do histórico vacinal; avaliação de ansiedade/depressão; 10) avaliação do Índice de Bishop; 11) Realização dos registos no BSG e no processo clínico informatizado da utente¹⁶.

Ou seja, de forma autónoma cuidou da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal e de acordo com a

¹⁶ Utilizada nomenclatura de utente em vez de grávida uma vez que o processo clínico do/a utente único, abrangendo todo o ciclo vital.

competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” do Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica publicado em Diário da República, 2.^a série – N.º 85 – 3 de maio de 2019.

Contudo, para além da realização das intervenções de enfermagem inseridas num plano de cuidados individualizado, é também relevante refletir sobre toda a dinâmica do SNS, do acesso à saúde, das políticas públicas e até mesmo das implicações que a pandemia trouxe na vida das pessoas e na necessidade de pensar a gestão de recursos humanos em saúde.

As grávidas, após a consulta de enfermagem realizam a consulta médica com o/a Especialista em Medicina Geral e Familiar. Contudo, o que mais falta realizar para dar resposta ao plano assistencial de cuidados pré-natais para a gravidez de baixo risco? Refletindo, conseguimos encontrar uma resposta: está em falta a prescrição dos exames complementares de diagnóstico e a prescrição da suplementação.

Perante uma população envelhecida e que requer cada vez mais cuidados de saúde, assim como a carência de profissionais de saúde, qual a justificativa, nestes casos específicos que acabou de descrever, de existir a consulta médica? Porque não pode o EEESMO prescrever os exames complementares de diagnóstico e a prescrição da suplementação?

É verdade que “só em equipa, é possível definir o melhor plano para vigiar uma gravidez, mesmo que classificada como baixo risco” (DGS, 2015, p. 7). Mas, não é a duplicação de consultas/registos que define o trabalho em equipa.

Em Portugal, existe:

1º Um espaço autónomo de atuação definido pela Ordem dos Enfermeiros e “suportado num perfil de competências aprovado, publicado e legitimado pela atribuição de um título profissional que assegura ao cidadão uma conduta ética e de excelência, garantindo por essa via qualidade dos cuidados de enfermagem” (OE - EEESMO, 2015, p. 16);

2º “Um campo de intervenção definido nos termos do artigo. 42.º, da Diretiva 2005/36/EC conjugado com o Regulamento n.º 127/2011” (OE - EEESMO, 2015, p.18);

3º A prática baseada em evidência que suporta a tomada de decisão e a excelência dos cuidados;

4º Uma possibilidade de dar maior resposta às necessidades da população pela equipa médica, otimizando-se recursos com a convergência daquela consulta de medicina geral e familiar à grávida por outra consulta como por exemplo, na área oncológica.

Qual o próximo passo para empoderar os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no sistema de saúde português?

De facto, sabemos que muitas das incertezas e medos com que a área de especialidade se depara “provêm do modelo (bio) médico que durante tanto tempo veio enraizando os seus princípios na prática tradicional das parteiras, produzindo subversão e adulteração da mesma” (OE - EEESMO, 2015, p. 7)

Acreditamos que a resposta a esta última questão tem como alicerce a autonomia e reconhecimento profissional. Claro está que, as estratégias políticas têm uma forte influência, mas o reconhecimento das competências do EEESMO tem de ir além da prática clínica. Basta passarmos a fronteira, para a nossa colega matrona no sistema público de saúde assumir em plenitude e de forma autónoma os cuidados à grávida, incluindo a prescrição dos exames complementares de diagnóstico.

De acordo com o Artigo 4.º da Diretiva Comunitária 80/155,

“Os Estados-membros assegurarão que as parteiras se encontram habilitadas, no mínimo, para acederem às atividades a seguir enunciadas e ao seu exercício:

1. Informar correctamente e aconselhar em matéria de planeamento familiar;
2. Verificar a gravidez, vigiar a gravidez normal, efectuar os exames necessários à vigilância da evolução da gravidez normal;
3. Prescrever ou aconselhar os exames necessários ao diagnóstico o mais precoce possível da gravidez que implique risco;
4. Estabelecer um programa de preparação dos futuros pais tendo em vista a sua nova função, assegurar a preparação completa para o parto e aconselhá-los em matéria de higiene e de alimentação;
5. Assistir a parturiente durante o trabalho de parto e vigiar o estado do feto in útero pelos meios clínicos e técnicos apropriados;
6. Fazer o parto normal quando se trate de apresentação de cabeça incluindo, se for necessário, a episiotomia, e, em caso de vigência, fazer o parto tratando-se de apresentação pélvica;
7. Detectar na mãe ou no filho sinais reveladores de anomalias que exijam a intervenção de um médico e auxiliar este último em caso de intervenção; tomar as medidas de urgência que se imponham na ausência do médico, designadamente a extracção manual da placenta, eventualmente seguida de revisão uterina manual;
8. Examinar o recém-nascido e cuidar dele; tomar todas as iniciativas que se imponham em caso de necessidade e praticar, se for caso disso, a reanimação imediata;
9. Cuidar da parturiente, vigiar o puerpério e dar todos os conselhos úteis para tratar do recém-nascido nas melhores condições;
10. Praticar os cuidados prescritos pelo médico;

11. Fazer os relatórios escritos necessários.”

Esta Diretiva Comunitária foi transposta para o quadro jurídico português pelo Decreto-Lei n.º 322/87, de 28 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 333/87, de 1 de outubro, que regulamenta o reconhecimento de diplomas, certificados e outros títulos de formação e a livre prestação de serviços. Dever-se-ia respeitar as decisões dos órgãos comunitários e dar resposta a aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados Membros.

Até porque no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, publicado em Diário da República, 2.ª série – N.º 85 de 3 de maio de 2019, na unidade de competência 2.3., critério de avaliação 2.3.3 é referido que o EEESMO tem a responsabilidade de: Prescrever exames auxiliares de diagnósticos necessários à deteção de gravidez de risco. Porque não o fazemos? Em 2011 a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna no parecer N.º 05/2011 com o assunto: Competência para a vigilância da gravidez e prescrição de exames complementares de diagnóstico, refere que:

“Ainda não está prevista a participação de exames necessários à vigilância da evolução da gravidez normal, quando esta é prescrita pelo EEESMO, o que resulta em prejuízo das utentes. O SNS está organizado de modo que as instituições contratualizem apenas objectivos e actos médicos, daí que a possibilidade de se proceder a estes pedidos, em instituições de saúde, dêem origem a uma intervenção interdependente.”

E desde 2011 que se assume que o sistema está correto e que a mudança iria causar prejuízo às utentes. Seria imperioso a existência de uma reflexão em torno dos benefícios ou até mesmo questionar aqueles que são alvo dos cuidados. É uma preocupação que deve estar presente na sociedade portuguesa no que se refere ao sector da saúde. Sugeriria uma análise em termos de quantificação económica da vida humana para suportar uma reavaliação desta tomada de decisão. Se nos suportarmos no quadro conceptual de Williams “que analisa e concetualiza a complexa teia de relações económicas que se encontram presentes no setor da saúde” (Pita Barros, 2013), identificamos uma procura crescente de consultas de Medicina Geral e Familiar e a oferta não dá resposta a esta procura atendendo à carência de profissionais (inúmeros utentes sem médico de família) e aos números referentes ao tempo de espera para uma consulta, logo estamos perante um mercado com um desequilíbrio. A prescrição de exames complementares de diagnóstico e prescrição da suplementação pelo EEESMO é um dos fatores que pode causar

equilíbrio, com repercussões no desempenho a nível individual, organizacional e no próprio SNS. Arriscamo-nos até a afirmar, que é um dos elementos subjacentes que pode reduzir as despesas com a saúde, reduzindo o preço-tempo. Ser objetivo, adequar as respostas às características da população, alocar recursos de forma justa e não os desperdiçar, decerto que facilita a tomada de decisão e a criação de políticas de saúde congruentes com as necessidades da população.

De acordo com a OE “os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica estão autorizados e legitimados a exercer a sua atividade autónoma. A afirmação deste espaço de atuação depende de todos e de cada um de nós!” (OE - EEESMO, 2015, p.18).

É assim também importante saber enquadrar as nossas competências e qualificações na área das políticas nacionais e europeias.

A doença de coronavírus 2019 (COVID-19), uma doença respiratória viral, causou problemas sociais, políticos e económicos em todo o mundo. Em Portugal, segundo a norma da DGS (2021) relativa à *Campanha de Vacinação contra a COVID-19* as grávidas a partir dos 16 anos e após as 21 semanas de gestação foram consideradas elegíveis para vacinação a 12 de julho de 2021. A comunidade científica tem vindo a preocupar-se com a eficácia e segurança da vacinação contra a COVID-19 na população das grávidas. E na sequência de realização de estágio no CVC em contexto de CSP, elaborei dois mapas mentais que lhe permitiram consolidar os conhecimentos e consequentemente prestar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade no que diz respeito à vacinação de grávidas e mulheres a amamentar. O primeiro sobre a vacinação contra a COVID-19 na gravidez cujo objetivo foi sistematizar a informação e orientações sobre a vacina contra a COVID-19 que promovem a decisão esclarecida da grávida no âmbito da saúde pré-natal (APÊNDICE E). O segundo sobre a vacinação contra a COVID-19 e aleitamento materno, cujo objetivo foi sistematizar a informação e orientações sobre a vacina contra a COVID-19 que promovem a decisão esclarecida da mulher a amamentar no âmbito da saúde pós-natal (APÊNDICE F). Assim, as diferentes experiências de aprendizagem decorrentes do período pandémico reforçam a importância do/a enfermeiro/a na vigilância da saúde das mulheres em idade reprodutiva enquanto educador/a na promoção da saúde e prevenção de riscos, assim como no tratamento de doenças durante a idade reprodutiva. A disponibilização de informações corretas e facilmente compreensíveis

pelo profissional de saúde contribui para as boas práticas do âmbito da saúde sexual e reprodutiva da mulher, assim como do aleitamento materno.

Verdadeiramente, as diferentes experiências de aprendizagem foram relevantes para compreender o papel da/o enfermeira/o na vigilância da saúde das mulheres em idade reprodutiva e a sua importância enquanto educador/a na promoção da saúde e prevenção de riscos, assim como no tratamento de doenças durante a idade reprodutiva.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pensamento crítico, inerente à análise reflexiva da consolidação das respetivas competências como futura EEESMO foi o pilar para a elaboração do presente relatório. É demonstrado que a unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final lhe permitiu desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A realização do estudo sobre a problemática da qualidade do sono e sua associação com a depressão perinatal, bem como a intervenção do enfermeiro junto da grávida na melhoria da qualidade do sono de forma a prevenir a depressão, possibilitou a ampliação do conhecimento científico, promovendo o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem. Verifica-se assim que todos os objetivos propostos inicialmente foram alcançados.

Em jeito de conclusão, estruturou-se o relatório em três focos relacionados com: os contextos clínicos do estágio de natureza profissional, o conhecimento científico com impacto no desenvolvimento da disciplina de enfermagem de saúde materna e obstétrica, e o processo de mobilização e aquisição de competências do/a EEESMO. A descrição dos diversos contextos clínicos do estágio de natureza profissional focou-se em aspetos relevantes que contribuíram para uma perspetiva integrada dos cuidados de enfermagem de SMO atendendo ao meio e recursos disponíveis e que conseqüentemente também contribuíram para moldar o próprio processo de aquisição de competências. Não descuidando a relevância da contínua ampliação do conhecimento científico para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e para a transformação da prática, apresentou-se um capítulo com contributos para os cuidados de EEESMO, nomeadamente revisão da literatura e estudo primário sobre a temática da qualidade do sono e sua associação com a depressão perinatal. Boas práticas de enfermagem têm de ser ancoradas em investigação. Por último, documentou-se, com base nas diferentes oportunidades de aprendizagem, as competências desenvolvidas ao longo do Estágio realizado durante o 2º ano do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora.

Consideramos que este percurso poderia ter sido complementado com experiências de aprendizagem no domínio da fertilidade. É o/a EEESMO que se encontra

habilitado para garantir a assistência ao casal perante problemas de fertilidade. E as questões legais, científicas e sociais são de enorme complexidade e abrangência pelo que teria sido enriquecedor ter tido experiências de aprendizagem nesta área, permitindo a mobilização dos conhecimentos científicos adquiridos anteriormente no primeiro ano do curso.

Concluimos, baseando-nos na premissa de que a reflexão implica sinceridade, que a elaboração deste relatório foi igualmente um instrumento de aprendizagem e de reconhecimento de uma identidade própria face aos cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna e Obstétrica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). In (pp. 766): Lusodidacta.
- Anderson, C. J., & Kilpatrick, C. (2012). Supporting patients' birth plans: theories, strategies & implications for nurses. *Nurs Womens Health*, 16(3), 210-218. <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2012.01732.x>
- APA. (2020). Publication Manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style (7th ed.). American Psychological Association.
- Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bais, B., Lindeboom, R., van Ravesteyn, L., Tulen, J., Hoogendijk, W., Lambregtse-van den Berg, M., & Kamperman, A. (2019). The Impact of Objective and Subjective Sleep Parameters on Depressive Symptoms during Pregnancy in Women with a Mental Disorder: An Explorative Study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph16091587>
- Barros, P. P. (2013). Economia da saúde: conceitos e comportamentos. Coimbra: Almedina. ISBN 978-972-40-5374-5.
- Bei, B., Milgrom, J., Ericksen, J., & Trinder, J. (2010). Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. *Sleep*, 33(4), 531-538. <https://doi.org/10.1093/sleep/33.4.531>
- BI-CSP (2021). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde primários. Disponível em [Home Page \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt)
- Biscaia, A. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. Ver *Port Clin Geral* 2006; 22:67-79.
- Cashion, K. (1999). Fisiologia Materna no Período Pós-Parto. In Bobak, M.I.; Lowdermilk, D.L.; Jensen, M.D. (Eds) *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. (pp.457-466). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-09-6
- Craig J.V.; Smyth, R.L. (2004). Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-4.

- Diário da República, 2.^a série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019.
- Diário da República, 2.^a série – N.º 85 – 3 de maio de 2019.
- Diário da Republica - 2.^a serie, N° 152, de 07.08.2008, Pág. 35140 - Despacho n.º 20730/2008, de 07 de Agosto de 2008.
- Diário da República, 1.^a série — N.º 84 — 2 de maio de 2014.
- Diário da República n.º 75/2007, Série I de 2007-04-17, páginas 2417 – 2418.
- Directiva 80/155/CEE del Consejo, de 21 de enero de 1980, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de matrona o asistente obstétrico y al ejercicio de las mismas.
- Direcção Geral da Saúde (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa.
- Dørheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2009). Subjective and objective sleep among depressed and non-depressed postnatal women. *Acta Psychiatr Scand*, 119(2), 128-136. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01272.x>
- Eichler, J., Schmidt, R., Hiemisch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. (2019). Gestational weight gain, physical activity, sleep problems, substance use, and food intake as proximal risk factors of stress and depressive symptoms during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2328-1>
- Flenady V, Boyle F, Koopmans L, Wilson T, Stones W, Cacciatore J. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG*. 2014;121(Suppl 4):137-40. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13009>
- Gao, M., Hu, J., Yang, L., Ding, N., Wei, X., Li, L., Wen, D. (2019). Association of sleep quality during pregnancy with stress and depression: a prospective birth cohort study in China. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 444. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2583-1>
- González-Mesa, E., Cuenca-Marín, C., Suarez-Arana, M., Tripiana-Serrano, B., Ibrahim-Díez, N., Gonzalez-Cazorla, A., & Blasco-Alonso, M. (2019). Poor sleep quality is associated with perinatal depression. A systematic review of last decade scientific literature and meta-analysis. *J Perinat Med*, 47(7), 689-703. <https://doi.org/10.1515/jpm-2019-0214>

- Graça, L. M. (2017) *Medicina Materno-fetal*. 5a Edição. Lisboa. Lidel
- Guerra, A. (2016). A Dor em Obstetrícia.. In Nené, M.; Cequeira, C. (Eds) *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (pp.408-410). Lisboa: Lidel. ISBN: 978-989-752-146-1
- Hyun, A. H., Cho, J. Y., & Koo, J. H. (2022). Effect of Home-Based Tele-Pilates Intervention on Pregnant Women: A Pilot Study. *Healthcare (Basel)*, 10(1). <https://doi.org/10.3390/healthcare10010125>
- Instituto Nacional de Estatística (2014). Sistema de Metainformação do Instituto Nacional de Estatística. Disponível em [Metainformação \(ine.pt\)](http://ine.pt)
- Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas Demográficas : 2020. Lisboa : INE, 2021. Disponível na www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/442993507>. ISSN 0377-2284. ISBN 978-989-25-0576-3
- Jefford, E., Jomeen, J., & Martin, C. R. (2016). Determining the psychometric properties of the Enhancing Decision-making Assessment in Midwifery (EDAM) measure in a cross-cultural context. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 95–106. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0882-3>
- Kempler, L., Sharpe, L. A., Marshall, N. S., & Bartlett, D. J. (2020). A brief sleep focused psychoeducation program for sleep-related outcomes in new mothers: a randomized controlled trial. *Sleep*, 43(11). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsaa101>
- Lavra-Pinto, B., Luz, M.J., Motta, L., & Gomes, E. (2011). Síndrome de Beckwith-Wiedmann: relato de caso da intervenção fonoaudiológica. *Rev. CEFAC*, 13 (2). <https://doi.org/10.1590/S1516-18462010005000013>
- McQuillan, K. (2004). When Does Religion Influence Fertility? *Population and Development Review*, 30, 25-56. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2004.00002.x>
- Mendes, A. M. P. S. (2015). *Intervenção do enfermeiro na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto*. Universidade de Lisboa. Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/18260>
- Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med*. 2015; 16(4):483-8. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.12.006>
- Morita, M., Ohtsuki, H., Sasaki, A., & Hiraiwa-Hasegawa, M. (2012). Factors affecting the number of children in five developed countries: a statistical analysis with an

- evolutionary perspective (published in *Letters on Evolutionary Behavioral Science*). 3, 7–11. <https://doi.org/10.5178/lebs.2012.19>
- Norma 018/2020 da DGS: Programa Nacional de Vacinação 2020.
- Nunes, L. (2009). MULTICULTURALIDADE – A PERSPECTIVA DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. In Lopes, J. et al. (Eds) *MULTICULTURALIDADE – Perspectivas da Enfermagem: Contributos para melhor Cuidar*. (pp.47-66). Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-45-5
- Nunes, L., & Poeira, A. F. (2021). *Apostilha de Investigação I. Da origem à disseminação do conhecimento* (Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal, Eds.).
- Okun, M. L., Mancuso, R. A., Hobel, C. J., Schetter, C. D., & Coussons-Read, M. (2018). Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med*, 41(5), 703-710. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9950-7>
- Osnes RS, Eberhard-Gran M, Follestad T, Kallestad H, Morken G, Roaldset JO. Mid-Pregnancy Insomnia and its Association with Perinatal Depressive Symptoms: a prospective cohort study. *Behav Sleep Med*. 2021; 19(3):285-302. <https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1743705>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de Bolso- Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica. *Diário da República*, 2ª série, nº85 de 03 de maio.
- Ordem de Serviço n.º 53/2022 (2022). Regulamento Académico da Universidade de Évora. Universidade de Évora.
- Pordata, 2020. Quantos partos, naturais ou por cesarianas, são feitos nas unidades hospitalares oficiais, públicas ou não públicas? Disponível em [PORDATA - Partos nos hospitais oficiais: total e por tipo](#)

- Queirós, A.; Silva, L.; Santos, E. (2000). Educação em Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-18-X
- Regulamento dos domínios das competências comuns do enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019.
- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série – N.º 85 – 3 de maio de 2019.
- Schmalfuss JM, Matsue RY, Ferraz L. Women with fetal death: nurses' care limitations. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 3):365-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>
- Simmons, B. (2010). Concept Analysis, Clinical reasoning: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 66(5), 1151-1158. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x>
- Shaw D, Guise JM, Shah N, Gemzell-Danielsson K, Joseph KS, Levy B, Wong F, Woodd S, Main EK. (2016). Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? *Lancet*, Nov 5, 388, 2282-2295. [http://dx.doi.10.1016/S0140-6736\(16\)31527-6](http://dx.doi.10.1016/S0140-6736(16)31527-6)
- Stuart-Parrigon, K., & Stuart, S. (2014). Perinatal depression: an update and overview. *Curr Psychiatry Rep*, 16(9), 468. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0468-6>
- Stulp, G., Sear, R., Schaffnit, S., Mills, M., & Barrett, L. (2016). The Reproductive Ecology of Industrial Societies, Part II: The Association between Wealth and Fertility. *Human Nature*, 27. <https://doi.org/10.1007/s12110-016-9272-9>
- Tham, E. K., Tan, J., Chong, Y. S., Kwek, K., Saw, S. M., Teoh, O. H., . Broekman, B. F. (2016). Associations between poor subjective prenatal sleep quality and postnatal depression and anxiety symptoms. *J Affect Disord*, 202, 91-94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.028>
- UNICEF. (2018). Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. Obtido de UNICEF: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- Ursavaş, A., & Karadağ, M. (2009). Sleep breathing disorders in pregnancy. *Tuberk Toraks*, 57(2), 237-243.
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of

perinatal depression. *J Affect Disord*, 219, 86-92.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>



Yang Y, Mao J, Ye Z, Zeng X, Zhao H, Liu Y, et al. Determinants of sleep quality among pregnant women in China: a cross-sectional survey. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018; 31(22):2980-5. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1359831>

APÊNDICES

APÊNDICE A – ARTIGO CIENTÍFICO INTITULADO *Construct of the Association between Sleep Quality and Perinatal Depression: A Literature Review*

Review

Construct of the Association between Sleep Quality and Perinatal Depression: A Literature Review

Ana Filipa Poeira ¹  and Maria Otília Zangão ^{2,*} 

¹ School of Health, Polytechnic Institute of Setúbal, 2914-503 Setúbal, Portugal; ana.poeira@ess.ips.pt
² Comprehensive Health Research Centre [CHRC], Department of Nursing, Higher School of Nursing, University of Évora, 7000-811 Évora, Portugal
* Correspondence: otiliaz@uevora.pt

Abstract: Pregnancy is characterized by hormonal and physiological changes; some of these changes cause changes in sleep, presenting excessive sleep in early pregnancy due to the action of progesterone, and difficulty sleeping at the end of pregnancy due to weight gain and frequency of urination. Objective: to identify and systematize the evidence on the association between sleep quality and perinatal depression in pregnant and postpartum women. Methods: an integrative literature review was carried out with a search in the CINAHL, MEDLINE, and SCOPUS databases using the PRISMA flowchart. Results: Of the 92 articles, 10 studies were included according to the eligibility criteria. Results indicate that poor sleep quality during pregnancy is predictive of prenatal and postnatal depression. Sleep quality worsens with increasing gestational and maternal age. Conclusions: Sleep quality during pregnancy is associated with perinatal depression, a global public health problem with high prevalence. Due to its severe consequences for women, children, and families, perinatal depression needs to be identified early, preferably during pregnancy or soon after childbirth, justifying the priority of screening and prevention.



Citation: Poeira, A.F.; Zangão, M.O. Construct of the Association between Sleep Quality and Perinatal Depression: A Literature Review. *Healthcare* **2022**, *10*, 1156. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071156>

Academic Editors: Abdel-Latif Mohamed and Masafumi Koshiyama

Received: 16 April 2022
Accepted: 20 June 2022
Published: 21 June 2022

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Keywords: perinatal care; depression; sleep hygiene; health promotion

1. Introduction

Perinatal depression is a global public health problem with an estimated prevalence of 11.9% (95% CI, 11.4–12.5) according to a metaregression that included 96 studies [1]. Although the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) requires that the specifier “peripartum” in depression be necessary for depression to occur during pregnancy or in the first four weeks postpartum, most experts in the field still define postpartum depression as occurring at any time in the first postpartum year regardless of the time of onset [2]. Thus, perinatal depression is defined as depressive symptoms that occur during pregnancy and those that continue or start in the first year postpartum [2]. Depression in pregnancy is highly likely to persist after childbirth if it is not diagnosed and treated on time [3]. Mood changes characterize this depressive disorder, decreased self-esteem, concentration, energy, increased tension, agitation, pessimism, guilt, ideas of self-mutilation, sleep disturbances, and weight changes [4]. Perinatal depression profoundly impacts the mother, child, and the rest of the family. For example, it has a negative effect on the child’s neurocognitive development, mainly when maternal depression occurs during the first year of life [5]. In addition, the parents’ experience causes family fractures and frustration related to what they consider to be the ideal paternity [4]. Clinically, sleep quality may be associated with an increased risk of perinatal depression [6]. Poor sleep quality is frequent during the prenatal period. In a study with 2427 pregnant women that aimed to characterize their sleep patterns and sleep problems in all months of their pregnancy, 76% of the women had poor sleep quality during pregnancy [7]. However, because sleep difficulty is assumed to be a common and temporary complication in pregnancy, few studies have

effectively investigated sleep quality during pregnancy and its consequences. Thus, the objective of the present review is to identify and systematize the evidence on the association between sleep quality and perinatal depression in pregnant and postpartum women.

2. Materials and Methods

The integrative literature review can contribute to the discipline of nursing, namely, to the development of theory and with direct applicability to health practice and policies. It enables the synthesis of generalized knowledge on a given topic, presenting different perspectives and consequently identifying knowledge gaps [8]. Thus, the integrative literature aims to synthesize the results of research or theory using narrative analysis [9]. Several methods have been developed to elaborate literature reviews, and they continue to evolve rigor to the complexity of conducting an exhaustive and complete review. Integrative reviews allow for broader research, with an assortment of purposes and the potential to comprehensively portray complex concepts, theories, or health problems relevant to Nursing [8]. This review was based on the methodology of Whittemore and Knafl [8], which is structured as follows: problem identification; elaboration of the review question, definition of the research strategy with the description of inclusion and exclusion criteria for studies, categorization of studies to be included in the review, data analysis, and knowledge synthesis. To synthesize the knowledge of this review, narrative analysis was performed [9].

2.1. Review Question

Considering the theme, the following review question was defined: what is the association between sleep quality and perinatal depression (O) in pregnant women and women in the postpartum period (P)?

Adapted from the PICO acronym, we used PO: P = population—pregnant women and women in the postpartum period; O = phenomenon outcome—sleep quality and perinatal depression.

2.2. Inclusion and Exclusion Criteria

The inclusion criteria of the studies were: (1) studies that included pregnant participants and women in the postpartum period; (2) studies that included the sleep quality result measured by the Pittsburgh Sleep Quality Index and the assessment of depressive symptoms measured by the Edinburgh Postpartum Depression Scale, also admitting studies that included other measurement instruments as long as at least one of those was the Pittsburgh Sleep Quality Index or the Edinburgh Postpartum Depression Scale. As exclusion criteria, we defined: (1) studies whose participants were pregnant women with a depressive illness diagnosed before pregnancy, and (2) studies in which the exposure of interest was sleep respiratory pathology.

2.3. Search Strategy

A three-phase search was carried out: (1) a comprehensive and exploratory search on PubMed to identify evidence on the subject and consequently identify the most used terms for the further development of the search strategy; (2) an exhaustive search in the following databases (via the EBSCO service): Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Plus with Full Text, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) with full Text, and SCOPUS; (3) the bibliographic references of the included studies were screened to identify possible studies of interest on a thematic studies that were not screened in the performed search. The search formulas were adapted to each database as shown in Table 1. As limitations, we present the inclusion of studies that offered an available abstract in Portuguese and English, published between 2016 and 2021. and analyzed by peers.

Table 1. Databases and research strategy.

Database	Limiters	Search Strategy
CINAHL (EBSCOhost) (date of a most recent survey: 9 January 2022)	Full text; summary available; publication date: 1 January 2016–31 December 2021; English language; peer-reviewed. Expanders—apply equivalent subjects. Search Modes—Boolean/Phrase.	S11: S1 AND S9 AND S10 S10: S7 OR S8 S9: S2 OR S3 OR S4 OR S5 S8: AB Edinburgh postnatal depression scale OR AB EPDS S7: AB perinatal depression OR TI perinatal depression S6: AB PSQI OR AB Pittsburgh-sleep-quality-index S5: AB sleep-wake disorders OR TI sleep-wake disorders S4: AB sleep problem * OR TI sleep problem * S3: AB sleep quality OR TI sleep quality S2: (MH "Sleep") S1: (MH "Pregnancy") S11: S1 AND S9 AND S10 S10: S7 OR S8 S9: S2 OR S3 OR S4 OR S5
MEDLINE with full text (EBSCOhost) (date of a most recent survey: 9 January 2022)	Full text; summary available; publication date: 1 January 2016–31 December 2021; English language; peer-reviewed. Expanders—apply equivalent subjects. Search Modes—Boolean/Phrase	S8: AB Edinburgh postnatal depression scale OR TI edinburgh postnatal depression scale S7: AB perinatal depression OR TI perinatal depression S6: AB (PSQI or Pittsburgh -sleep-quality-index) OR TI (PSQI or Pittsburgh-sleep-quality-index) S5: AB sleep-wake disorders OR TI sleep-wake disorders S4: AB sleep problem * OR TI sleep problem * S3: AB sleep quality OR TI sleep quality S2: (MH "sleep quality") S1: (MH "pregnancy") (TITLE-ABS-KEY (sleep AND quality) AND TITLE-ABS-KEY (sleep AND problem) AND TITLE-ABS-KEY (perinatal AND depression)) AND PUBYEAR > 2016 AND PUBYEAR < 2022
SCOPUS (date of most recent search: 25 January 2022)	NA	

NA, not applicable. * Truncation made the database return results that include any ending of that root word.

2.4. Selection of Studies

For the selection of studies, two reviewers read the titles and abstracts in an initial phase. These potentially relevant studies were then read in full, and selected according to the inclusion and exclusion criteria. In the absence of disagreement, including a third reviewer was unnecessary. The PRISMA flow diagram for determining articles for review is shown in Figure 1.

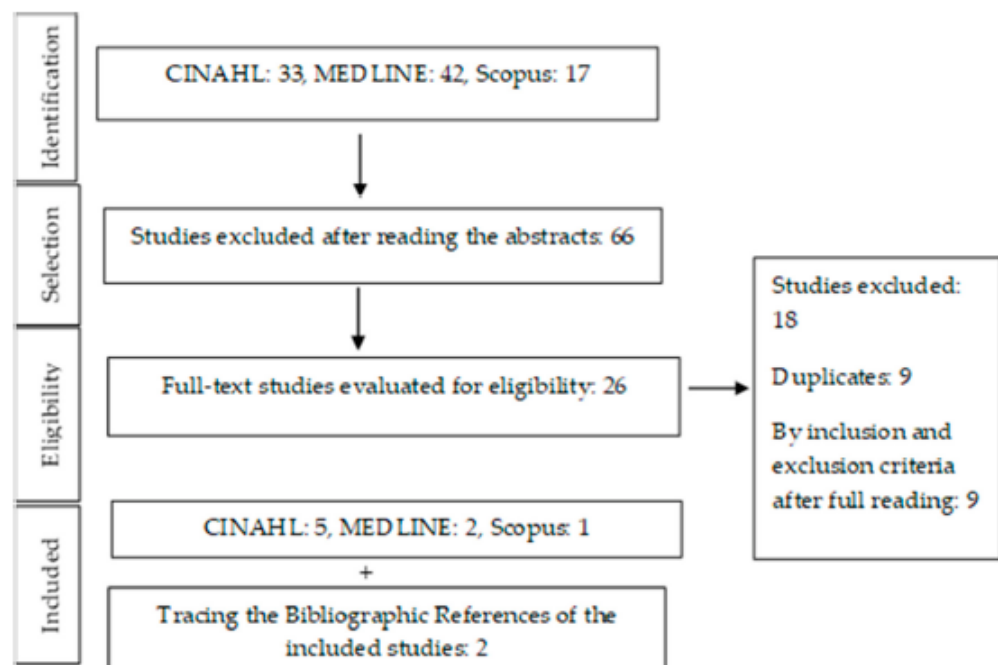


Figure 1. PRISMA flow diagram for selecting articles for review.

2.5. Data Extraction

For data extraction, an instrument was built that addressed the following topics: title, author, and year; periodical; type of study and level of evidence; objective; and main

results. In interpreting the results, similarities were identified, and a synthesis of knowledge was carried out considering the main results of the included studies that answered the review question.

2.6. Methodological Quality Assessment

The selected articles were evaluated according to the level of evidence that they presented according to the hierarchical classification of evidence by Melnyk and Fineout-Overholt [10]: Level I—systematic review or meta-analysis; Level II—randomized controlled and well-delimited clinical trials; Level III—controlled clinical trials without randomization; Level IV—case-control studies and cohort studies; Level V—systematic, descriptive, and qualitative review studies; Level VI—descriptive or qualitative studies; Level VII—opinion of authorities and/or expert committee reports. Figure 2 shows the systematization of the included studies according to the hierarchical level of scientific evidence.



Figure 2. Included studies according to the hierarchical level of scientific evidence [11–20].

3. Results

The main results extracted from the included studies in this integrative literature review are presented in Table 2.

Table 2. Summary of the results of the included studies.

Author (Year), Periodical	Design	Data Collection Instruments	Study Population	Main Results *	Limitations *
Ernesto González-Mesa et al. [11] J Perinatal Med	Meta-analysis	NA	36 articles were included, of which eight were quantitative and used in meta-analysis	<p>"(1) Both quantitative and qualitative reviews confirmed the negative relationship between the effects of poor sleep and perinatal mood changes, as demonstrated by the vast majority of studies, regardless of the objective or subjective assessment used.</p> <p>(2) It is not yet understood whether the links between poor sleep and perinatal depression are cause-effect or simply associative; therefore, more work is needed to address this gap in understanding the issue, including an investigation of the effects of medications and cognitive-behavioral therapies on sleep quality."</p>	<p>"Heterogeneity of included studies with differences in the study designs: sample characteristics regarding cultural differences according to nationality, ethnicity or socioeconomic level, different selected assessment time points and different measurement tools."</p>
Ivan D. Senov et al. [12] Sleep Medicine Reviews	Meta-analysis	NA	Meta-analysis with 24 articles that measured the prevalence of sleep quality with the Pittsburgh Sleep Quality Index	<p>"(1) The meta-analysis results indicate that the mean PSQI score during pregnancy is 6.07 and 45.7% of mothers experienced poor sleep quality as defined by a PSQI score > 5.</p> <p>(2) A average PSQI score increased from the second to the third quarter by 1.68 points.</p> <p>(3) The cutoff score used to differentiate between good and bad sleepers suggested by the PSQI identifies the average number of pregnant women with poor sleep quality.</p> <p>(4) Future research should investigate longitudinal changes during sleep from preconception and throughout pregnancy to understand the relationship between sleep and gestational age."</p>	<p>"Sleep poorly is still a reality during pregnancy, which complicates determining what pregnant women expect regarding the need for additional assessment and treatment. The previously validated cutoff score of five may be inappropriate for the pregnant population, and a higher score may be needed to differentiate those who need further assessment and intervention."</p>
David A. Kalmbach et al. [13] Sleep medicine	Randomized controlled trial	(1) Insomnia Severity Index (2) Edinburgh Postnatal Depression Scale (3) Presleep arousal scale cognitive	267 pregnant women in the 2nd and 3rd trimesters in a row at six hospitals in Detroit, USA	<p>"(1) Women from the second half of pregnancy have bad insomnia, nocturnal rumination, depression, and suicidal tendencies.</p> <p>(2) Sociodemographic factors associated with higher rates of these complications during pregnancy include low economic income, absence of insurance, Black and non-Hispanic race, and obesity.</p> <p>(3) Clinical depression and suicidal ideation rates are higher for pregnant women with clinical levels of insomnia and high rumination. Rumination content may play an important role in disease risk, as pregnant women who ruminate specifically about their pregnancy and/or newborn have substantially higher depression and suicidal ideation rates than those of pregnant women who do not ruminate about perinatal concerns."</p>	<p>"Only women identifying as non-Hispanic White and non-Hispanic Black were well-represented in this study, thus limiting generalizability to women outside of these racial groups. All sleep data were self-reported.</p> <p>There is no objective measurement of the sleep."</p>

Table 2. Cont.

Author (Year), Periodical	Design	Data Collection Instruments	Study Population	Main Results *	Limitations *
Kempler L. et al. [14] Sleep Res Soc	Randomized controlled trial	(1) Pittsburgh Sleep Quality Index (2) Insomnia Severity Index (3) Multidimensional Assessment of Fatigue (4) Epworth Sleepiness Scale	215 healthy pregnant women in the 3rd trimester expecting their first child Sydney, Australia	<p>"(1) Sleep quality declines for both groups at six weeks postpartum and with no statistically significant differences between groups. However, statistically, significant differences are observed between the 6th week and the 4th month postpartum, with the intervention group having the best sleep quality. The intervention consisted of a psychoeducation program.</p> <p>(2) The program proved to be simple, easy to adhere to, with low cost, and that it could easily be integrated into prenatal care."</p>	<p>"It may be that the 4–6 month postpartum period is more sensitive to the effects of behavioral interventions. Due to the characteristics of the sample, it is not possible to generalize the results to a nonmetropolitan community setting. The sample elements with the poorest sleep during pregnancy were less likely to complete the study. Unselected women pregnant with their first child were recruited, which likely limited the scope for positive effects on some outcomes."</p>
Päivi Polo-, Kantola et al. [15] Minutes Obstetrics et gynecological Scandinavian	Prospective cohort study	(1) Basic Nordic Sleep Questionnaire (2) Edinburgh Postnatal Depression Scale (3) State-Trait anxiety inventory	78 pregnant women with Gestational Age between 18 and 22 weeks of pregnancy at clinics in Turku, Finland	<p>"(1) The quality of sleep generally declines as the pregnancy proceeds. (2) At the end of pregnancy, multiparous women reported greater difficulty falling asleep. (3) Insomnia and snoring get worse during pregnancy. (4) However, morning or daytime sleepiness and sleep duration did not increase despite sleep changes. (5) Results showed that mild to moderate levels of depressive and anxiety symptoms were related to sleep disturbances in late pregnancy."</p>	<p>"Investigated self-reported sleep quality with no objective sleep measurements. It was not evaluated the occurrence of Willis–Ekbom Disease (Restless Legs Syndrome), which increases during pregnancy and may account for at least partially for sleep disturbances."</p>
Ming Gao et al. [16] BMC Pregnancy and Childbirth	Prospective cohort study	(1) Pittsburgh Sleep Quality Index pregnancy (2) Pressure Scale Edinburgh Postnatal (3) Depression scale	1152 2nd trimester pregnant women in a row at 54 hospitals and community health centers in urban areas of Shenyang, China	<p>"(1) The linear regression model demonstrates that participants with poor sleep quality are more likely to experience stress during pregnancy, prenatal depression, and postnatal depression than participants with good sleep quality are. (2) Pregnant women aged 30 and over are at increased risk of prenatal stress and depression. (3) The association between sleep quality and postnatal depression was statistically significant in the group of women aged 30 years and over."</p>	<p>"There may be residual confounders that were not taken into account. The findings are based on a regional population and may not generalize to other settings. There is no objective measurement of sleep (actigraphy)."</p>
Haiyan et al. [17] Psychol Health Med	Prospective cohort study	(1) Pittsburgh Sleep Quality Index (2) 10-item Kessler psychological distress scale (3) Perceived stress scale (4) Edinburgh Postnatal Depression Scale	228 pregnant women in the 3rd trimester from the obstetrics and gynecology outpatient clinics of two hospitals in Shandong province, China	<p>"(1) One month after delivery, 26.3% of women suffered from perinatal depression. (2) Univariate analysis of sociodemographic factors showed that postpartum depression was significantly associated with age and traumatic experience (e.g., death of a partner, divorce, financial bankruptcy). In addition, younger participants who had traumatic experiences in the past six months were more likely to have symptoms of depression. (3) Logistic regression analysis showed that poor sleep quality during pregnancy is associated with perinatal depression, regardless of risk factors such as psychological distress and stress."</p>	<p>"It was used as a convenience sample; consequently, generalization of these findings may be limited. Only used self-reported subjective measures."</p>

Table 2. Cont.

Author (Year), Periodical	Design	Data Collection Instruments	Study Population	Main Results *	Limitations *
Michele L. et al. [18] J Behav Med	Cross-sectional	(1) Pittsburgh sleep quality index (2) Edinburgh postnatal depression scale (3) Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (4) Patient Health Questionnaire -9-item	116 pregnant and postpartum women, Los Angeles, USA	<p>"(1) Poor sleep quality was significantly associated with increased symptoms of depression and anxiety. (2) Sleep quality is a risk factor to affect the postpartum period. (3) Assessment of sleep hygiene during motherhood is worth considering as a component to identify women at risk for postpartum depression and anxiety."</p>	<p>"This is a preliminary report of sleep quality measured only once. Sleep is recognized to change and often worsen across the perinatal period. There is no objective measurement of sleep (actigraphy)."</p>
Ella Volkovich et al. [19] Arch Women's Ment Health	Prospective cohort study	(1) Pittsburgh sleep quality index (2) Edinburgh postnatal depression scale (3) Beck anxiety inventory	148 pregnant women in the 3rd trimester expecting their first child, Helsinki, Finland	<p>"(1) 50.3% of pregnant women reported poor sleep quality (defined as overall PSQI > 5). (2) 45% of women were awake on average for more than 30 min at night, and 27% had more than three night-time wakes per night. (3) Emotional distress (i.e., anxiety and severity of depressive symptoms) was significantly associated with self-reported sleep disturbances. (4) More quantitative PSQI components, such as sleep efficiency, were not associated with depressive and anxiety symptoms in the present study. The fact that correlations between emotional distress and different aspects of sleep subjectivity, as assessed by the PSQI, had variability suggests that the results are not merely the result of a self-report bias but likely reflect the complexity of the relationships between sleep and sleep emotional distress in pregnant women."</p>	<p>"The sample characteristics (e.g., medium to high socioeconomic status, expecting a first child, and relatively low incidence of women scoring in the clinical range of depression) limit the generalizability of the results. Results may also not generalize to earlier stages of pregnancy."</p>
Yang Ying et al. [20] The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine	Cross-sectional	(1) Pittsburgh Sleep Quality Index (2) Edinburgh Postnatal Depression Scale (3) Multidimensional scale of perceived social support	500 pregnant women from the obstetrics and gynecology outpatient clinic of two teaching hospitals in central China	<p>"(1) Pregnant women had worse sleep quality in the third trimester. (2) In addition, depressive symptoms increase with age and gestational age, which is why they are one of the determinants of sleep quality in pregnant women. (3) Recommendation that health professionals pay more attention to sleep problems and provide sleep counseling during antenatal examinations, particularly for pregnant women with depressive tendencies and advanced maternal age."</p>	<p>They are not mentioned.</p>

* In order to not bias the interpretation of results and limitations, we chose to cite the information contained in the studies. NA—not applicable.

4. Discussion

One of the first questions that arise is the accuracy of the definition of sleep quality itself when assessing sleep quality. This is because there is, in fact, a set of indicators of good sleep, that is, a group of objectively identifiable indicators of sleep characteristics underlying its quality. However, there are also subjective sleep quality factors that greatly influence individual sleep satisfaction [11]. The present review found that the most frequently used instrument to assess sleep quality is the Pittsburgh/Pittsburgh Sleep Quality Index. Quality Index (PSQI). However, it may be necessary for the pregnant population to adjust the previously validated cutoff score (≥ 5) for the classification of poor sleep quality, and a higher score may be necessary to differentiate those who need further assessment and intervention. The physiological changes of pregnancy causing difficulty in sleeping complicate determining what pregnant women should expect regarding the need for additional assessment and treatment [12].

Poor sleep quality was significantly associated with increased symptoms of depression and anxiety [18]. Studies show that sleep quality during pregnancy is associated with prenatal stress and depression [11,13,15,21]. Pregnancy is described as stressful for many women, and stress-related disorders such as insomnia and depression are highly prevalent in this period [13]. Although insomnia is considered to be an independent disorder, insomnia and depression are associated during the perinatal period [22].

Sleep quality worsens with increasing gestational and maternal age [15,16,20]. An experimental study carried out on 267 pregnant women found that pregnant women from the second half of their pregnancy onwards had higher levels of insomnia, nocturnal rumination, depression, and suicidal tendencies [13]. Sleep quality worsens as the pregnancy progresses, worsening in the last trimester [15,20]. In addition, the quality of sleep declines with increasing age [22]. In one study, pregnant women aged 30 and over were found to experience poorer sleep quality than that of pregnant women under 30. Pregnant women aged 30 or over are also more likely to experience stress and depressive symptoms during pregnancy, which probably increases the risk of postpartum depression [16].

Results indicate that poor sleep quality is expected during pregnancy [19] and may be a vital intervention target, as disturbed sleep is predictive of postpartum depression and sleep disturbances [12,23]. The meta-analysis that quantified the prevalence of poor sleep quality during pregnancy concluded that it is necessary to identify women who need treatment, and to develop and provide evidence on appropriate interventions [12]. The poor quality of prenatal sleep seems to be related to the poor quality of postnatal sleep, which can consequently increase depressive symptoms after childbirth [17]. However, few studies report on the potential role of postnatal sleep quality, and its relationship with prenatal sleep and perinatal depression [17]. Thus, future investigations should compare sleep patterns in pregnancy, and after childbirth and perinatal depression. Further studies are also necessary to understand the efficiency of exercise programs specialized for postpartum women who may be vulnerable to depression, since exercises such as Pilates improve the quality of sleep in pregnant women [24]. Women undergoing treatment for insomnia during the third trimester of pregnancy reported less symptomatology of postpartum depression than those who did not receive treatment, thus suggesting a link between sleep quality during pregnancy and perinatal depression [25]. There are also studies on mobile phone use as a strategy for treating perinatal depressive symptoms [26], which could be an advantage for rural areas with less access to health services.

Depressed pregnant women are not only underdiagnosed but also reluctant to seek help. So, it is essential to identify variables that may reveal prenatal symptoms of depression, and this can be an effective strategy to signal women who need additional care throughout the perinatal period [22]. In addition, prenatal depression is a significant risk factor for postpartum depression [27]. The association between poor sleep quality and perinatal depression leads to clinical complications, so specialist nurses in the field of maternal and obstetric health, and obstetricians should identify sleep quality in routine prenatal tests performed, thus avoiding the development of mood pathologies [11,14]. The

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommends screening for depression and anxiety symptoms at least once during pregnancy and postpartum [28]. The literature shows that, as pregnancy progresses, sleep-related problems such as insomnia, daytime sleepiness, and poor sleep quality increase [29]. Pregnant women experience stress, anxiety, and depressive symptoms rising from 24 weeks to postpartum [30]. During regular prenatal care, signs of insomnia, difficulty in managing mental stress, and excessive preoccupation with pregnancy should be ruled out to reduce the rates of clinical depression and suicidal ideation [13]. Several studies presented the nonuse of objective measures to assess sleep quality as a limitation, so whenever possible, actigraphy should be included in the methodology of future studies [13,15–18]. The very meaning of sleep quality is still difficult to understand by subjective measures of women’s sleep quality, which often only reflect individual satisfaction with sleep [31].

The present review has limitations: most of the included studies were carried out in China, which could bias the results for the culture and practices in that region of the globe. Multiculturalism influences sleep patterns, so the particularities of the target population to whom care is provided should be considered when extrapolating the results of this review. Two secondary studies were included that summarize many primary studies on the subject. For this reason, the primary studies that constituted these meta-analyses were not included in this review. On the basis of the interpretation and synthesis of the identified evidence, a construct is presented with the particularities to be considered during prenatal and postnatal evaluation by health professionals in maternal and obstetric health (Figure 3).

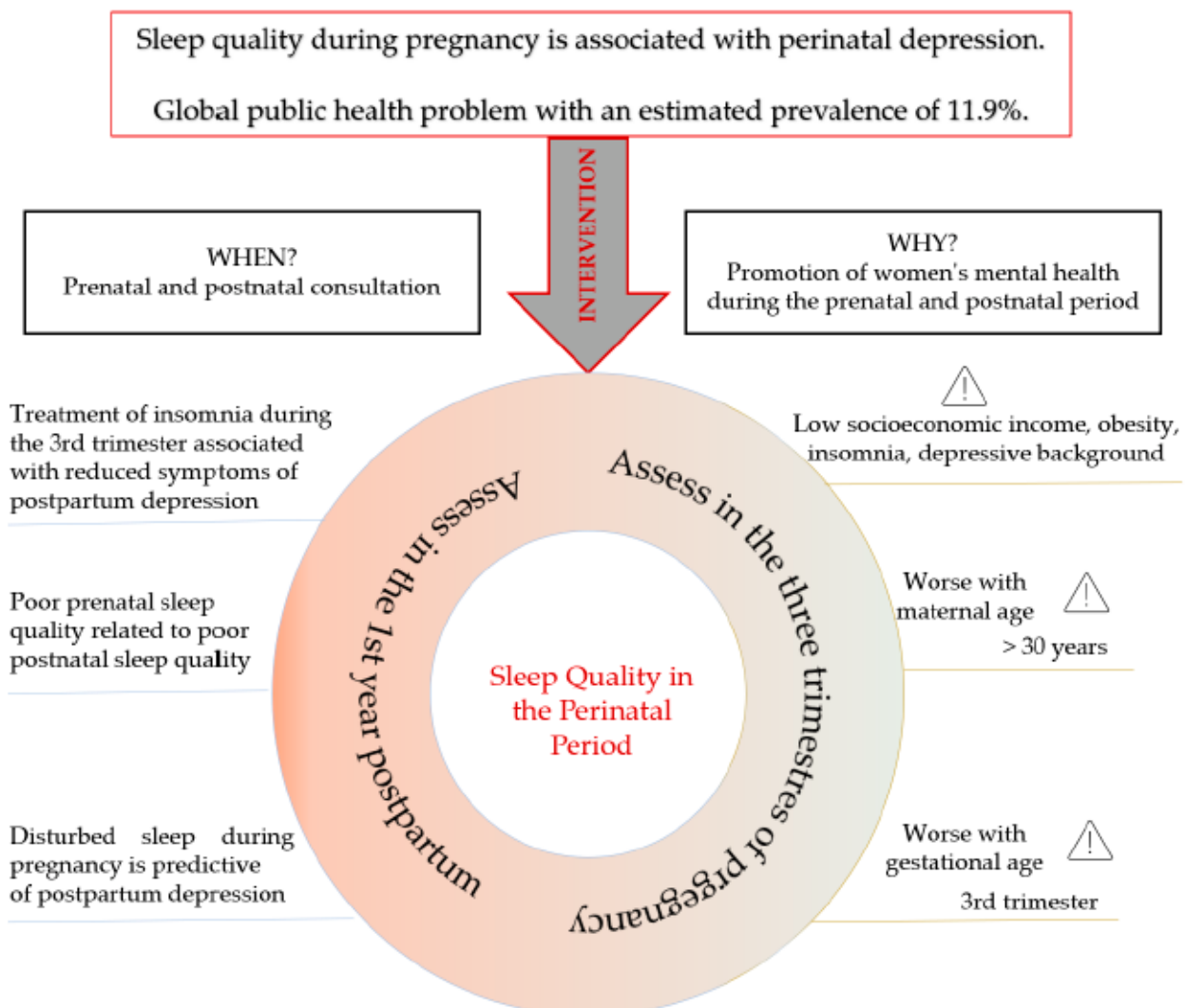


Figure 3. Construct of the synthesis of evidence on the association between sleep quality and perinatal depression.

5. Conclusions

Due to its severe consequences for women, children, and families, perinatal depression needs to be identified early, preferably during pregnancy or soon after childbirth, justifying the priority of screening and prevention. This review found that the issue of sleep quality has been explored for its relevance as a protective factor for mental health. Regarding health and the implementation of good practices in detecting signs and situations of risk, it is essential to emphasize the relevance of interventions that promote mental health in pregnancy. During pregnancy, poor sleep quality increases the risk of perinatal depression, even controlling for risk factors such as psychological distress and stress. Treatments for prenatal sleep should be explored, such as stress reduction using mindfulness and/or psychoeducational programs.

Author Contributions: Conceptualization, A.F.P. and M.O.Z.; methodology, A.F.P. and M.O.Z.; formal analysis, A.F.P. and M.O.Z.; investigation, A.F.P. and M.O.Z.; data curation, A.F.P. and M.O.Z.; writing—original draft preparation, A.F.P. and M.O.Z.; writing—review and editing, A.F.P. and M.O.Z.; project administration, A.F.P. and M.O.Z.; Funding acquisition, M.O.Z. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: The present publication was funded by Fundação Ciência e Tecnologia, IP national support through CHRC (UIDP/04923/2020).

Institutional Review Board Statement: Not applicable.

Informed Consent Statement: Not applicable.

Data Availability Statement: Not applicable.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Woody, C.A.; Ferrari, A.J.; Siskind, D.J.; Whiteford, H.A.; Harris, M.G. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J. Affect. Disord.* **2017**, *219*, 86–92. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
2. Stuart-Parrigon, K.; Stuart, S. Perinatal depression: An update and overview. *Curr. Psychiatry Rep.* **2014**, *16*, 468. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. General Directorate of Health [PT]. *Directorate of Psychiatry and Mental Health Services. Mental Health Promotion in Pregnancy and Early Childhood: Guidance Manual for Health Professionals*; General Directorate of Health: Lisbon, Portugal, 2005.
4. Beestin, L.; Hugh-Jones, S.; Gough, B. The impact of maternal postnatal depression on men and their ways of fathering: An interpretive phenomenological analysis. *Psychol. Health* **2014**, *29*, 717–735. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Murray, L. The impact of postnatal depression on infant development. *J. Child Psychol. Psychiatry* **1992**, *33*, 543–561. [[CrossRef](#)]
6. Palagini, L.; Gemignani, A.; Banti, S.; Manconi, M.; Mauri, M.; Riemann, D. Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: Impact on pregnancy outcome. *Sleep Med.* **2014**, *15*, 853–859. [[CrossRef](#)]
7. Mindell, J.A.; Cook, R.A.; Nikolovski, J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med.* **2015**, *16*, 483–488. [[CrossRef](#)]
8. Whittemore, R.; Knafl, K. The integrative review: Updated methodology. *J. Adv. Nurs.* **2005**, *52*, 546–553. [[CrossRef](#)]
9. Whittemore, R.; Chao, A.; Jang, M.; Minges, K.E.; Park, C. Methods for knowledge synthesis: An overview. *Heart Lung* **2014**, *43*, 453–461. [[CrossRef](#)]
10. Melnyk, B.M.; Fineout-overholt, E. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice*; Lippincot Williams & Wilkins: Philadelphia, PA, USA, 2005.
11. González-Mesa, E.; Cuenca-Marín, C.; Suarez-Arana, M.; Tripijana-Serrano, B.; Ibrahim-Díez, N.; Gonzalez-Cazorla, A.; Blasco-Alonso, M. Poor sleep quality is associated with perinatal depression. A systematic review of the last decade scientific literature and meta-analysis. *J. Perinat. Med.* **2019**, *47*, 689–703. [[CrossRef](#)]
12. Sedov, I.D.; Cameron, E.E.; Madigan, S.; Tomfohr-Madsen, L.M. Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. *Sleep Med. Rev.* **2018**, *38*, 168–176. [[CrossRef](#)]
13. Kalmbach, D.A.; Cheng, P.; Ong, J.C.; Ciesla, J.A.; Kingsberg, S.A.; Sangha, R.; Wanson, L.M.; O'Brien, L.M.; Roth, T.; Drake, C. Depression and suicidal ideation in pregnancy: Exploring relationships with insomnia, short sleep, and nocturnal rumination. *Sleep Med.* **2020**, *65*, 62–73. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
14. Kempler, L.; Sharpe, L.A.; Marshall, N.S.; Bartlett, D.J. A brief sleep focused psychoeducation program for sleep-related outcomes in new mothers: A randomized controlled trial. *Sleep* **2020**, *43*, zsaa101. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
15. Polo-Kantola, P.; Aukia, L.; Karlsson, H.; Karlsson, L.; Paavonen, E.J. Sleep quality during pregnancy: Associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **2017**, *96*, 198–206. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

16. Gao, M.; Hu, J.; Yang, L.; Ding, N.; Wei, X.; Li, L.; Liu, L.; Ma, Y.; Wen, D. Association of sleep quality during pregnancy with stress and depression: A prospective birth cohort study in China. *BMC Pregnancy Childbirth* **2019**, *19*, 444. [\[CrossRef\]](#)
17. Zhou, H.; Li, W.; Ren, Y. Poor sleep quality of third trimester exacerbates the risk of experiencing postnatal depression. *Psychol. Health Med.* **2020**, *25*, 229–238. [\[CrossRef\]](#)
18. Okun, M.L.; Mancuso, R.A.; Hobel, C.J.; Schetter, C.D.; Coussons-Read, M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J. Behav. Med.* **2018**, *41*, 703–710. [\[CrossRef\]](#)
19. Volkovich, E.; Tikotzky, L.; Manber, R. Objective and subjective sleep during pregnancy: Links with depressive and anxiety symptoms. *Arch. Womens Ment. Health* **2016**, *19*, 173–181. [\[CrossRef\]](#)
20. Yang, Y.; Mao, J.; Ye, Z.; Zeng, X.; Zhao, H.; Liu, Y.; Li, J.; Zheng, X. Determinants of sleep quality among pregnant women in China: A cross-sectional survey. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* **2018**, *31*, 2980–2985. [\[CrossRef\]](#)
21. Eichler, J.; Schmidt, R.; Hiemisch, A.; Kiess, W.; Hilbert, A. Gestational weight gain, physical activity, sleep problems, substance use, and food intake as proximal risk factors of stress and depressive symptoms during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* **2019**, *19*, 175. [\[CrossRef\]](#)
22. Osnes, R.S.; Eberhard-Gran, M.; Follestad, T.; Kallestad, H.; Morken, G.; Roaldset, J.O. Mid-Pregnancy Insomnia and its Association with Perinatal Depressive Symptoms: A prospective cohort study. *Behav. Sleep Med.* **2021**, *19*, 285–302. [\[CrossRef\]](#)
23. Pietikäinen, J.T.; Polo-Kantola, P.; Pölkki, P.; Saarenpää-Heikkilä, O.; Paunio, T.; Paavonen, E.J. Sleeping problems during pregnancy—a risk factor for postnatal depression. *Arch. Womens Ment. Health* **2019**, *22*, 327–337. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
24. Hyun, A.-H.; Cho, J.-Y.; Koo, J.-H. Effect of Home-Based Tele-Pilates Intervention on Pregnant Women: A Pilot Study. *Healthcare* **2022**, *10*, 125. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
25. Khazaie, H.; Ghadami, M.R.; Knight, D.C.; Emamian, F.; Tahmasian, M. Insomnia treatment in the third trimester of pregnancy reduces postpartum depression symptoms: A randomized clinical trial. *Psychiatry Res.* **2013**, *210*, 901–905. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
26. Dosani, A.; Arora, H.; Mazmudar, S. mHealth and Perinatal Depression in Low-and Middle-Income Countries: A Scoping Review of the Literature. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 7679. [\[CrossRef\]](#)
27. Wisner, K.L.; Sit, D.K.Y.; McShea, M.C.; Rizzo, D.M.; Zoretich, R.A.; Hughes, C.L.; Eng, H.F.; Luther, J.F.; Wisniewski, S.; Costantino, M.L.; et al. Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. *JAMA Psychiatry* **2013**, *70*, 490–498. [\[CrossRef\]](#)
28. ACOG Committee. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for perinatal depression. *Obstet. Gynecol.* **2018**, *132*, e208–e212. [\[CrossRef\]](#)
29. Warland, J.; Dorrian, J.; Morrison, J.L.; O'Brien, L.M. Maternal sleep during pregnancy and poor fetal outcomes: A scoping review of the literature with meta-analysis. *Sleep Med. Rev.* **2018**, *41*, 197–219. [\[CrossRef\]](#)
30. Cheng, C.-Y.; Chou, Y.-H.; Chang, C.-H.; Liou, S.-R. Trends of Perinatal Stress, Anxiety, and Depression and Their Prediction on Postpartum Depression. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 9307. [\[CrossRef\]](#)
31. Ohayon, M.; Wickwire, E.M.; Hirshkowitz, M.; Albert, S.M.; Avidan, A.; Daly, F.J.; Dauvilliers, Y.; Ferri, R.; Fung, C.; Gozal, D.; et al. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: First report. *Sleep Health* **2017**, *3*, 6–19. [\[CrossRef\]](#)

APÊNDICE B – ARTIGO CIENTÍFICO INTITULADO *Improving sleep quality to prevent perinatal depression: The obstetric nurse intervention*



Article

Improving Sleep Quality to Prevent Perinatal Depression: The Obstetric Nurse Intervention

Ana Filipa Poeira ^{1,*} and Maria Otilia Zangão ²

¹ Instituto Politécnico de Setúbal, ESS, NURSE'IN-UIESI, Campus do IPS Estefanilha, 2914-503 Setúbal, Portugal

² Comprehensive Health Research Centre, Department of Nursing, Higher School of Nursing, University of Évora, 7000-811 Évora, Portugal

* Correspondence: ana.poeira@ess.ips.pt

Abstract: Throughout their life, women should pay attention to their mental health. Evidence indicates that poor sleep quality is related to depressive symptoms in pregnancy, justifying the intervention of health professionals in improving sleep quality to promote the mental health of pregnant women. The objective of our study is to analyze the relationship between sleep quality and perinatal depression, and to identify the obstetric nurse's intervention in improving sleep quality in the perinatal period. A total of 53 pregnant women between the 28th week of pregnancy and the 7th day after delivery completed the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Women were also asked about the strategies used by the obstetric nurse to improve their quality of sleep. Data analysis was performed using IBM SPSS Statistics software, version 25.0. The Mann–Whitney-U and Kruskal-Wallis tests were carried out. A p -value < 0.05 was considered statistically significant. The median PSQI score was 10 (± 3.63), and 9.2% ($n = 9$) had good quality sleep. The median EPDS score was 12 (± 4.43), and 27 participants (50.9%) had probable depression. The women with likely depression had worse sleep quality ($p = 0.016$). Most participants reported that the obstetric nurse showed no interest in their sleep quality during pregnancy. Women of other nationalities have a higher risk of depression ($p = 0.013$). Based on our results, it is crucial to assess sleep quality in the perinatal period to promote women's health during the prenatal and postnatal periods, and more action is needed since we are facing one of the most significant challenges of this century, preventing depression.



Citation: Poeira, A.F.; Zangão, M.O. Improving Sleep Quality to Prevent Perinatal Depression: The Obstetric Nurse Intervention. *Int. J. Transl. Med.* **2023**, *3*, 42–50. <https://doi.org/10.3390/ijtm3010004>

Academic Editor: Pier Paolo Claudio

Received: 17 November 2022

Revised: 26 December 2022

Accepted: 3 January 2023

Published: 5 January 2023



Copyright: © 2023 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Keywords: health promotion; mental health; midwifery; nursing; perinatal care; postpartum depression; pregnant women; sleep hygiene

1. Introduction

Throughout life, a woman must pay attention to her mental health, and the quality of sleep is one of the factors needing attention. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) says that peripartum depression is depression that occurs during pregnancy or within the first four weeks postpartum [1]. This psychic disorder is not considered specific to this phase of a woman's life but is instead associated with it [1,2]. However, pregnancy, childbirth, and postpartum can potentially affect the appearance of this disorder due to hormonal, physical, physiological, and behavioral changes and the need for readjustment to the new family dynamics. According to a meta-regression that included 96 studies, perinatal depression has an estimated prevalence of 11.9% (95% CI, 11.4–12.5) [3]. Many cases of postpartum depression likely develop during pregnancy [4]. Several factors contribute to perinatal depression, and sleep quality can be associated with an increased risk of perinatal depression [5–8]. Postpartum depression is a public health problem and is associated with higher levels of anxiety and a significant number of other psychiatric symptoms: lower maternal self-esteem and less confidence in the performance of the parental role, more physical health problems, more self-injurious behaviors, and less self-care (e.g., less adherence to medical treatments, self-medication, and inadequate nutrition) [9]. The perceived level of

support from the healthcare staff during childbirth was found to be a protective factor against the development of postpartum depressive symptoms [9].

Sleep quality worsens during the third trimester of pregnancy [2,10–13]. High amounts of cortical awakenings and arousals in pregnant women cause sleep fragmentation, with more significant parts of light sleep and less deep sleep [2]. In postpartum, staying asleep is more difficult because of decreases in estrogen and progesterone levels [14]. Evidence consistently indicated that disturbances in sleep during pregnancy were related to adverse health outcomes [15], such as gestational diabetes mellitus [16] or preterm birth and low birth weight [17]. According to the study by Okun et al., they concluded that for each point of increase in the assessment of sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the chances of premature birth increased by 25% in early pregnancy and 18% in later pregnancy [18]. In the study by Gao et al., they suggested that participants with poor sleep quality are more likely to suffer from stress during pregnancy, prenatal depression, and postpartum depression compared to those with good sleep quality [13].

During regular antenatal care, signs of insomnia, difficulty managing mental stress, and excessive preoccupation with pregnancy should be screened to decrease the rates of clinical depression and suicidal ideation [19]. The evaluation of sleep quality should be carried out in prenatal and postnatal routine care because it is necessary to promote women's mental health in the prenatal and postnatal periods [20]. In terms of health and implementing good practices in detecting signs and situations of risk, it is essential to emphasize the relevance of interventions that promote mental health in pregnancy. The obstetric nurse has this responsibility and competence of action, being one of the health professionals closest to the pregnant woman and family.

Despite all the existing evidence on the risks and complications associated with poor sleep quality during pregnancy, it remains relevant to understand whether there is an intervention by obstetric nurses and which intervention to prevent and improve sleep disorders in pregnant women. Promoting health and health education is an autonomous intervention and the responsibility of obstetric nurses, requiring a nursing care plan aimed at the need for sleep and rest in pregnant and postpartum women.

This study aims to analyze the relationship between sleep quality and perinatal depression and to identify the obstetric nurse's intervention in improving sleep quality in the perinatal period. It is also essential to understand what strategies have been proposed to women to improve their sleep quality and, consequently, prevent complications in their mental health. Only then will it be possible to understand what is being done and what could be suggested as strategies to implement in the scope of health promotion carried out by obstetric nurses.

2. Materials and Methods

This study is part of the quantitative research paradigm of descriptive and cross-sectional type. The Hospital's Ethics Committee approved the study (approval number: 47/2021), which was conducted in compliance with the principles of the Helsinki Declaration. Data collection, based on a questionnaire, was carried out between December 2021 and March 2022. An online questionnaire was applied using the Google Forms tool and sent by email. A total of 78 pregnant women who met the inclusion criteria and attended the pregnant women's consultation in a Lisbon region hospital were selected. Inclusion criteria were cumulative: Pregnant women [1] between the 28th week of pregnancy and the 7th day after delivery; [2] who understand and can express themselves in Portuguese; [3] who have access to and can use a computer or smartphone with an internet connection. Pregnant women under 18 were excluded from the study as they were legally considered minors. Of the 78 questionnaires sent, 21 were not answered, and four were excluded for not answering all questions of the instruments applied. The sample consisted of 53 pregnant women between the 28th week of pregnancy and the 7th day after delivery. Informed consent was obtained by asking all participants to select "yes" or "no" at the beginning of the online survey to consent to participate. Authorizations were requested from the authors of the scales used in this study.

2.1. Instruments

Sleep quality was assessed subjectively using the PSQI [21], an instrument validated for the Portuguese population [22]. The PSQI consists of 19 questions about sleep quality during the past month that are categorized into seven components: subjective sleep quality, sleep latency, sleep duration, sleep efficiency, sleep disturbances, use of sleep medication, daytime sleepiness, and dysfunction [22]. The sum of the seven components indicates the overall value of sleep quality, ranging from 0 to 21, with less than or equal to 5 indicating good sleep quality and more than 5 points indicating poor sleep quality [22]. In the present study, the 7-component score of the PSQI-PT showed an overall reliability coefficient (Cronbach's α) of 0.717, indicating an adequate degree of internal consistency.

The obstetric nurse's intervention was evaluated using a questionnaire designed by the authors for this study and consisting of three closed questions: [1] During pregnancy, did the obstetric nurse show interest in your sleep pattern at any time; [2] During pregnancy, did the obstetric nurse show interest in your sleep quality at any time; [3] List the strategies the obstetric nurse addressed to improve your sleep quality. The construction of this part of the questionnaire was supported by evidence [8,20,23–25] to list different non-pharmacological strategies for obstetric nurses in the field of intervention.

To determine the incidence of pregnant women with depressive symptoms between the 28th week of pregnancy and the 7th day after delivery, the Edinburgh Postpartum Depression Scale EPDS was applied [26], translated, and validated into Portuguese [27]. This instrument consists of 10 questions scored from 0 to 3 according to the presence or intensity of symptoms. A score of 12 or more indicates the likelihood of depression but not its severity [27]. Note that the EPDS is designed to complement, not replace, the clinical evaluation [27].

2.2. Statistical Treatment

The statistical treatment was performed using the IBM SPSS Statistics software, version 25.0. Descriptive statistics were used to characterize the participants, assess the quality of sleep, and the obstetric nurse's intervention to improve sleep quality and the presence of depressive symptomatology. The total Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) scores are continuous variables with non-normal distributions. However, these scores were classified into low-risk and high-risk groups, which were used in subsequent non-parametric tests (Mann-Whitney-U test and Kruskal-Wallis test). Non-parametric tests were used to analyze the relationship between individual and clinical characteristics of the sample and depression (EPDS score ≥ 12) and poor sleep quality (PSQI score > 5). Considering the sample size, with non-normal distributions, the Mann-Whitney-U test was performed to identify significant differences in PSQI between two groups: probable depression and no depression. Significance was measured to the $p < 0.05$ level.

3. Results

The sample comprises 53 women, with 32 (60.4%) pregnant at 28 weeks or more and 21 (39.6%) giving birth less than seven days ago. They range in age from 18 to 45 years old, 79.2% ($n = 42$) are 35 years old or younger, and 20.8% ($n = 11$) are 36 years old or older. The majority are Portuguese ($n = 44$, 83.0%), with the remaining women being of other nationalities. Of note, 20 (37.7%) were nulliparous. The descriptive analysis of the variables that characterized the sample is shown in Table 1. When the quality of sleep was evaluated, we found that only 9.2% ($n = 9$) had good quality sleep (Table 1). The median PSQI score was 10 (± 3.63). In addition to the sleep total score, each of the sleep components was also evaluated, the parts Subjective Sleep Quality (1.68 ± 0.644), Sleep Disturbances (1.74 ± 0.593), and Daytime Dysfunction (2.32 ± 0.581) being the highest scores (Table 1). The median EPDS score was 12 (± 4.43), and 27 participants (50.9%) were defined as having probable depression with scores greater than or equal to 12 (Table 1).

Table 1. Individual and clinical characteristics of the sample.

Variable	Number (%)	Median (IQR)
Pregnancy	32 (60.4)	
Early postpartum period	21 (39.6)	
Age (years)		
18–30	19 (35.8)	
31–35	23 (43.4)	
≥36	11 (20.8)	
Nationality		
Portuguese	44(83)	
Other	9 (17)	
Gestation		
1	20 (37.7)	
≥2	33 (62.3)	
Sleep measures		
Total PSQI score		10 (4–18)
Poor sleep quality (>5)	44 (90.8)	
Good sleep quality (≤5)	9 (9.2)	
Subjective Sleep Quality	53 (100)	1.68 ± 0.644
Sleep Latency	53 (100)	1.53 ± 1.012
Sleep Duration	53 (100)	1.17 ± 1.033
Sleep Efficiency	53 (100)	1.13 ± 1.301
Sleep disturbances	53 (100)	1.74 ± 0.593
Use of Sleep-Promotion Medication	53 (100)	0.08 ± 0.432
Daytime Dysfunction	53 (100)	2.32 ± 0.581
Depression measures		
Probable depression (≥12)	27 (50.9)	18.26 ± 2.31
No depression symptoms (<12)	26 (49.1)	5.81 ± 3.13

IQR—Interquartile range.

When questioned about the obstetric nurse's intervention to improve sleep quality, 41 (77.4%) participants said that during pregnancy, the obstetric nurse showed no interest in their sleep patterns (Table 2). Moreover, 43 ($n = 81.1\%$) participants reported that during pregnancy, the obstetric nurse showed no interest in their sleep quality (Table 2). The 10 (18.9%) participants who responded affirmatively about the obstetric nurse's interest in their quality of sleep reported that the nurse had addressed the following strategies for improving sleep quality: sleeping positions; the comfort of the environment; sleep schedules; use of comfortable clothing for sleep (Table 2).

The PSQI score was significantly different ($p = 0.016$) between pregnant and postpartum women with probable depression and no depression symptoms (Table 3). In addition, the pregnant and postpartum women with likely depression had worse sleep quality scores (Table 3).

When performing Mann-Whitney-U and Kruskal-Wallis tests for comparative effects between individual and clinical characteristics and depression (EPDS score ≥ 12) and poor sleep quality (PSQI score > 5), it is found that the value of sleep quality is not significantly different between the individual and clinical characteristics of the participants, especially for the variable's pregnancy period, age, nationality, and gestation ($p > 0.05$) (Table 4). The same results for the relationship between those variables and probable depression ($p > 0.05$), except for the variable nationality ($p = 0.013$) (Table 4). Statistically significant differences were identified between Portuguese women and women of another nationality regarding the probability of depression, with women of another nationality having a higher risk of depression (Table 4).

Table 2. Obstetric nurse intervention on sleep quality.

Nurse Intervention	Number (%)
During pregnancy, did the obstetric nurse show interest in your sleep pattern at any time?	
Yes	12 (22.6)
No	41 (77.4)
During pregnancy, did the obstetric nurse show interest in your sleep quality at any time?	
Yes	10 (18.9)
No	43 (81.1)
If you answered yes, mark all the strategies that were addressed:	
Positions to sleep	6 (11.3)
Use of pillows	-
The comfort of the environment	3 (5.7)
Use of electronic devices in the bedroom (at bedtime)	-
Sleep schedule	1 (1.9)
Physical exercise and its relationship with sleep pattern	-
Diet and its relationship with sleep pattern	-
Caffeinated beverages	-
Muscle relaxation techniques	-
Music therapy	-
Chromotherapy	-
Use of comfortable sleeping clothes	2 (22.6)
Other	-

Table 3. Mann-Whitney-U test between PSQI score and pregnant and postpartum women with probable depression.

	Depression Measures		Test	
	Probable Depression (n = 27)	No Depression Symptoms (n = 26)	U de Mann-Whitney	p
	Mean Rank			
PSQI	31.98	21.83	216.500	0.016 *

* Significance to $p < 0.05$.**Table 4.** Relationship between individual and clinical characteristics of the sample and depression (EPDS score ≥ 12) and poor sleep quality (PSQI score > 5).

	Probable Depression EPDS Score ≥ 12		Poor Sleep Quality PSQI Score > 5	
	% (n/N)	p	% (n/N)	p
Pregnancy or Puerperium				
Pregnancy	50.0 (16/32)	0.867	90.6 (29/32)	0.585
Early postpartum period	51.4 (11/21)		85.7 (18/21)	
Age (years) ^[1]				
18–30	57.9 (11/19)	0.403	84.2 (16/19)	0.216
31–35	56.5 (13/23)		87.0 (20/23)	
≥ 36	27.3 (3/11)		100 (11/11)	
Nationality ^[2]				
Portuguese	43.2 (19/44)	0.013 *	86.4 (38/44)	0.244
Other	88.9 (8/9)		100 (9/9)	
Gestation ^[2]				
1	45.0 (9/20)	0.216	90.0 (18/20)	0.815
≥ 2	54.5 (18/33)		87.9 (29/33)	

* Significance to $p < 0.05$, ^[1] Kruskal-Wallis test, ^[2] Mann-Whitney-U test.

4. Discussion

Consistent with previous findings [7,13–15,28,29], the participants of this study had poor quality sleep. Commonly, poor sleep quality is associated with physiological changes such as an increased need to urinate, lower back pain, or restless leg syndrome [28]. Furthermore, this interpretation could lead to the devaluation of the poor quality of sleep, either by women and family or by health professionals, assuming that it is normal and physiological in pregnancy.

From the perspective of pregnant women, the present study demonstrated that the obstetric nurse's intervention was insufficient regarding the participants' sleep quality. The strategies addressed by the nurses as promoters of sleep quality were also slightly explored. Sleeping positions, the comfort of the environment, sleep schedules, and use of comfortable clothing for sleep were the strategies addressed by the obstetric nurses. Promoting health and health education is an autonomous intervention and the responsibility of nurses. It is essential that the evidence supports the realization of this health education and, together with women's preferences, that their needs are met. A study of 454 pregnant women recommends that health professionals pay more attention to sleep problems and advise on strategies to improve sleep quality during prenatal examinations [11]. Several studies have proposed methods to promote sleep in pregnant women. Citrus aurantium essential oil efficiently enhances sleep quality in pregnant women. In this study, all the components of the PSQI were significantly enriched in the Citrus aurantium critical oil group compared with the placebo group [29]. The home-based tele-Pilates exercise program is an effective exercise to alleviate anxiety and insomnia experienced by a pregnant woman [30]. In a meta-analysis to understand the effectiveness of non-pharmacological interventions in improving the quality of sleep in pregnant women, they concluded that listening to music, physical exercise, relaxation exercises, lettuce seed, sleep hygiene, and acupuncture [13]. All these non-pharmacological interventions are relevant, considering pregnant women are generally cautious about the use of drugs during pregnancy [13]. These interventions corroborate with non-pharmacological and pharmacological treatments considering the risks and benefits of each for the expectant mother and fetus described in a study about insomnia during pregnancy [23]. According to these authors, non-pharmacological interventions such as sleep hygiene and education should be considered as first-line [23].

Assessing sleep quality in the perinatal period is crucial to promoting women's health during the prenatal and postnatal periods [20]. Also, "the quality of night's sleep impacts the subsequent day, and the level of daytime sleepiness impacts the following sleep night" [31], which will be a reality for future mothers due to the need to wake up to take care of the newborn during the night. About one in two women in the present study experienced symptoms of depression. We found significant differences in probable depression and nationality, with women of another nationality having a higher risk of depression. Risk groups are identified in which they are more likely to present sleep disorders, and midwifery should adopt good practices to detect these signs and symptoms. For example, women with low socioeconomic income, obesity, insomnia, and depressive background are more likely to have sleep problems, according to a literature review about the association between sleep quality and perinatal depression [20]. In the same study, it can be found that sleep quality is worse with a maternal age of 30 and over, and is worse with gestational age, third trimester [11–13,20]. A literature review aimed to identify the main barriers and facilitators to dealing with perinatal depression and found that the main obstacles are stigma, lack of training for the obstetrician, lack of resources, and limited access to mental health treatment [32]. Facilitators include validation and empowerment of women during interactions with healthcare providers, midwifery and staff training, standardized screening and referral processes, and enhanced mental health resources [32].

We also found that pregnant and postpartum women with likely depression self-reported poor sleep quality. This finding is consistent with other data suggesting that poor subjective sleep quality is associated with symptoms of perinatal depression [13,33–35]. In addition, Park et al. claim that sleep maintenance may play a more critical role than quantity in developing postpartum mood symptoms [33].

The present study has limitations: the non-use of objective measures to evaluate sleep quality and, whenever possible, actigraphy should be included in the methodology of studies on the subject. Indeed, according to Barbato (2021), subjective instruments for assessing sleep quality did not "focus on sleep components that can lie behind sleep quality and not give cues regarding the biological mechanisms that might be responsible for altering the sleep process and disturbing sleep continuity" [36]. Another limitation is the sample size which does not allow the generalization of the results. The study only analyzes the

women's perspective on the strategies adopted, and future studies should also include the midwives' perspective on their role in promoting sleep quality. Furthermore, the probability of the previously validated cut-off score of five in the PSQI is not correct for the pregnant population due to changes that occur during pregnancy [37]. A higher score may be needed to differentiate those who need further intervention [37]. In the same study, a meta-analysis of sleep quality during pregnancy, suggests that higher global score cut-off points are more appropriate [37]. However, there is no consensus about the score for this population. So, future research, including mixed methodologies, must be conducted to identify the best cut-off score for the pregnant population. A meta-analysis of non-pharmacological interventions for improving sleep quality during pregnancy included studies between July 2014 and July 2019; only six were included [25]. Thus, randomized controlled trials are needed to understand the effectiveness of non-pharmacological interventions in promoting sleep quality. However, it is possible to identify that the women in this study have poor sleep quality, and that they perceive common concern for their quality of sleep on the part of the midwives. This suggests the need for more action since we are facing one of the most significant challenges of this century, preventing depression.

5. Conclusions

Women's mental health during pregnancy and postpartum impacts them, as well as the bond created with the child and the family dynamics. Sleep is a state of relaxation necessary for all human beings. Indeed, the interaction between sleep and depressive symptoms is quite complex because we can always ask: What causes what? Does quality of sleep cause depression? Or is the poor quality of sleep a symptom of depression? The evidence shows that it is difficult to understand this complexity of interplay. Still, it also indicates that non-pharmacological interventions promote sleep quality and reduce the risk of postpartum depression. Therefore, the obstetric nurse must focus on each woman's needs to identify a plan that provides an optimal level of sleep. In addition, poor sleep quality during pregnancy increases the risk of perinatal depression, which harms the woman, child, and the rest of the family. More studies with a longitudinal approach should understand the impact of interventions and the best interventions of the obstetric nurse to improve sleep quality, considering that obstetric nurses are the health professionals closest to pregnant women. They also assume a role in monitoring the health of pregnant women and act autonomously in health promotion and risk prevention, being able to fit into their plan of diagnostic care and nursing interventions that respond to the need for sleep and rest of pregnant and puerperal women.

Author Contributions: Conceptualization, A.F.P. and M.O.Z.; methodology, A.F.P. and M.O.Z.; formal analysis, A.F.P.; investigation, A.F.P. and M.O.Z.; data curation, A.F.P.; writing—original draft preparation, A.F.P.; writing—review and editing, A.F.P. and M.O.Z.; project administration, A.F.P. and M.O.Z.; Funding acquisition, A.F.P. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: This study was approved by Hospital's Ethics Committee (approval number: 47/2021). The authors do not mention the ethics committee's name to maintain the anonymity of the participants since the ethics committee is from the hospital where the data were collected. The ethics committee's opinion files were made available to the journal's editorial board.

Informed Consent Statement: Not applicable.

Data Availability Statement: Not applicable.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Stuart-Parrigon, K.; Stuart, S. Perinatal depression: An update and overview. *Curr. Psychiatry Rep.* **2014**, *16*, 468. [[CrossRef](#)]
2. Wilson, D.L.; Barnes, M.; Ellett, L.; Permezel, M.; Jackson, M.; Crowe, S.F. Decreased sleep efficiency, increased wake after sleep onset and increased cortical arousals in late pregnancy. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* **2011**, *51*, 38–46. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

3. Woody, C.A.; Ferrari, A.J.; Siskind, D.J.; Whiteford, H.A.; Harris, M.G. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J. Affect. Disord.* **2017**, *219*, 86–92. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. Gavin, N.I.; Gaynes, B.N.; Lohr, K.N.; Meltzer-Brody, S.; Gartlehner, G.; Swinson, T. Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstet. Gynecol.* **2005**, *106 Pt 1*, 1071–1083. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Palagini, L.; Gemignani, A.; Banti, S.; Manconi, M.; Mauri, M.; Riemann, D. Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: Impact on pregnancy outcome. *Sleep Med.* **2014**, *15*, 853–859. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Zhou, H.; Li, W.; Ren, Y. Poor sleep quality of third trimester exacerbates the risk of experiencing postnatal depression. *Psychol. Health Med.* **2020**, *25*, 229–238. [[CrossRef](#)]
7. Volkovich, E.; Tikotzky, L.; Manber, R. Objective and subjective sleep during pregnancy: Links with depressive and anxiety symptoms. *Arch. Women's Ment. Health* **2016**, *19*, 173–181. [[CrossRef](#)]
8. Eichler, J.; Schmidt, R.; Hiemisch, A.; Kiess, W.; Hilbert, A. Gestational weight gain, physical activity, sleep problems, substance use, and food intake as proximal risk factors of stress and depressive symptoms during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* **2019**, *19*, 175. [[CrossRef](#)]
9. Ostacoli, L.; Cosma, S.; Bevilacqua, F.; Berchiolla, P.; Bovetti, M.; Carosso, A.R.; Malandrone, F.; Carletto, S.; Benedetto, C. Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* **2020**, *20*, 703. [[CrossRef](#)]
10. Mindell, J.A.; Cook, R.A.; Nikolovski, J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med.* **2015**, *16*, 483–488. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
11. Yang, Y.; Mao, J.; Ye, Z.; Zeng, X.; Zhao, H.; Liu, Y.; Li, J. Determinants of sleep quality among pregnant women in China: A cross-sectional survey. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* **2018**, *31*, 2980–2985. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
12. Polo-Kantola, P.; Aukia, L.; Karlsson, H.; Karlsson, L.; Paaononen, E.J. Sleep quality during pregnancy: Associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **2017**, *96*, 198–206. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Gao, M.; Hu, J.; Yang, L.; Ding, N.; Wei, X.; Li, L.; Liu, L.; Ma, Y.; Wen, D. Association of sleep quality during pregnancy with stress and depression: A prospective birth cohort study in China. *BMC Pregnancy Childbirth* **2019**, *19*, 444. [[CrossRef](#)]
14. Lee, K.A.; Zaffke, M.E.; McEnany, G. Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Obstet. Gynecol.* **2000**, *95*, 14–18. [[CrossRef](#)]
15. Osnes, R.S.; Eberhard-Gran, M.; Follestad, T.; Kallestad, H.; Morken, G.; Roaldset, J.O. Mid-Pregnancy Insomnia and its Association with Perinatal Depressive Symptoms: A Prospective Cohort Study. *Behav. Sleep Med.* **2021**, *19*, 285–302. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
16. Cai, S.; Tan, S.; Gluckman, P.D.; Godfrey, K.M.; Saw, S.-M.; Teoh, O.H.; Chong, Y.-S.; Meaney, M.J.; Kramer, M.S.; Gooley, J.J.; et al. Sleep Quality and Nocturnal Sleep Duration in Pregnancy and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Sleep* **2017**, *40*, zsw058. [[CrossRef](#)]
17. Dunkel Schetter, C. Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu. Rev. Psychol.* **2011**, *62*, 531–558. [[CrossRef](#)]
18. Okun, M.L.; Schetter, C.D.; Glynn, L.M. Poor sleep quality is associated with preterm birth. *Sleep* **2011**, *34*, 1493–1498. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
19. Kalmbach, D.A.; Cheng, P.; Ong, J.C.; Ciesla, J.A.; Kingsberg, S.A.; Sangha, R.; Swanson, L.M.; O'Brien, L.M.; Roth, T.; Drake, C.L. Depression and suicidal ideation in pregnancy: Exploring relationships with insomnia, short sleep, and nocturnal rumination. *Sleep Med.* **2020**, *65*, 62–73. [[CrossRef](#)]
20. Poeira, A.F.; Zangão, M.O. Construct of the Association between Sleep Quality and Perinatal Depression: A Literature Review. *Healthcare* **2022**, *10*, 1156. [[CrossRef](#)]
21. Buysse, D.J.; Reynolds, C.F.; Monk, T.H.; Berman, S.R.; Kupfer, D.J. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* **1989**, *28*, 193–213. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
22. Del Rio João, K.A.; Becker, N.B.; de Neves Jesus, S.; Isabel Santos Martins, R. Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Res.* **2017**, *247*, 225–229. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
23. Hashmi, A.M.; Bhatia, S.K.; Bhatia, S.K.; Khawaja, I.S. Insomnia during pregnancy: Diagnosis and Rational Interventions. *Pak. J. Med. Sci.* **2016**, *32*, 1030–1037. [[CrossRef](#)]
24. General Directorate of Health (PT); Directorate of Psychiatry and Mental Health Services. *Mental Health Promotion in Pregnancy and Early Childhood: Guidance Manual for Health Professionals*; General Directorate of Health: Lisbon, Portugal, 2005.
25. Paulino, D.S.M.; Borrelli, C.B.; Faria-Schützer, D.B.; Brito, L.G.O.; Surita, F.G. Non-pharmacological Interventions for Improving Sleep Quality During Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* **2022**, *44*, 776–784. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
26. Cox, J.L.; Holden, J.M.; Sagovsky, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br. J. Psychiatry* **1987**, *150*, 782–786. [[CrossRef](#)]
27. Augusto, A.; Kumar, R.; Calheiros, J.M.; Matos, E.; Figueiredo, E. Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol. Med.* **1996**, *26*, 135–141. [[CrossRef](#)]
28. Okun, M.L.; Mancuso, R.A.; Hobel, C.J.; Schetter, C.D.; Coussons-Read, M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J. Behav. Med.* **2018**, *41*, 703–710. [[CrossRef](#)]
29. Mohammadi, F.; Moradi, M.; Niazi, A.; Jamali, J. The Impact of Aromatherapy with Citrus Aurantium Essential Oil on Sleep Quality in Pregnant Women with Sleep Disorders: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Int. J. Community Based Nurs. Midwifery* **2022**, *10*, 160–171. [[CrossRef](#)]
30. Hyun, A.H.; Cho, J.Y.; Koo, J.H. Effect of Home-Based Tele-Pilates Intervention on Pregnant Women: A Pilot Study. *Healthcare* **2022**, *10*, 125. [[CrossRef](#)]
31. Spagnoli, P.; Balducci, C.; Fabbri, M.; Molinaro, D.; Barbato, G. Workaholism, Intensive Smartphone Use, and the Sleep-Wake Cycle: A Multiple Mediation Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 3517. [[CrossRef](#)]

32. Byatt, N.; Simas, T.A.M.; Lundquist, R.S.; Johnson, J.V.; Ziedonis, D.M. Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* **2012**, *33*, 143–161. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
33. Park, E.M.; Meltzer-Brody, S.; Stickgold, R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Arch. Womens Ment. Health.* **2013**, *16*, 539–547. [[CrossRef](#)]
34. Choquez-Millan, L.; Soto, A. Sleep Quality and Perinatal Depression in Pregnant Women Treated in a Primary Care Centre in Lima, Peru. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2021, *in press, corrected proof*. (In English and Spanish). [[CrossRef](#)]
35. Liu, L.; Xu, D.R.; Tong, Y.; Shi, J.; Zeng, Z.; Gong, W. Symptomatology in 1112 women screened positive and negative using the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): Longitudinal observations from the first trimester to 6 weeks postpartum of a Chinese cohort. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* **2022**, *43*, 453–463. [[CrossRef](#)]
36. Barbato, G. REM Sleep: An Unknown Indicator of Sleep Quality. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 12976. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
37. Sedov, I.D.; Cameron, E.E.; Madigan, S.; Tomfohr-Madsen, L.M. Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. *Sleep Med. Rev.* **2018**, *38*, 168–176. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

APÊNDICE C - Operacionalização das competências ao longo do Estágio

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O presente documento insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora. Tem como objetivo geral apresentar as competências desenvolvidas pela estudante ao longo do Estágio realizado durante o 2º ano do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora.

Apresenta-se, com recurso a tabela, as unidades de competência, os critérios de avaliação e a prática clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Teve por base:

- *Regulamento dos domínios das competências comuns do enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019.
- *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República, 2.ª série – N.º 85 – 3 de maio de 2019.

Ana Filipa Poeira

COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A – RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	<p>A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente.</p> <p>A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência.</p> <p>A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa.</p> <p>A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções.</p> <p>A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional.</p> <p>A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem.</p> <p>A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvi uma prática clínica reflexiva para o processo de tomada de decisão; - Orientei a tomada de decisão e fundamentei as minhas ações com base na evidência científica e investigação; - Mostrei uma conduta ética, deontológica e científica responsável ajustada aos cuidados realizados na prática profissional; - Atendi às normas deontológicas e às leis que regulam a profissão; - Validei as minhas decisões com o/a supervisor/a clínico e a orientadora pedagógica. - Refleti sobre o processo de tomada de decisão, elaborando reflexão segundo Ciclo de Gibbs; - Discuti com a equipa de enfermagem e Senhores/as Enfermeiros/as Gestores sobre o processo de tomada de decisão, autonomia profissional e responsabilidade dos/as enfermeiros/as;
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	<p>A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade.</p> <p>A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão.</p> <p>A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão.</p> <p>A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discuti com a equipa de enfermagem e Senhores/as Enfermeiros/as Gestores sobre o processo de tomada de decisão, autonomia profissional e responsabilidade dos/as enfermeiros/as especialistas em ESMO. - Solicitei apoio da orientadora clínica e da professora orientadora; - Mobilizei os conhecimentos teóricos para suportar a minha prática clínica; - Reconheci os meus limites na tomada de decisão.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	<p>A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.</p> <p>A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.</p>	

A2 – Garante práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.	- Assumi a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional; - Respeitei o direito dos clientes no acesso à informação; - Respeitei e garanti a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional; - Respeitei o direito à privacidade dos clientes; - Respeitei o cliente relativamente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. - Respeitei os valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, suportando-me Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine M. Leininger; - Cumpri com os princípios éticos inerentes a todas as fases do Processo de Investigação - “Qualidade do sono e sua associação com a depressão perinatal no contexto de saúde materna e obstétrica”; - Elaborei o relatório de estágio sem identificar locais de forma a garantir a privacidade do cliente, profissionais e organizações.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.	

B – DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.	- Participei ativamente em projetos de qualidade implementados nas organizações, como por exemplo o projeto Maternidade com Qualidade; - Realizei o projeto de investigação “Qualidade do sono e sua associação com a depressão perinatal no contexto de saúde materna e obstétrica” que contribui para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade.	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em	

	protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Coopera na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.	
B1 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua		
Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas.	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.	- Recorri às Normas de Orientação Clínica para a tomada de decisão (OMS, UNICEF, DGS, Normas e protocolos em vigor nas diferentes organizações); - Elaborei, em contexto de CSP, algoritmo da IVG facilitando a tomada de decisão da equipa multidisciplinar;
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.	
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.	
B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro		
Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.	- Garanti um ambiente terapêutico e seguro, sendo exemplos; 1) avaliação dos riscos reais e potenciais face ao meio, recursos disponíveis e individualidade da pessoa/família/comunidade alvo dos cuidados.

	<p>B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional.</p> <p>B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registros.</p>	
<p>B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p>	<p>B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</p> <p>B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco.</p> <p>B3.2.3 — Previne os riscos ambientais.</p> <p>B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.</p> <p>B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</p> <p>B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.</p> <p>B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.</p> <p>B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.</p> <p>B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.</p>	

C – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
<p>C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p>	<p>C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa.</p> <p>C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde.</p> <p>C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.</p> <p>C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.</p>	<p>- Reconheci os limites da minha competência e referenciei para outros prestadores de cuidados de saúde (médico);</p> <p>- Sistematizei informação de forma a facilitar a tomada de decisão (por exemplo com a elaboração de mapas mentais);</p> <p>- Responsabilizei-me pelas decisões que tomei e pelos atos que pratiquei ou deleguei.</p>
<p>C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p>	<p>C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.</p>	

	C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.	
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados		
Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.	- Observei, questionei e participei na correta gestão dos recursos materiais (por exemplo o não desperdício de vacinas contra COVID-19) de forma a dar resposta aos objetivos do CVC ¹⁷ e da sociedade; - Observei e questionei sobre o plano de ação e métodos de trabalho, bem como a gestão do CVC (por exemplo, a determinação das necessidades de recursos humanos); - Refleti sobre conceitos de economia da saúde perante recursos que são finitos aliados a uma conjuntura macroeconómica;
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.	- Investi em formação de forma a encontrar estratégias que promovam a gestão de recursos humanos, contribuindo para o desempenho, eficácia e eficiência organizacional – realização do curso E-WORKSHOP: COACHING COMO METODOLOGIA DE TRABALHO NA LIDERANÇA EM ENFERMAGEM; - Enquadrei as competências do EEESMO na área das políticas nacionais e europeias.
D – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS		
D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade		
Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais.	- Refleti sobre o processo de tomada decisão, elaborando reflexão segundo Ciclo de Gibbs; - Refleti e discuti com enfermeiras orientadoras, professora orientadora e equipa multidisciplinar processos de tomada de decisão; - Procurei soluções perante adversidades e conflitos; - Implementei uma comunicação clara e assertiva;

¹⁷ CVC – Centro de Vacinação COVID-19

	D1.1.4 — Conscientializa a influência pessoal na relação profissional.	- Investi em formação de forma a encontrar estratégias que promovam a gestão de recursos humanos, contribuindo para o desempenho, eficácia e eficiência organizacional – realização do curso <i>E-WORKSHOP: COACHING COMO METODOLOGIA DE TRABALHO NA LIDERANÇA EM ENFERMAGEM</i> .
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.	
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica		
Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.	- Fomentei a investigação em enfermagem como meio de desenvolvimento do exercício profissional; - Apresentei póster intitulado <i>A qualidade do sono enquanto fator protetor da depressão perinatal: revisão da literatura</i> no XXIII Encontro Nacional & VII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras; - Coautoria de comunicação oral intitulada <i>As Alterações Climáticas e a Saúde em Portugal</i> no IV Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: velhos desafios e novas oportunidades; - Coautoria de comunicação oral intitulada <i>COVID-19: Prevalência da burnout nos enfermeiros numa Unidade de Cuidados Intensivos da área metropolitana de Lisboa</i> no IV Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: velhos desafios e novas oportunidades;
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.	- Compreendi a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão de Enfermagem e a tomada de decisões baseadas na evidência científica; - Converti as necessidades de informação em questão de pesquisa claras; - Procedi a uma pesquisa avançada de evidência científica para o processo de resolução de problemas;
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas.	- Utilizei os princípios da análise crítica da literatura; - Recorri às Normas de Orientação Clínica para a tomada de decisão; - Elaborei Revisão Integrativa da Literatura sobre temática: Qualidade do Sono e sua relação com a Depressão Perinatal; - Desenvolvi estudo primário inserido no paradigma de investigação quantitativa, do tipo descritivo e correlacional, com corte transversal cujo objetivo foi compreender a relação entre a qualidade do sono e a

	<p>D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.</p> <p>D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação</p>	<p>depressão perinatal, bem como a intervenção do enfermeiro junto da grávida na melhoria da qualidade do sono de forma a prevenir a depressão;</p> <ul style="list-style-type: none">- Realização de duas publicações de artigo científico em revista indexada.- Mobilizei os conhecimentos teóricos das diferentes unidades curriculares do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
--	---	---

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

1 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional		
Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
1.1 — Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.	1.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de educação sexual e de saúde preconcepcional. 1.1.2 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade. 1.1.3 — Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e preconcepcional. 1.1.4 — Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e preconcepcional. 1.1.5 — Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcepcional. 1.1.6 — Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.	- Promovi a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional com a realização de: 1) consultas de planeamento familiar no âmbito dos CSP; 2) consultas de IVG em contexto hospitalar; 3) trabalho em contexto de CSP com algoritmo da IVG; 4) mapa mental sobre vacinação contra COVID-19 na gravidez; 5) mapa mental sobre vacinação contra COVID-19 e amamentação;
1.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.	1.2.1 — Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher. 1.2.2 — Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de proteção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis. 1.2.3 — Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 1.2.4 — Identifica e monitoriza o potencial de risco preconcepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 1.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com	

	infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.	
1.3 — Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infecções sexualmente transmissíveis.	<p>1.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>1.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.</p> <p>1.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e/ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos.</p> <p>1.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>1.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.</p>	

2 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Unidades de competência	Crítérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	<p>2.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal.</p> <p>2.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto.</p> <p>2.1.3 — Diagnostica e monitoriza a gravidez.</p> <p>2.1.4 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</p> <p>2.1.6 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>2.1.7 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez.</p> <p>2.1.8 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.</p> <p>2.1.9 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno.</p>	<p>- Participei na Campanha de Vacinação Contra a COVID-19, tendo: informado e orientado grávidas; promovido a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal;</p> <p>- Participei no Curso de Preparação para o Parto e Nascimento na UCC;</p> <p>- Realizei consultas de enfermagem para monitorização da gravidez (CSP, Consultas Externas do Hospital);</p> <p>- Participação nas consultas de IVG em contexto hospitalar;</p> <p>- Vigiei e monitorizei a gravidez (serviço de Internamento de Puerpério; SCP; Consulta Externa do Hospital; BP; SUGO).</p>

	2.1.10 — Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.	
2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	<p>2.2.1 — Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.</p> <p>2.2.2 — Identifica e monitoriza saúde materno -fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>2.2.3 — Prescreve exames auxiliares de diagnósticos necessários à detecção de gravidez de risco.</p> <p>2.2.4 — Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.5 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>2.2.6 — Avalia bem-estar materno -fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <p>2.2.7 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto.</p> <p>2.2.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável.</p> <p>2.2.9 — Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.</p> <p>2.2.10 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.</p> <p>2.2.11 — Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação</p>	
2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	<p>2.3.1 — Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.</p> <p>2.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez.</p> <p>2.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.</p> <p>2.3.4 — Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.</p> <p>2.3.5 — Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica.</p> <p>2.3.6 — Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte.</p> <p>2.3.7 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto.</p> <p>2.3.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento.</p> <p>2.3.9 — Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.</p>	

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

Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
<p>3.1 — Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra uterina.</p>	<p>3.1.1 — Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p> <p>3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>3.1.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p> <p>3.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>3.1.6 — Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controle da dor.</p>	<p>- Concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos, sendo exemplos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) participação na técnica medicamentosa para alívio da dor, nomeadamente, a analgesia epidural; 2) proporcionar à mulher a ingestão de líquidos (chá, gelatina ou água) durante o trabalho de parto; 3) proporcionar medidas não farmacológicas de alívio da dor (musicoterapia, hidroterapia, cromoterapia, massagem de relaxamento, liberdade de movimentos e bola de Pilatos), 4) proporcionar à mulher posições não supinas no trabalho de parto; <p>- Concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, sendo exemplos:</p>
<p>3.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.</p>	<p>3.2.1 — Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>3.2.2 — Identifica e monitoriza o risco materno -fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.3 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.2.4 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>3.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>3.2.6 — Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>3.2.7 — Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra uterina.</p> <p>3.2.8 — Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.</p> <p>3.2.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>3.2.10 — Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.</p>	<p>1) a promoção e implementação das dez medidas implementadas no Hospital Amigo dos Bebés;</p> <p>2) realização de ensinamentos que promovem o aleitamento materno nos diferentes contextos de estágio;</p> <p>Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>- Identifiquei e monitorizei o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação, como por exemplos, situações de incompatibilidade fetopélvica;</p> <p>- Concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto, como por exemplo: colaborar na triagem de grávidas em início de TP, avaliando o estadio do TP e avaliando o bem-estar materno fetal;</p> <p>- Apliquei, fundamentando sempre a minha atuação em evidência científica, as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica;</p> <p>- Assegurei a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra uterina;</p> <p>- Cooperei com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais, sendo exemplo a experiência decorrente dos turnos realizados no serviço de Neonatologia</p>

<p>3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.</p>	<p>3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>3.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>3.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina.</p> <p>3.3.4 — Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>3.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p> <p>3.3.6 — Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.</p>	<p>- Identifiquei alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação, como por exemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) realização do Rastreo de Cardiopatias Congénitas no serviço de Puerpério; 2) identificação de pé boto; 3) identificação de fosseta sacral; 4) entre outros. <p>- Concebi, planeei, implementei e avaliei cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto, sendo exemplos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) realização de consultas de enfermagem a grávidas de risco nas consultas externas do Hospital; 2) prestação de cuidados de enfermagem a grávidas internadas por patologia ou complicações associadas à gravidez; 3) prestação de cuidados de enfermagem a grávidas de risco no Bloco de Partos, sendo exemplo, grávidas com risco infecioso, Diabetes Mellitus não controlado, insuficiência venosa, pré-eclâmpsia, entre outras.
---	--	---

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

Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
<p>4.1 — Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.</p>	<p>4.1.1 — Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.</p> <p>4.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.</p> <p>4.1.3 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto.</p> <p>4.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>4.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.</p> <p>4.1.6 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.</p>	<p>- Participei na Campanha de Vacinação Contra a COVID-19, tendo informado e orientado puérperas; promovido a decisão esclarecida sobre a saúde da puérpera, assim como do RN informando e esclarecendo sobre relação entre vacinação e amamentação;</p> <p>- Promovi a saúde da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal com a realização de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ensinamentos e consequente capacitação do autocuidado, promovendo a segurança, a autonomia e bem-estar da mulher e recém-nascido (Internamento de Puerpério; Consulta de Planeamento Familiar; Consulta de Saúde Infantil; SUGO; Consulta Externa na organização Hospitalar); 2) cuidados a m puérperas com mamas túrgidas, lóquios com cheiro fétido (SUGO, Internamento de Puerpério). <p>- Prestação de cuidados no puerpério imediato (vigilância da puérpera com o objetivo de despistar complicações, considerando avaliação dos cinco sinais vitais, avaliação da involução uterina, avaliação das características dos lóquios, avaliação do períneo e da</p>
<p>4.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.</p>	<p>4.2.1 — Informa, orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho.</p> <p>4.2.2 — Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade.</p>	<p>- Prestação de cuidados no puerpério imediato (vigilância da puérpera com o objetivo de despistar complicações, considerando avaliação dos cinco sinais vitais, avaliação da involução uterina, avaliação das características dos lóquios, avaliação do períneo e da</p>

	<p>referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>4.2.3 — Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>4.2.4 — Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>4.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.</p>	região anal, vigilância da eliminação urinária).
4.3 — Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>4.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos.</p> <p>4.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto.</p> <p>4.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno.</p> <p>4.3.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto.</p> <p>4.3.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante.</p> <p>4.3.6 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido.</p> <p>4.3.7 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal.</p> <p>4.3.8 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto.</p> <p>4.3.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante.</p> <p>4.3.10 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neonatal.</p> <p>4.3.11 — Assume a decisão.</p>	

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

Unidades de competência	Crítérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
5.1 — Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	<p>5.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério.</p> <p>5.1.2 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de</p>	<p>- Prestei cuidados à mulher durante o período de climatério, sendo exemplos:</p> <p>1) a realização de consultas de enfermagem nos CSP;</p> <p>2) cuidados de enfermagem pré, durante e pós cirurgia por tumor anexial (BP);</p>

	<p>promoção da saúde mental na vivência da menopausa.</p> <p>5.1.3 — Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério.</p> <p>5.1.4 — Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.</p>	3) atendimento no SUOG por metrorragias em período de climatério.
5.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	<p>5.2.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de proteção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério.</p> <p>5.2.2 — Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>5.2.3 — Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>5.2.4 — Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>5.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.</p>	
5.3 — Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	<p>5.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>5.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante ao climatério.</p> <p>5.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério., incluindo conviventes significativos.</p> <p>5.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.</p>	

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

Unidades de competência	Critérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
6.1 — Promove a saúde ginecológica da mulher.	<p>6.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica.</p> <p>6.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica.</p> <p>6.1.3 — Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no</p>	<p>- Observei e participei nos exames ginecológicos que promovem a saúde ginecológica da mulher;</p> <p>- Informe e orientei a mulher sobre saúde ginecológica nas consultas realizadas nos CSP, bem como no internamento puerpério, BP e urgência.</p>

	âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.	- Participei na Campanha de Vacinação Contra a COVID-19, tendo: informado e orientado mulheres em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama (inclui-se a realização de domicílios para vacinação das mulheres afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, não se podendo deslocar ao Centro de Vacinação); - Prestação de cuidados de enfermagem pré, durante e pós cirurgia por tumor anexial (BP); - Informe e orientei a mulher em tratamento de afeções do aparelho genito -urinário, nomeadamente, conização.
6.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	6.2.1 — Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama. 6.2.2 — Diagnostica e monitoriza afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 6.2.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. 6.2.4 — Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama.	
6.3 — Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	6.3.1 — Informa e orienta a mulher em tratamento de afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama. 6.3.2 — Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama. 6.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. 6.3.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afeções do aparelho genito -urinário e/ou mama. 6.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	

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

Unidades de competência	Crítérios de avaliação	Práxis clínica especializada ao longo do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
7.1 — Promove a saúde do grupo-alvo	7.1.1 — Identifica infraestruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. 7.1.2 — Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. 7.1.3 — Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. 7.1.4 — Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. 7.1.5 — Identifica as causas diretas e indiretas da morbi -mortalidade materna e neonatal utilizando o conhecimento epidemiológico.	- Observei e participei nos exames ginecológicos que promovem a saúde ginecológica da mulher; - Informe e orientei a mulher sobre saúde ginecológica nas consultas realizadas nos CSP, bem como no internamento puerpério, BP e urgência; - Realizei consultas de planeamento familiar no âmbito dos CSP; - Colaborei nas consultas de IVG em contexto hospitalar.

	<p>7.1.6 — Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento.</p> <p>7.1.7 — Advoga e promove estratégias de “empowerment” para as mulheres em idade fértil.</p> <p>7.1.8 — Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.</p>	
<p>7.2 — Diagnostica precocemente e intervém no grupo-alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.</p>	<p>7.2.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>7.2.2 — Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil.</p> <p>7.2.3 — Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis.</p> <p>7.2.4 — Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica.</p> <p>7.2.5 — Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.</p>	
<p>7.3 — Intervém na minimização das causas de morbi -mortalidade materno-fetal.</p>	<p>7.3.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de minimizar as causas diretas e indiretas de morbi -mortalidade materno -fetal.</p> <p>7.3.2 — Cooperar com outros profissionais em programas, projetos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.</p>	

APÊNDICE D – Poster com Algoritmo da IVG desenvolvido em âmbito do estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários



IVG

Período de reflexão não inferior a 3 dias.

CONSULTA PRÉVIA

- Confirmar, com recurso ao **exame ecográfico** que a mulher tem uma gravidez intrauterina e evolutiva, estimando -se a IG.
- Atestado médico que certifica tratar-se de gravidez até 10 semanas (modelo normalizado).
- Impresso para o Consentimento livre e esclarecido assinado no verso pelo profissional que prestou as informações à grávida (modelo normalizado).
- Guia informativo sobre a interrupção da gravidez <http://www.suporte.sociedadeobstetrica.pt/17310/10/Interrupcao-da-Gravidez.pdf>
- Folheto com as informações relativas ao método e à forma de atuar caso surjam complicações.
- Orientações sobre onde e como obter, durante o período de reflexão, apoio de psicólogo ou assistente social, se assim o desejar.
- Indicação da data e do local da intervenção e eventual medicação para preparação do colo – **método cirúrgico**.
- Indicação da data e local para a administração do mifepristone – **método medicamentoso**.
- **ANÁLISES CLÍNICAS: Grupo Sanguíneo; Hemograma completo; PT e PTT**

IVG

MÉTODOS CIRÚRGICOS 7 – 10 SEMANAS DE GRAVIDEZ

- A mulher (ou o seu representante legal) entrega, assinado, o impresso do Consentimento livre e esclarecido que deve ser arquivado no processo clínico.
- Após a intervenção:
 - Imunoglobulina anti-D, se indicado.
 - Fornecimento do método contraceutivo.
 - Reforço de cuidados pós-cirúrgicos.
 - Confirmação de que a mulher dispõe ainda do folheto com as informações sobre o método e a forma de atuar caso surjam complicações
 - Marcação da consulta de planeamento familiar no hospital ou no centro de saúde.

MÉTODOS MEDICAMENTOSOS ATÉ 9 SEMANAS DE GRAVIDEZ

- A mulher (ou o seu representante legal) entrega, assinado, o impresso do Consentimento livre e esclarecido que deve ser arquivado no processo clínico..
- Depois de se informar adequadamente a utente sobre o que é esperado ocorrer nas próximas horas, é administrado o **mifepristone**

CONSULTA DE FOLLOW-UP PÓS 2 -3 SEMANAS

- Verificação da eficácia do método
- Confirmação da eficácia do método
- Marcação consulta planeamento familiar.
- Pode ser inserido DIU.

CONSULTA PLANEAMENTO FAMILIAR

O DIU e o implante podem ser inseridos imediatamente após a aspiração/curtagem. Os contraceptivos hormonais, orais ou injetáveis, podem ser iniciados no próprio dia ou no dia seguinte.

Até 7 semanas de gravidez

1.º dia
Mifepristone 200 mg (1 cp.) – oral
+
Azitromicina 1,0 g (2 cp.) – oral

36 L 48 horas
+
Misoprostol 400 µg (2 cp.) – oral
Analgésico (se necessário)

7 – 9 semanas de gravidez

1.º dia
Mifepristone 200 mg (1 cp.) – oral
+
Azitromicina 1,0 g (2 cp.) – oral

36 L 48 horas
+
Misoprostol 800 µg (4 cp.) – vaginal
ou oral
+
Gonaguest 1,0 mg – vaginal
+
Analgésico (se necessário)

Administração
Imunoglobulina anti-D (300 µg), se Pt-

O implante, o depo-provera ou a pílula podem ser iniciados no próprio dia.

APÊNDICE E – MAPA MENTAL Vacinação contra a COVID-19 na Gravidez



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ana Filipa da Silva Poeira

Orientadora | Professora Doutora Otilia Zangão

Setembro/2021

Ana Filipa Poeira

Mapa mental desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, com supervisão clínica da EESMO.

Tem como objetivo geral sistematizar a informação e orientações sobre a vacina contra a COVID-19 que promovem a decisão esclarecida da grávida no âmbito da saúde pré-natal.

Setembro/2021

VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 NA GRAVIDEZ

Grávidas têm maior necessidade de recorrer aos serviços de saúde: aumenta o risco para a grávida de adquirir a infeção; em caso de infeção, aumenta o risco de contaminar pessoas vulneráveis que se encontram nos serviços de saúde.

O risco de doença grave é maior no terceiro trimestre da gravidez.

COVID-19 tem sido associada a desfechos obstétricos e neonatais adversos decorrentes sobretudo da maior taxa de parto pré-termo.

A grávida apresenta imunidade alterada e restrições de ventilação devido ao movimento limitado do diafragma como resultado de um aumento do volume uterino.

A maior preocupação não é a transmissão direta de Sars-Cov-2 para o feto, mas sim a necessidade de prevenir ou lidar com a doença grave durante a gravidez.

A COVID-19 pode prejudicar o curso da gravidez por complicações como anomalias fetais, parto prematuro, trombose, pré-eclâmpsia, infecção respiratória grave, maior necessidade de internamento em UCI, etc.

após a vacinação.

Idade? Grávidas com idade \geq 16 anos.

IG? Recomenda-se a vacinação da grávida a partir das 21 semanas de gestação + Ecografia Morfológica.

"Fui vacinada e não sabia que estava grávida." E agora? Completar o esquema vacinal de acordo com o intervalo recomendado, independentemente da IG e da realização da ecografia morfológica.

realização da ecografia
morfológica.

Os estudos publicados sobre vacinação contra a COVID-19 durante a gravidez com vacinas de mRNA sugerem que estas vacinas são imunogénicas durante a gravidez, não tendo sido documentadas questões de segurança.

Vacinas de RNA mensageiro: Vacina COMIRNATY®; COVID-19 Vaccine MODERNA®.

durante a gravidez, não tendo
sido documentadas questões de
segurança.

A evidência científica sobre a segurança e eficácia da vacinação contra o SARS-CoV-2 na gravidez é ainda limitada, contudo, todas as vacinas disponíveis contra a COVID-19 utilizam tecnologias de vírus não-ativados, pelo que não são expectáveis riscos adicionais durante a gravidez.

Para as vacinas de mRNA, há evidências suficientes de que estas não causam efeitos colaterais no feto.

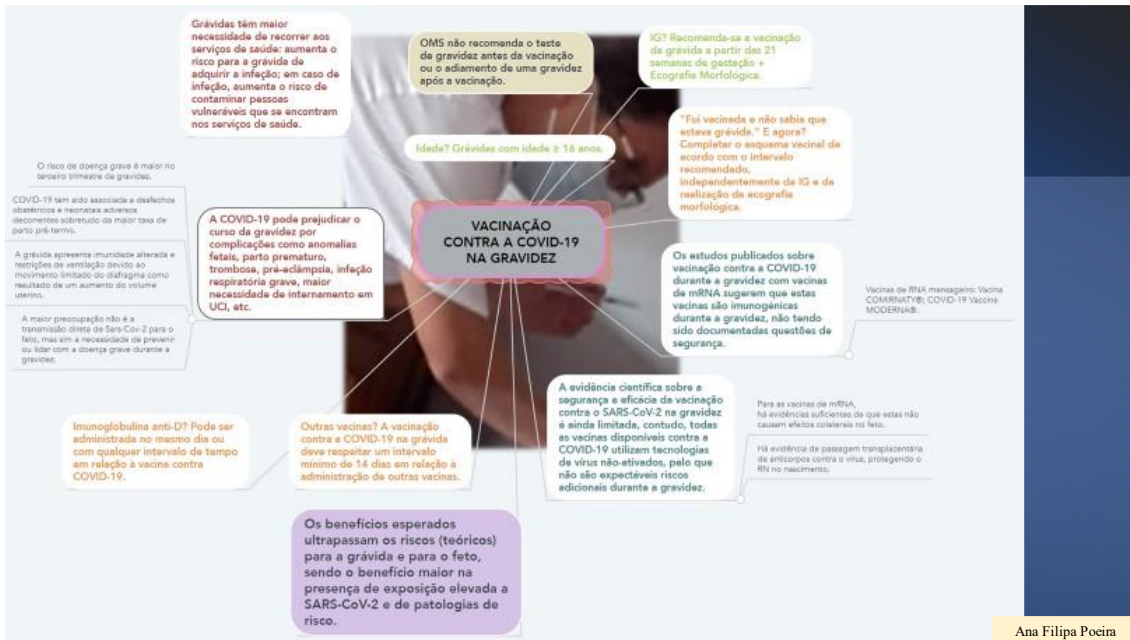
Há evidência de passagem transplacentária de anticorpos contra o vírus, protegendo o RN no nascimento.

Outras vacinas? A vacinação contra a COVID-19 na grávida deve respeitar um intervalo mínimo de 14 dias em relação à administração de outras vacinas.

Imunoglobulina anti-D? Pode ser administrada no mesmo dia ou com qualquer intervalo de tempo em relação à vacina contra COVID-19.

OMS não recomenda o teste de gravidez antes da vacinação ou o adiamento de uma gravidez após a vacinação.

Os benefícios esperados ultrapassam os riscos (teóricos) para a grávida e para o feto, sendo o benefício maior na presença de exposição elevada a SARS-CoV-2 e de patologias de risco.



Ana Filipa Poeira

Ana Filipa Poeira

Referências Bibliográficas

- Chervenak FA, et al. Professionally responsible coronavirus disease 2019 vaccination counseling of obstetrical and gynecologic patients. Am J Obstet Gynecol 2021.
- ISIDOG Consensus Guidelines on COVID19 Vaccination for Women before, during and after Pregnancy
- Norma 018/2020 da DGS: Programa Nacional de Vacinação 2020.
- Norma 021/2020 da DGS: Vacina COMIRNATY®.
- Norma 001/2021 da DGS: Vacina SPIKEVAX®.
- Norma 002/2021 da DGS: Campanha de Vacinação Contra a COVID -19.

ÂPENDICE F – MAPA MENTAL Vacinação contra a COVID-19 e Aleitamento Materno



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ana Filipa da Silva Poeira

Orientadora | Professora Doutora Otilia Zangão

Setembro/2021

Mapa mental desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, com supervisão clínica da EESMO.

Tem como objetivo geral sistematizar a informação e orientações sobre a vacina contra a COVID-19 que promovem a decisão esclarecida da grávida no âmbito da saúde pré-natal.

Setembro/2021



VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 E ALEITAMENTO MATERNO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos seis meses de vida.

“Amamentar é reduzir morbidades, mortalidade, desigualdades, violência, danos ambientais.” (ACTION, 2021).

"Amamentar é promover a vida e a saúde e melhorar sua qualidade, é intensificar as relações sociais, é um resgate cultural da condição humana, é segurança alimentar e nutricional, é reduzir impactos ambientais, é sustentável" (ACTION, 2021).

O leite materno humano é considerado uma fonte nutricional ideal para o sistema imunológico imaturo do RN.

A produção de IgA pelo RN é limitada, pelo que a imunização através do aleitamento materno é crucial na resposta a microrganismos patogénicos.

Os estudos publicados sobre vacinação contra a COVID-19 em mulheres grávidas ou a amamentar não recomendam a cessação do aleitamento materno dada a passagem de anticorpos mãe-lactente.

Todas as vacinas disponíveis contra a COVID-19 utilizam tecnologias de vírus não-ativados, pelo que não são expectáveis riscos adicionais durante a amamentação.

Os anticorpos e Células T estimuladas pela vacina podem ser transferidas para o leite materno, protegendo assim a criança da infeção por SARS-CoV-2.

A vacinação não representa risco para o recém-nascido, dado que o mRNA relacionado com a vacina não foi detetado no leite materno e não foi identificado nenhum dano neonatal (Academy of Breastfeeding Medicine; American College of Obstetricians and Gynecologists).

A vacinação é uma escolha da mulher em discussão com os profissionais de saúde, devendo-se respeitar a sua liberdade individual e direitos fundamentais.

Ensaio clínico iniciado em 2021 já estão a incluir mulheres grávidas e lactantes, nomeadamente no Brasil, segundo a Nota Técnica no467/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS, de 27/04/2021.

nomeadamente no Brasil, segundo a Nota Técnica no467/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS, de 27/04/2021.

Os benefícios da amamentação superam os riscos da administração da vacina contra a COVID-19 para o lactente.

A vacinação contra a COVID-19 diminui o risco de doença grave da mulher.

A amamentação não constitui uma contraindicação para a vacinação contra a COVID-19.



Referências Bibliográficas

- ACTION, W. A. F. B. World Breastfeeding Week. 2021. Acesso em: 14 de março de 2021.
- Norma 002/2021 da DGS: Campanha de Vacinação Contra a COVID-19.
- Campeão, A.F.L.F.; Mira, J.I.R.C.; Quito, R.A.B.; Zangão, M.O.B. (2021). Aleitamento materno e vacinação COVID-19. Em Zangão, M.O.B. (Org) Pesquisa em Aleitamento Materno: Empoderar o Enfermeiro. (pp. 60-71) Ponta Grossa, Brasil: Atena Editora. DOI: 10.22533/at.ed.2282119081.
- HARE, H.; WOMERSLEY, K. Why were breastfeeding women in the UK denied the covid-19 vaccine? BMJ. 2021; 372: n4. <https://doi.org/10.1136/bmj.n4>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n4.full.pdf>.
- Poeira, A.F.S.; Dias, A.M.M.; Condiño, L.M.M.N.; Zangão, M.O.B. (2021). Implicações do leite materno na formação da microbiota intestinal e relação com desenvolvimento de alergias. Em Zangão, M.O.B. (Org) Pesquisa em Aleitamento Materno: Empoderar o Enfermeiro. (pp. 1-15) Ponta Grossa, Brasil: Atena Editora. DOI: 10.22533/at.ed.2282119081.
- WALKER, A. Breast milk as the gold standard for protective nutrients. J Pediatr. 2010 Feb;156(2 Suppl):S3-7. doi: 10.1016/j.jpeds.2009.11.021. PMID: 20105662.

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização para utilização dos instrumentos de colheita de dados

Pedido de autorização para utilização de versão portuguesa EPDS para fins de investigação

Externo Caixa de entrada x



Ana Filipa Poeira <m47163@alunos.uevora.pt>
para jcalheiros, Otilia

domingo, 17/10, 16:48 (há 1 dia) ☆ ↶ ⋮

Estimado Sr. Professor Doutor José Manuel Calheiros,

O meu nome é Ana Filipa Poeira, sou Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora e encontro-me a desenvolver projeto de investigação intitulado "Qualidade do sono: Associação com a depressão perinatal no contexto de saúde materna e obstétrica" sob orientação científica da Professora Doutora Otilia Zangão e cuja principal finalidade, enquanto contributo para os cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é compreender a relação entre a qualidade do sono e a depressão perinatal, bem como a intervenção do enfermeiro junto da grávida na melhoria da qualidade do sono de forma a prevenir a depressão.

Assim, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilização da versão portuguesa da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, validado por si em coautoria, para fins de investigação.

Desde já as minhas desculpas, mas não consegui o contacto do primeiro autor.

(Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. Psychol Med, 26 (1):135-41; 1996 Jan.)

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Filipa Poeira

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica



Jose Calheiros
para amilcaraugusto, mim

13:25 (há 10 horas) ☆ ↶ ⋮

Bom dia!
Muito obrigado pelo seu interesse. Pela minha parte tem autorização total.
Remeto esta mensagem com cópia para o último endereço que disponho do Professor Amílcar Augusto na certeza que expressará, também, a sua autorização.
Agradeço ainda a sua postura ética pouco comum nos dias de hoje.
Disponha.
Com os melhores cumprimentos extensivos à sua orientadora - Professora Otilia Zangão.
JM Calheiros

--
NOME: José M. Calheiros, MD, MPH, PhD - Professor Catedrático Convidado
FUNÇÕES:
CEFES - Centro de Ensino Graduado, de Formação Contínua e de Educação para a Saúde (Presidente) /
CES - Comissão de Ética para a Saúde (Presidente)
Hospital/Escola Universidade Fernando Pessoa
Avenida Fernando Pessoa, 150 :: 4420-096 Gondomar, Portugal
TEL: +351-222 455 455: <http://he.ufp.pt>



Amilcar Augusto <amilcaraugusto@gmail.com>
para Jose, mim

📧 21:12 (há 2 horas) ☆ ↶ ⋮

Olá, em resposta à mensagem que me chegou através do Professor José Manuel Calheiros, envio, em anexo, a autorização formal para utilização da escala.
Qualquer problema é só informar-me.
Melhores cumprimentos
--
Amilcar Augusto



Ana Filipa Poeira <m47163@alunos.uevora.pt>
para Otilia, Amilcar, jcalheiros

23:09 (há 17 minutos) ☆ ↶ ⋮

Exmo. Professor Amilcar Augusto e Exmo. Professor José Calheiros,

Muito agradecemos pela celeridade na resposta e devida autorização. Agiremos com honestidade intelectual, respeitando as autoridades.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Filipa Poeira

Amílcar Augusto

Psiquiatra (16476)
rua campo alegre, 1306, sala 410
4150-174 Porto
amilcaraugusto@gmail.com

Declaração:

Declaro, para os devidos efeitos, que a versão Portuguesa da escala de Edimburgo do Prof. Cox, também conhecida por "EPDS", publicada na revista científica Psychological Medicine (Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. Psychol Med, 26(1):135-41; 1996 Jan), pode ser utilizada, para fins clínicos ou científicos, por quem o desejar, desde que no respectivo suporte se faça sempre referência ao artigo de divulgação da escala original (Edinburgh Postnatal Depression. JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786.)

Porto, 18 de outubro de 2021

(Amílcar Augusto)

Assinado por: **AMÍLCAR RODRIGUES AUGUSTO**
Num. de Identificação: 02773997
Data: 2021.10.18 20:06:42+01'00'



📧 ⓘ 🗑️ 📧 ⌚ 📎 🗨️ ⋮

Pedido de autorização para uso de PSQI-PT para fins de investigação Externo Caixa de entrada ✕ 🔍 🖨️

Ana Filipa Poeira <m47163@alunos.uevora.pt>
para deiriokarina, Otilia ▾ domingo, 17/10, 16:36 (há 2 dias) ☆ ↶ ⋮

Estimada Sra. Professora Doutora Karine Alexandra Del Rio João,

O meu nome é Ana Filipa Poeira, sou Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora e encontro-me a desenvolver projeto de investigação intitulado "Qualidade do sono: Associação com a depressão perinatal no contexto de saúde materna e obstétrica" sob orientação científica da Professora Doutora Otilia Zangão e cuja principal finalidade, enquanto contributo para os cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é compreender a relação entre a qualidade do sono e a depressão perinatal, bem como a intervenção do enfermeiro junto da grávida na melhoria da qualidade do sono de forma a prevenir a depressão.

Assim, venho por este meio solicitar a sua autorização para utilização da versão portuguesa do Índice de qualidade do sono de Pittsburgh, validado por si, para fins de investigação.

Desde já, grata pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Filipa Poeira

Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

karina del rio
para mim ▾ 🗨️ 22:38 (há 7 minutos) ☆ ↶ ⋮

Cara Ana Filipa ,

Agradeço o interesse no nosso trabalho e congratulo-a pelo seu projeto.
Envio-lhe o instrumento e as instruções de cotação.

Melhores cumprimentos,

Karine Del Rio

2 anexos 📎 🗑️

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh - versão portuguesa (PSQI-PT)
Índice de qualidade do sono de Pittsburgh - versão portuguesa (PSQI-PT)
(Data: 2008 - 2009 - 2010)

ANEXO 2 – Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar

[Redacted]

C. A.
Autorizado

Ao CA

de 10/12/2021
ACTA N.º 51

2021-12-07

[Redacted]

[Redacted]
Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota interna n.º: 47/2021

Data: 03 / 12 / 2021

De: Comissão de Ética para a Saúde

Para: [Redacted] Enfermeiro – Director e Vogal Executivo do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização de estudo

A 03/12/2021 reuniu a Comissão de Ética do [Redacted], que analisou um pedido de autorização para a realização de um projecto de investigação intitulado "Qualidade do sono: Associação com a depressão perinatal no contacto de saúde materna e obstétrica" a ser desenvolvido por Ana Filipa da Silva Poeira, enfermeira a realizar estágio neste Centro Hospitalar e aluna de mestrado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora. Pretende a autora deste projecto de investigação determinar a incidência de grávidas com sintomatologia depressiva entre a 28.ª semana de gravidez até ao 7.º dia após o parto, bem como analisar a sua qualidade do sono e a relação com a depressão perinatal. Na documentação anexa ao pedido foram juntos, nomeadamente, um resumo do estudo, questionários, declaração de consentimento informado, declaração de aceitação de orientação do estagiada Professora Doutora Maria Otilia Brites Zangão, professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora. Após análise dos documentos entregues, a Comissão de Ética delibera por unanimidade, nada ter a opor à realização do presente estudo desde que sejam cumpridos os limites e condições aplicáveis por força do Regulamento Geral de Protecção de Dados, da Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto, da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, – Lei da Investigação Clínica e na Deliberação n.º 1704/2015 da Comissão Nacional de Protecção de Dados e sejam enviadas as conclusões do estudo a esta Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted]
[Redacted]

ACADEMIA DE FORMAÇÃO
N.º 430
Data: 13/12/21

ENTRADA
Conselho de Administração
N.º 13737 06/12/2021
M. H. alato.

ANEXO 3 – CERTIFICADO DE PÓSTER INTITULADO *A qualidade do sono enquanto fator protetor da depressão perinatal: revisão da literatura*

CERTIFICADO

XXIII Congresso Nacional e VII Internacional APEO 2022

Certifica-se que o(a) Exm^o(^a) Sr.^(^a) Ana Filipa Poeira apresentou o poster denominado

*A qualidade do sono enquanto fator protetor da
depressão perinatal: revisão da literatura*

no XXIII Encontro Nacional & VII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, que decorreu no dia 6 de maio de 2022, na Fundação Cupertino Miranda – Porto, Portugal, sendo co-autores os Exmos. srs. Maria Otília Zangão, Luís Miranda, Ana Miranda e Marta Pereira.

Assinado por: VITOR MANUEL LEÃO BAPTISTA
VARELA
Num. de Identificação: 06706968
Data: 2022.05.21 17:55:17 +0100



Presidente da APEO



Assinado por: ARMINDA ANES PINHEIRO
Num. de Identificação: BI097860018
Data: 2022.05.21 18:35:42+01'00'



Comissão Científica

CERTIFICADO

XXIII Congresso Nacional e VII Internacional APEO 2022

Certifica-se que a comunicação oral

*A qualidade do sono enquanto fator protetor da depressão perinatal:
revisão da literatura*

Foi distinguido com o terceiro prémio na categoria posters no XXIII Encontro Nacional & VII Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, que decorreu nos dias 5 e 6 de maio de 2022, na Fundação Cupertino Miranda – Porto, Portugal, sendo autores os Exmos. srs. Ana Filipa Poeira, Maria Otília Zangão, Luís Miranda, Ana Miranda e Marta Pereira.

Assinado por: VITOR MANUEL LEÃO BAPTISTA
VARELA
Num. de Identificação: 06706968
Data: 2022.05.21 17:55:19 +0100



Presidente da APEO

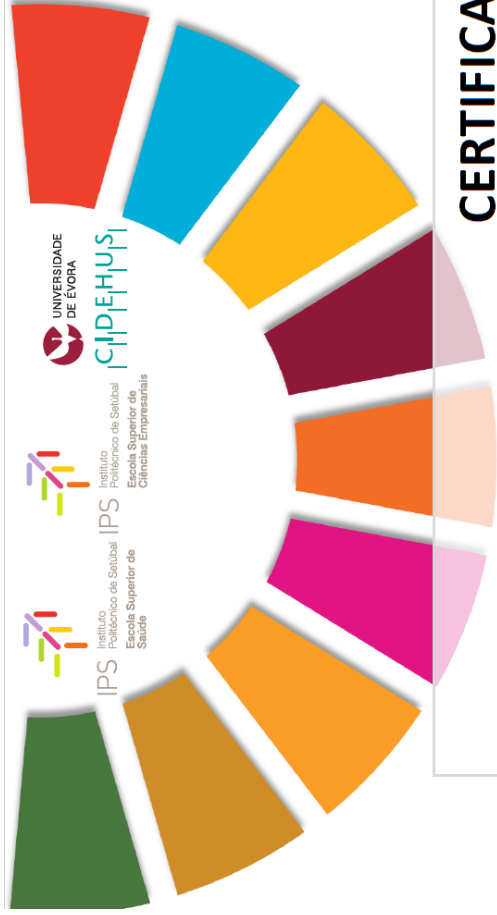


Assinado por: ARMINDA ANES PINHEIRO
Num. de Identificação: BI097860018
Data: 2022.05.21 18:35:40+01'00'



Comissão Científica

ANEXO 4 – CERTIFICADO DE PÓSTER INTITULADO *As Alterações Climáticas e a Saúde em Portugal*



IV Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde

*Objetivos do Desenvolvimento Sustentável:
velhos desafios e novas oportunidades*

5, 6 e 7 de maio de 2022

CERTIFICADO

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE

Certifica-se a comunicação com o título *As Alterações Climáticas e a Saúde em Portugal*, da autoria de *Edgar Canais, Ana Filipa Poeira* integrado um dos painéis de comunicações livres do IV Seminário Internacional **Vulnerabilidades Sociais e Saúde** sobre a temática **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: velhos desafios e novas oportunidades**, realizado nos dias 5, 6 e 7 de maio de 2022.

A Comissão Organizadora

<http://www.seminariovss.ips.pt>



ANEXO 5 – CERTIFICADO DE PÓSTER INTITULADO *COVID-19*:
Prevalência da burnout nos enfermeiros numa Unidade de Cuidados Intensivos
da área metropolitana de Lisboa



IPS
Instituto
Politécnico de Saúde
Escola Superior de
Saúde

IPS
Instituto
Politécnico de Saúde
Escola Superior de
Ciências Empresariais

UNIVERSIDADE
DE EVORA
CIDEHUS

IV Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde

*Objetivos do Desenvolvimento Sustentável:
velhos desafios e novas oportunidades*

5, 6 e 7 de maio de 2022

CERTIFICADO

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE

Certifica-se a comunicação com o título **COVID-19: Prevalência da burnout nos enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos da área metropolitana de Lisboa.**, da autoria de **Cecília Almeida Mota, Andreia Soares, Tânia Pestana, Adriana Taborada, Maria Alice Ferreira, Ana Filipa Poeira** integrou um dos painéis de comunicações livres do **IV Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde** sobre a temática **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: velhos desafios e novas oportunidades**, realizado nos dias 5, 6 e 7 de maio de 2022.

A Comissão Organizadora

<http://www.seminariovss.ips.pt>



ANEXO 6 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO EM REUNIÃO
CIENTÍFICA *“Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos
Cuidados” sob o tema “Stress Pós-traumático: a parentalidade após a
neonatologia”*

CICLO DE WEBINARS
Reuniões Científicas

**PENSAR EM NEONATOLOGIA:
DA COMPLEXIDADE À ESSÊNCIA
DOS CUIDADOS**

**"STRESS PÓS-TRAUMÁTICO:
A PARENTALIDADE APÓS A NEONATOLOGIA"**

17 JANEIRO 2022



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Poeira esteve presente na Reunião Científica "Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados" sob o tema "*Stress Pós-traumático: a parentalidade após a neonatologia*", que decorreu no dia 17 de janeiro de 2022 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Poeira'.

Amadora, 17 de janeiro de 2022

