

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Intervenção de Enfermagem na Gestão do 3.º Estadio do Trabalho de Parto

Ana Paula Lopes Ferreira Cândido

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Orientador

Professora Doutora Ana Frias

Março, 2011

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Intervenção de Enfermagem na Gestão do 3.º Estadio do Trabalho de Parto

Ana Paula Lopes Ferreira Cândido

Relatório Apresentado para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem

Orientador

Professora Doutora Ana Frias

Março, 2011

“Sê a mudança que gostarias de criar”

M Ghandi

Agradeço a Deus pela força, à minha filha Miriam pela paciência, aos meus pais alicerces da minha educação e formação, pelo incentivo e apoio incondicional ao longo destes meses de árduo trabalho, à Conceição Ponte pela partilha, as sugestões e a disponibilidade para a escuta, aos meus amigos e colegas de equipa: Fátima Baptista, Catarina Alves, Ana Alcácer, Linda Sousa, Pedro Mendes, assim como à enf. Inês Machado, pela disponibilidade permanente, tolerância e apoio demonstrado desde a primeira hora. Aos amigos que de uma forma ou de outra contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. À Professora Doutora Ana Frias, pelas sugestões e instruções, pelo apoio e confiança demonstrada na capacidade de realização do trabalho a que me propus.

Abreviaturas e Siglas

AO - Assistentes Operacionais

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direcção Geral de Saúde

Dr.^a - Doutora

Dr. - Doutor

ESMO - Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia

FIGO - International Federation of Gynaecologists and Obstetricians

ICM - International Confederation of Midwives

MAC - Maternidade Dr. Alfredo da Costa

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN - Recém-nascido

SMMF - Serviço de Medicina Materno Fetal

SMO - Saúde Materna e Obstetrícia

SU - Urgência Obstétrica e Ginecológica

UCF - Unidade Coordenadora Funcional

Índice

1. Introdução	11
2. Análise do Contexto	15
2.1. Caracterização do Ambiente da Intervenção de Enfermagem	16
2.2. Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos	18
2.3. Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências	20
3. Análise da População	26
3.1. Caracterização Geral da População	27
3.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População-Alvo	29
3.3. Estudos Sobre a População Alvo	30
3.4. Recrutamento da População	32
4. Análise Reflexiva sobre os Objectivos	33
5. Análise Reflexiva Sobre as Intervenções	41
5.1. Metodologias	43
5.2. Análise reflexiva Sobre as Estratégias Accionadas	44
5.2.1. Formação	44
5.2.2. Protocolo	47
5.2.3. Folhas de Registos	49
5.3. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos	50
5.4. Cumprimento do Cronograma	51
6. Análise Reflexiva Sobre o Processo de Avaliação e Controlo	54
6.1. Avaliação dos Objectivos	54
7. Análise Reflexiva Sobre Competências Mobilizadas e Adquiridas	67
Considerações Finais	71
Referências	74
Anexo A: Proposta de Projecto de Intervenção apresentado à Universidade de Évora em Janeiro de 2011	Erro! Marcador não definido.
Anexo B: Instrumento de colheita de dados; “práticas dos enfermeiros ESMO durante o 3.º estadio do trabalho de parto no serviço de urgência da MAC”.	Erro! Marcador não definido.
Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Erro! Marcador não definido.

Anexo D: Autorização de Diane Farrar para aplicação do instrumento de colheita de dados _____ Erro! Marcador não definido.

Anexo E: Plano da sessão formativa sobre Hemorragia Pós-Parto _____ Erro! Marcador não definido.

Anexo F: Folheto hemorragia pós-parto _____ Erro! Marcador não definido.

Anexo G: Protocolo Hemorragia Pós-Parto _____ Erro! Marcador não definido.

Anexo H: Folha de registos _____ Erro! Marcador não definido.

Anexo I: Cronograma _____ Erro! Marcador não definido.

Anexo J: Questionário da acção e formação “hemorragia Pós-Parto” para avaliação formativa _____ Erro! Marcador não definido.

Anexo L: Instrumento de avaliação da sessão de formação _____ Erro! Marcador não definido.

Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição dos inquiridos por género _____	28
Tabela 2. Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações literárias _____	28
Tabela 3. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à questão “Sabe o que é a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto” _____	55
Tabela 4. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à afirmação “A gestão activa do 3º estadio do trabalho de parto deve ser prática comum em todos os partos” _____	56
Tabela 5. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à questão “Conhece as directrizes recomendadas pela OMS/FIGO/ICM” _____	56
Tabela 6. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à questão “Durante o 3º estadio do trabalho de parto tem uma atitude expectante” _____	57
Tabela 7. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à questão “Durante o 3º estadio do trabalho de parto faz uma gestão activa” _____	57
Tabela 8. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à questão “Durante o 3º estadio do trabalho de parto administra ocitocina” _____	58
Tabela 9. Distribuição dos inquiridos segundo a respostas à questão: “Espera sinais de descolamento espontâneo da placenta?” _____	58
Tabela 10. Distribuição dos inquiridos segundo a respostas à questão: “Faz tracção controlada do cordão umbilical?” _____	59
Tabela 11. Testes de correlação de Spearman à questão “Faz gestão activa no 3º estadio do trabalho de parto” e as respostas às questões “Espera descolamento	

**espontâneo da placenta?”, “Faz tracção controlada do cordão umbilical?” e
“Faz massagem uterina?”** _____ **60**

RESUMO

No século XXI, a hemorragia pós-parto continua a ser um problema global. Todos os anos cerca de 140.000 mulheres morrem de hemorragia pós-parto, uma das principais causas de mortalidade e morbidade associadas à gravidez, mesmo em países desenvolvidos. A gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto é uma prática baseada em evidências científicas, importante na prevenção de hemorragia pós-parto e, conseqüentemente, na redução da mortalidade e morbidade materna. O questionário aplicado aos enfermeiros ESMO do serviço de urgência da MAC confirmou a existência de diferentes procedimentos durante o 3.º estadio do trabalho de parto. A intervenção de enfermagem, pretendeu sensibilizar os enfermeiros para a importância da gestão activa na prevenção da hemorragia pós-parto. O fato de interrogarmos a prática abre portas a sugestões, correções e alternativas, contribuindo para um cuidado de excelência. A realização deste relatório permitiu apresentar as etapas desenvolvidas ao longo desta intervenção de enfermagem.

Palavras-chave: Hemorragia; pós-parto; 3.º estadio do trabalho de parto; conduta expectante; gestão activa.

ABSTRACT

Nursing Intervention on the Management of the 3rd Stage of Labour

In the twenty-first century, the post-partum haemorrhage remains a global problem. Every year about 140,000 women die of postpartum haemorrhage, which is one of the major causes of mortality and morbidity associated with pregnancy even in developed countries. The active management of the 3rd stage of labour is a practice based on scientific evidence, important in preventing postpartum haemorrhage and consequently the reduction of maternal mortality and morbidity, the questionnaire applied to the midwives in the emergency ward of MAC, confirmed the existence of different procedures during the 3rd stage of labour. The nursing intervention's intention was to sensitize nurses for the importance of active management in the prevention of postpartum haemorrhage and also to standardize practices, the mere fact that the nurses/midwives question these practices opens the door to suggestions, corrections and alternatives, contributing to a care of excellence. The elaboration of this report allowed the presentation of the steps developed during this nursing intervention.

Keywords: Postpartum hemorrhage, third stage of labor; expectant management; active management.

1. Introdução

Este relatório é o resultado da Intervenção de Enfermagem na Gestão do 3.º Estadio do Trabalho de Parto no serviço de urgência da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) em Lisboa, no âmbito do Mestrado Profissionalizante em Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora, tendo para a sua concretização beneficiado da orientação da Professora doutora Ana Frias.

Um relatório é um documento escrito onde se pretende descrever e analisar as actividades e competências desenvolvidas de forma clara, apoiado na reflexão pessoal e na fundamentação teórica, tendo por base a proposta de Projecto de Intervenção apresentado à Universidade de Évora em Janeiro de 2011 (Anexo A).

Os componentes da intervenção de enfermagem, têm como finalidade desenvolver uma apreciação crítico/reflexiva do desempenho das mesmas, nas suas vertentes científica, técnica e relacional, mas também é uma via de comunicação (Sussams, 1996). A reflexão sobre a prática, necessária para a sua elaboração, abre possibilidades para encontrar soluções capazes de ultrapassar obstáculos, assim como para utilizar e elaborar saberes, o que pressupõe na opinião de Honoré (2002), a procura do sentido da acção e dos seus resultados, ou seja, ao olharmos para nós próprios e para a nossa actividade, desenvolvemos a possibilidade de romper com os automatismos e com a tradição.

A gravidez é considerada um período vulnerável na vida da mulher, aceitando-se, que acarreta riscos acrescidos para a sua saúde, os quais se estendem para lá do parto. É função do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO), dentro de uma equipe multidisciplinar em sala de partos, desenvolver competências relacionais, além das competências técnico-científicas, de modo a tornar o processo do nascimento o mais gratificante possível para cada mulher/família, de modo a que se sintam seguros, envolvidos e participantes (Lowdermilk & Perry, 2008).

Anualmente, cerca de 140.000 mulheres morrem de hemorragia pós-parto, o que equivale a duas mortes a cada 4 minutos. Embora as mortes, por hemorragia pós-

parto no mundo ocidental, tenham caído vertiginosamente nos últimos anos, esta mantém-se uma das principais causas de mortalidade e morbilidade, associada à gravidez mesmo nos países desenvolvidos (Oyelese & Ananth, 2010).

Segundo dados de 2007, publicados no relatório da Direcção Geral de saúde (DGS) em 2009, Portugal tem vindo a apresentar uma forte tendência decrescente da mortalidade materna (MM), à semelhança do que tem sido descrito para outros países do sul da Europa desde a década de 80, ou seja, desde o século passado. No período 2001-2007, o valor médio do indicador de risco de morte materna, RMM, foi de 12 mortes por 100000 nados-vivos, (número muito próximo das estimativas efectuadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 9 mortes por 100.000 nados-vivos para as regiões do mundo mais desenvolvido (Europa Ocidental, Canada, EUA, Austrália e Nova Zelândia) em 2005. Das 92 mortes maternas registadas em Portugal no período de 2001-2007, só foi possível atribuir a causa de morte a 72 casos (78,3%), sendo a principal causa de morte materna a síndrome hemorrágica e coagulopatias, responsável por 26% dos casos (DGS, 2009). Nos anos de 2008 e 2009, segundo a Base de Dados Portugal Contemporâneo Pordata, a taxa de mortalidade materna por 1000.000 situou-se respectivamente nos 3,8 e 7,0.

Os números contabilizados pelo gabinete de estatística da MAC relativos à hemorragia pós-parto no ano de 2010 foram os seguintes: 64 resultantes de atonia; 7 resultantes de retenção placentar e 5 resultantes de hemorragia pós-parto tardia. De salientar que estes casos contabilizados são situações graves que necessitaram de internamento na unidade de cuidados intensivos, todos os outros casos de hemorragia pós-parto, que ocorrem na sala de partos e que são controlados por medidas médicas (massagem uterina, uterotónicos), pelo facto de não necessitar de medidas cirúrgicas mais agressivas, não são registados, portanto, não estão contabilizados.

Segundo Collière (1999), uma “profissão consciente dos seus deveres deve levantar questões que mereçam suscitar pesquisas, estar disposta a permitir investigações referentes à sua actividade” (p.157). O facto de interrogarmos a nossa prática abre as portas às sugestões, alternativas e correcções, contribuindo para o seu desenvolvimento.

O reconhecimento destes aspectos pelos profissionais envolvidos pode ajudar a desenvolver respostas precoces mais interventivas, como um diagnóstico atempado e respostas adequadas e imediatas e evitar algumas das mortes, que como em qualquer

parte do mundo, além do número, é um momento trágico, uma perda social, uma dor familiar e uma mágoa/revolta para uma equipa que tudo fez na luta pela vida daquela pessoa (DGS, 2009).

Vários estudos efectuados apontam a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto, como fundamental na prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) e consequentemente na diminuição da mortalidade e morbidade materna. No entanto, da observação das práticas clínicas efectuadas pelos enfermeiros ESMO no serviço de urgência da MAC, verifiquei a existência de diferenças nos procedimentos durante o 3.º estadio do trabalho de parto, razão pela qual foi proposta esta Intervenção de Enfermagem que pretende, através de formação profissional, uniformizar a prática neste estadio do trabalho de parto, indo assim ao encontro das estratégias recomendadas pela DGS (2007) “Intensificar a homogeneidade da formação em serviço para todos os profissionais” (p.25).

Para este relatório de Intervenção de enfermagem na Gestão do 3º Estadio do Trabalho de Parto, foram delineados os seguintes objectivos:

- Descrever as actividades desenvolvidas ao longo da intervenção de enfermagem na Gestão do 3.º Estadio do trabalho de parto;
- Desenvolver a capacidade de reflexão e análise sobre as várias actividades desenvolvidas;

Este relatório está redigido segundo as normas da American Psychological Association (2006) e encontra-se dividido em sete capítulos que pretendem descrever de forma clara os componentes deste trabalho. Assim, a introdução, como primeiro capítulo, abre caminho ao entendimento do texto. Dele faz parte a apresentação geral do tema, a justificação da sua escolha e a sua relevância para o trabalho, são apresentados os objectivos, as linhas metodológicas usadas, as estratégias e o processo de avaliação e controlo.

O segundo capítulo faz uma caracterização da instituição onde se vai desenvolver a intervenção de enfermagem, caracteriza os recursos humanos e materiais nas suas diversas abordagens, assim como descreve e fundamenta o processo de aquisição de competências. O terceiro capítulo faz uma análise da população, processo de recrutamento, critérios de inclusão e exclusão, cuidados e necessidades. O quarto capítulo faz uma análise reflexiva aos objectivos, ao mesmo tempo que os enquadra teoricamente. O quinto capítulo expõe e fundamenta reflexivamente as intervenções e estratégias implementadas, descreve todos os contactos efectuados, assim como os

recursos materiais e humanos envolvidos, tendo em conta a previsão previamente efectuada através do cronograma. No sexto capítulo é feita uma análise reflexiva do processo de avaliação e controlo da intervenção de enfermagem, onde são descritos e avaliados os objectivos, nomeadamente da formação e avaliação efectuadas.

Por último, o sétimo capítulo assenta numa breve reflexão de todo o percurso efectuado, das competências mobilizadas e adquiridas, assim como das perspectivas futuras de um trabalho de investigação.

Considero esta intervenção de enfermagem no 3.º estadio do trabalho de parto, uma importante medida que vai estimular a reflexão do enfermeiro ESMO, sobre o tipo de cuidados que presta neste estadio do trabalho de parto. Não é a aplicação de uma simples técnica, com determinados passos, num determinado momento do trabalho de parto cheio de riscos, mas antes, um momento onde o enfermeiro ESMO, de uma forma competente, é capaz de responder de forma adequada, fazendo a diferença na qualidade de vida daquela mulher e na relação da tríade durante o pós-parto.

Considero a formação/sensibilização, por envolver uma componente educativa e formativa, uma forma privilegiada de aprendizagem capaz de desenvolver e disseminar a informação, imprescindível numa estratégia de intervenção capaz de gerar uma mudança de prática eficaz a longo prazo.

2. Análise do Contexto

Para a delimitação e contextualização da instituição onde decorreu a Intervenção de enfermagem, torna-se fundamental o seu conhecimento, nomeadamente do espaço físico, dos recursos existentes humanos e materiais, as suas valências e a população por ela abrangida, ainda que de uma forma superficial. A Maternidade Alfredo da Costa (MAC) serve uma população que se estende por uma área geográfica diversificada. Anualmente atende milhares de utentes provenientes não só da cidade de Lisboa, como de todo o país, uma vez que não existem áreas de atendimento.

A MAC é desde a sua inauguração no ano de 1932, uma unidade de referência para os cuidados de saúde maternos e infantis. É um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, pertencente à área de influência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que tem mantido em funcionamento de forma regular a Unidade Coordenadora Funcional (UCF), que engloba os centros de saúde de Sete Rios, Coração de Jesus, Marvila, Olivais, Pontinha, Sacavém, São João, Odivelas e respectivas extensões. Este elo de ligação com os cuidados de Saúde Primários, tem sido um importante instrumento de trabalho, não só de articulação como também de circulação de informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados, avaliação e formação (Ministério da Saúde, 2006).

A MAC tem cerca de 760 funcionários e uma lotação de 230 camas, que se distribuem por 8 Unidades de Internamento: obstetrícia, ginecologia, pediatria/neonatologia, anestesia, patologia clínica, imunohemoterapia, radiologia, anatomia patológica, nove serviços de apoio e várias consultas especializadas apoiadas por equipas multidisciplinares.

Presentemente, a sua actividade é classificada como “Hospital Central de Agudos”, desenvolvendo-se nas áreas da saúde Pré-natal e Neonatal, Pré-concepcional e Ginecológica. No âmbito do programa de Saúde Materna e Infantil, é classificado como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, o que traduz o reconhecimento da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Pioneira em Portugal, nas áreas de

Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria, é considerada uma das melhores Maternidades da Europa.

Tem como missão: “Garantir a saúde global da mulher, a segurança na gravidez e no parto e o competente acolhimento do recém-nascido para a vida e como objectivo: Assegurar a assistência em cuidados de saúde nas valências de Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia (MAC, 2010).

2.1. Caracterização do Ambiente da Intervenção de Enfermagem

O serviço de urgência da MAC é um serviço amplo, que muitas vezes se torna pequeno para o número de utentes que atende diariamente. Segundo dados recolhidos no serviço de estatística da MAC, recorreram à Urgência Obstétrica e Ginecológica (SU) ao longo do ano de 2010: 25 413 utentes para atendimento de Obstetrícia e 6 734 utentes para atendimento de Ginecologia, o que demonstra tanto a sua importância, como a sua complexidade. Dimensionada para atender cerca de 3 000 partos/ano (MAC, 2011), ocorreram no ano de 2010; 5 325 partos.

Situado no piso 0 da MAC, abrange duas unidades de funcionamento interligadas e interdependentes: Urgência Obstétrica e Ginecológica (SU) e a sala de Partos (SP). Está acessível aos utentes através de duas portas de acesso directo ao exterior, sendo uma delas para utentes transportadas em maca.

A **Urgência Obstétrica e Ginecológica (SU)** é constituída por um balcão central, onde se encontra a secretária de unidade, e onde estão dispostas várias pastas de cores diferentes correspondentes ao grau de urgência de cada utente; 1 gabinete onde o enfermeiro procede à triagem segundo o método de Manchester; 3 gabinetes médicos para observação; 1 gabinete para realização de ecografias; 1 gabinete para realização de cardiocografia (CTG), com capacidade para 3 grávidas; 2 WC (1 para utentes, outra para os funcionários); 1 sala de preparação, com WC, cabine de duche e catre; 1 quarto de observações (SO) com capacidade para 2 camas, onde ficam internadas as utentes que requerem vigilância, podendo posteriormente ter alta para o domicílio ou serem transferidas para o Bloco de Partos, Internamento de Grávidas, Ginecologia, ou mesmo para outra instituição hospitalar de acordo com a situação.

As utentes que se deslocam ao SU têm patologia do foro ginecológico e obstétrico, sendo o primeiro atendimento feito por enfermeiros na consulta de triagem. São vários os motivos do internamento: trabalho de parto; ameaça de parto de pré termo;

contractilidade uterina; gravidez ectópica; complicações associadas à gravidez; situações de elevado risco para a saúde da mãe; indução do trabalho de parto ou por motivos do foro ginecológico, tais como: abortos incompletos retidos ou em evolução; bartholinites e hemorragias de etiologia variada.

A sala de Partos quanto à sua estrutura física, está organizado ao longo de um amplo corredor, sendo constituído por 1 bloco operatório recentemente adaptado para a unidade de laser e histeroscopia; 11 quartos individuais (8 do lado esquerdo e 3 do lado direito), onde são efectuados os partos eutócicos e distócicos (fórceps e ventosas) equipados com monitor de CTG, estando o quarto n.º7 equipado com a roda de partos¹; 1 sala de puerpério imediato com capacidade para 3 macas (de momento adaptado para sala de apoio); 1 gabinete da enfermeira chefe; 1 sala de pediatria, equipada com 2 unidades de reanimação de recém-nascido (*babyterm*) e todo o material de reanimação do RN; 1 copa; 1 zona para sujus; um extenso balcão situado no topo da sala de partos, onde estão centralizados todos os traçados cardiográficos dos diversos quartos, à esquerda deste balcão encontra-se um armário com material de consumo e farmacológico, assim como o cofre dos estupefacientes. É neste espaço que existe o acesso por escada em caracol para uma sala de pausa para o pessoal situada no piso inferior, equipada com televisor, 3 cadeirões e 1 WC do pessoal.

Na sala de partos são prestados cuidados de saúde globais a utentes: grávidas/parturientes normais e de risco, em vigilância do bem-estar materno e fetal; grávidas/parturientes e puérperas submetidas a partos distócicos (fórceps e ventosas), partos pélvicos, gemelares e partos eutócicos; puérperas no período de puerpério imediato; a recém-nascidos com e sem necessidades especiais e a utentes do foro ginecológico. Os 11 quartos individuais, permitem não só o acompanhamento da grávida durante todo o internamento por uma pessoa escolhida no momento do internamento, como facilita o reforço da vinculação da tríade e o início precoce da amamentação (Brazelton, 2004; Lowdermilk & Perry, 2008), uma vez que o acompanhante pode permanecer no quarto as duas horas de puerpério imediato, até serem transferidos para o internamento. Os quartos apesar de individuais, são pequenos, tendo em conta as mudanças que pouco a pouco vão sendo adoptadas na

¹ O Serviço de Urgência dispõe, desde 2006 de uma “Roda de Partos”, que permite oferecer à grávida/parturiente, uma opção à tradicional cama.

sala de partos, como são a utilização de alguns métodos de relaxamento e movimento durante o trabalho de parto. No seu quarto, a grávida pode utilizar, apesar da limitação de espaço, a bola suíça e beneficiar da mobilidade pélvica que esta lhe proporciona, ao mesmo tempo que o acompanhante pode efectuar uma massagem na região lombar. Porque a grávida tem necessidade de mudar frequentemente de posição, não só para alívio da fadiga, como para melhoria do conforto e da circulação (Lowdermilk & Perry, 2008), pode deambular, ainda que de uma forma limitada pelo tamanho do quarto e pelo comprimento do cabo do CTG, uma vez que a mulher grávida em trabalho de parto, faz monitorização contínua na sala de partos. Relativamente à ”roda de partos” e no meu ponto de vista, esta não é uma mais-valia, porque não é confortável, só é utilizada no momento do parto, pelo que é sempre necessário uma cama para a grávida descansar, não permite à grávida mudanças de posição no parto, não é estável, porque balança muito, o que dificulta o parto distócico (ventosa ou fórceps), outro obstáculo é a passagem da parturiente para uma maca em caso de urgência, por dificuldades tanto na altura, como no deslize da maca por baixo da “roda de partos”.

De apoio directo à sala de partos existe no 1.º piso: o Bloco Operatório de Obstetrícia com 2 salas; Unidade de Recobro e Cuidados Intensivos, para mulheres grávidas ou puérperas com necessidade de cuidados intensivos, com ou sem ventilação assistida; Unidade de Cuidados Intensivos ao recém-nascido (RN); Unidade Cuidados Intermédios ao RN; Serviço de Medicina Materna e Fetal e no 3.º piso os serviços sociais e de Psicologia.

2.2. Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos

A organização das estruturas é hoje uma das preocupações do sistema de saúde. Saber administrar de forma correcta os recursos disponíveis para que sejam utilizados de forma equitativa é um objectivo e todos os aspectos são importantes para garantir a qualidade dos cuidados oferecidos por uma instituição, a estrutura física, os recursos humanos e materiais, a qualidade dos profissionais e a qualidade dos cuidados que se prestam. São exigências que não podem, nem devem, ser desprezadas (Chiavenato, 1995).

Ainda para este autor, a estrutura física de um serviço, deve proporcionar uma óptima área de trabalho. As estruturas adequadas, são um aspecto importante que não

só facilitam a prestação de cuidados de saúde de qualidade, como favorecem a segurança e o conforto tanto dos utentes, como dos profissionais. As estruturas físicas do serviço de urgência da MAC, melhoraram substancialmente após as obras a que foram sujeitas no ano de 2007, no entanto, devido ao elevado número de utentes que diariamente ali recorre, sente-se a necessidade de algumas obras.

Para Leite (1999), os recursos humanos “são as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa (...) e a sua gestão exige níveis elevados de cuidado, atenção e especialização” (p. 105). A existência de profissionais dinâmicos, motivados e comprometidos é o objectivo das organizações para actuar face às sucessivas mudanças que se assistem a todos os níveis. A qualidade dos cuidados na opinião de Frederico (1999), deve ser “fonte de estabilidade, coesão e motivação dos profissionais que aí trabalham, permitindo o seu desenvolvimento pessoal e profissional” (p. 46) e está relacionada com a qualidade dos profissionais, outra das dimensões importantes, porque segundo Mezono (2001) “provocam uma reacção em cadeia que resulta numa melhoria da qualidade de toda a instituição” (p. 191).

A equipa multidisciplinar do serviço de urgência da MAC é composta por 16 Enfermeiros especialistas na área de saúde materna e obstetrícia (sendo 2 enfermeiros em regime de acumulação de funções), 6 Enfermeiros generalistas, 12 enfermeiros generalistas com especialidade SMO, 2 Parteiras, 17 Assistentes Operacionais (AO), 1 Secretária de Unidade por turno, 32 médicos especialistas em Obstetrícia e Ginecologia e 32 Internos da especialidade, distribuídos por equipas. As equipas são cinco, sendo cada uma composta por 6 enfermeiros (4 a 5 EESMO e 1 enfermeiro generalista), 3 assistentes operacionais (AO), 1 Secretária de Unidade e equipa médica de Urgência em número de 6-7 elementos. O serviço de urgência é assegurado por dois enfermeiros escalados, 1 EESMO e 1 enfermeiro generalista, 1 AO, 1 Secretária de Unidade e equipa médica. A sala de partos é assegurada por três enfermeiros ESMO, um enfermeiro generalista, dois assistentes operacionais e equipa médica. Considero estes recursos humanos, de uma forma global, insuficientes dado o elevado número de utentes que aqui recorre e a multiplicidade de cuidados que é necessário prestar a cada dia e em cada turno e como tal, penso que deveria ser reforçado o número de enfermeiros principalmente durante os períodos de estágio da especialidade. No entanto, considero que apesar dos muitos constrangimentos, a resposta ao desafio constante de esta ser a maior maternidade do país, tem sido na base da inovação e da qualidade dos cuidados prestados.

A organização de cuidados é na opinião de Frederico (1999), um aspecto que passa pela “selecção do método de trabalho que mais se adapta à prestação de cuidados individualizados e personalizados” (p.159), dadas as características do serviço, o método de trabalho utilizado é o de equipa, onde o enfermeiro ESMO em parceria com o enfermeiro generalista, presta cuidados de enfermagem individualizados a um conjunto de grávidas, sendo a distribuição das utentes feita pelo enfermeiro responsável da equipa no início de cada turno, ficando assim cada enfermeiro especialista/generalista responsável por uma média de seis utentes, observa-se ainda um sentido de equipa forte, realçada pela colaboração e apoio recíproco entre todos os elementos.

Apesar da filosofia subjacente aos cuidados adoptada no serviço ser conhecida, nem sempre é possível seguir, particularmente em momentos de grande afluência de utentes.

2.3. Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências

O parto ocorre em resultado de uma combinação de diferentes factores maternos e fetais que desencadeiam contracções uterinas crescentes. É um acontecimento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para o trinómio mãe pai filho. Por envolver aspectos psicológicos, físicos, sociais, económicos e culturais, é considerado um fenómeno complexo (Frias, 2009; Maldonado, 2000). O parto, entre os povos primitivos, era considerado um acontecimento de pouca relevância, a mulher raramente interrompia os seus afazeres, paria sozinha e, sem acesso aos livros, aprendiam umas com as outras a arte de partejar, transmitindo de mãe para filha a sua experiência (Barbaut, 1990; Collière, 1999). Através das gerações o nascimento sofreu transformações sociais, deixou de ser exclusivamente feminino, da mulher, para ser caracterizado como evento médico, deixou de se nascer em família para nascer numa maternidade, rodeado de tecnologia, com o objectivo de diminuir as elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal.

A nível da saúde da materna, o século XIX, caracterizou-se pela criação de estruturas de ensino, pela criação de estabelecimentos específicos para assistência à maternidade, mas também, pela preocupação com a mulher e o feto. Por toda a Europa foram criadas maternidades. Em Portugal, os professores da cadeira de Obstetrícia, Alfredo da Costa e Daniel de Matos, procuram sensibilizar os

responsáveis da época para a necessidade de abertura de maternidades. Em Fevereiro de 1943 é criado o Instituto Maternal (DL n.º32651 de 2 de Fevereiro) na MAC com delegações no Porto e em Coimbra. A sua actividade era exercida em coordenação com a Organização Nacional de Defesa da família, incorporava as três maternidades do país: Alfredo da Costa, Júlio Dinis e Daniel de Matos, que agregavam, orientavam e coordenavam todas as obras de assistência materno-infantil existente. Iniciou-se a formação científica das parteiras através de cursos intensivos realizados na Universidade de Lisboa, Coimbra e Porto, situação que se manteve até 1946, ano da abertura do 1.º Curso de Enfermeiras Puericultoras, com o objectivo de substituir as profissionais apenas habilitadas a partejar (Almeida, 1983).

Com o avanço da ciência e da técnica, a obstetrícia começa a ser vista como um ramo da medicina preventiva. A 2.ª Guerra Mundial acabou por ter influência na assistência obstétrica, pois com ela emergiu a preocupação pela defesa dos direitos humanos.

Em 1946, surge a OMS e com ela, toda a dinâmica das associações e sociedades de apoio e orientação materno – infantil. Na enfermagem, o termo Obstetrícia, muda gradualmente para Saúde Materna e Obstétrica. A gravidez deixa de estar reservada apenas às mulheres e progressivamente o pai adquire um papel mais relevante (Mendes, 2009; Rodeia, 1995).

O parto pode ser considerado como um momento crítico, cuja principal característica é a irreversibilidade. Para Maldonado (1976), o parto é vivido como um salto no escuro, um momento imprevisível e desconhecido, sobre o qual não se tem controlo. Nos finais do século XX, as grávidas e as parturientes estão rodeadas por uma rede complexa de discursos e práticas dirigidas à vigilância e à regulação do seu corpo. A gravidez e o parto deixaram de ser vistos como percursos fáceis e naturais, passando a ser encarados de forma rotineira como sinónimo de perigos e sacrifícios (WHO, 1996).

O parto hospitalar tornou-se regra, tanto em Portugal como na maior parte dos países desenvolvidos. Segundo dados da Comissão Nacional de saúde Materna e Neonatal publicados em 2006 pelo ministério da saúde, cerca de 80% dos recém-nascidos portugueses nascem em meio hospitalar, atingindo a nível mundial importantes resultados nos indicadores materno Infantis, com a diminuição da morbi-mortalidade materna, neonatal, perinatal e infantil. Legitimados com esta preocupação, as competências técnicas são mais valorizadas e o conceito de risco prioritário, entre

aqueles que prestam cuidados às grávidas e parturientes, relegando muitas vezes para segundo plano, as competências relacionais (Tereso, 2005).

É com base nesta preocupação de luta contra a doença e a morte, que se projecta sobre o nascimento, que é fomentado a medicalização do parto, acabando por “impor” o parto hospitalar (Biscaia, 2002), exigindo paralelamente uma complexa equipa de saúde, devidamente treinada capaz de vigiar tecnologicamente o trabalho de parto e parto e efectuar reanimação de recém-nascidos sempre que necessário. É o discurso do risco que controla o presente com base no futuro, justifica as tecnologias de normalização e permite uma ordem de controlo social (Tereso, 2005).

No entanto apesar desta realidade vivida em meio hospitalar, a actuação do enfermeiro ESMO pode ser gerida de forma a inspirar segurança (Hesbeen, 2001; Tereso, 2005). A individualização dos cuidados de enfermagem obstétricos, pressupõe que os cuidados deixem de estar centrados apenas em cuidados ajustados na doença e no cumprimento de tarefas, característica de uma assistência centrada em acções fragmentadas e nos procedimentos técnicos, mas que se dê também particular importância ao suporte emocional e envolvimento da mulher grávida/parturiente/puérpera nos cuidados prestados.

Assistir a mulher em trabalho de parto significa ter em consideração todas as suas necessidades, ou seja, prestar cuidados de enfermagem na sua globalidade e unicidade, dando-lhe espaço em todos os aspectos do cuidar, incluindo a participação no acesso, planeamento, implementação e avaliação do cuidado, que é uma finalidade no trabalho de enfermagem, visando contribuir, neste caso, para o bem-estar da mulher em trabalho de parto. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, no seu artigo 9º, refere que “os cuidados de enfermagem, são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”.

A obstetrícia, e principalmente as parteiras, são das figuras mais antigas da história, contudo, as várias transformações de ordem económica, social e tecnologia, resultantes de uma mudança de mentalidades, tem importado grandes contributos à profissão (Franco, 1998), mas também responsabilidades e a necessidade de novas competências.

Definir competências não é tarefa fácil, porque não é algo isolado, mas constituído e condicionado por uma complexidade de elementos. Segundo Perrenoud (2000), não

existe uma definição única de competência e esta não se baseia no uso estratégico de regras assimiladas, mas na capacidade de utilizar os mais variados recursos, de forma criativa e inovadora, no momento e do modo necessário. O conceito de competência, ao longo dos anos, tem-se reconstruído de acordo com os desafios profissionais (Le Boterf, 2003). Segundo o mesmo autor ter conhecimentos, não significa ser competente, porque a competência, está associada à capacidade de saber mobilizar de modo pertinente e adequado os recursos de que dispomos. De acordo com Zarifian (2001), a competência é a inteligência prática para situações que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam, com uma energia que aumenta de acordo com a complexidade das situações, portanto a competência requer, bases de fundamentação teórica forte, para mobilizar conhecimentos adquiridos, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades ao desenvolvimento de respostas eficazes e atitudes favoráveis à aprendizagem.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia tem vindo a assumir muito lentamente, o espaço que lhe é devido no seio da equipa multidisciplinar, e, de acordo com o REPE (1996) é um profissional que detém competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade. A formação reconhecida a nível académico, assim como pela aprovação das competências específicas, relativas às áreas de intervenção dos enfermeiros especialistas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2007) e, mais recentemente, pela Assembleia da República, através do regulamento n.º 127/2011 do Diário da República n.º 35, da 2ª série de 18 de Fevereiro de 2011 (p.8662), vem contribuir para uma maior visibilidade dos objectivos e intervenções autónomas, assentes nas actividades que foram legalmente atribuídas através da Directiva 80/155/CEE, de 21 de Janeiro.

O enfermeiro especialista ESMO possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades traduzido num conjunto de competências clínicas especializadas, que mobiliza, no âmbito da prática clínica, e lhe permite avaliar as necessidades de saúde do grupo-alvo bem como actuar em todos os contextos de vida das pessoas aos três níveis de prevenção (Ordem enfermeiros, 2007). Deste modo e ainda de acordo com a mesma fonte, são da intervenção própria do enfermeiro ESMO as áreas de Planeamento Familiar e Pré-Concepcional; Gravidez; Parto; Puerpério; Climatério ou período peri-menopáusico; Ginecologia e Comunidade, assumindo no seu exercício

profissional intervenções **autónomas** nas situações de baixo risco e intervenções **autónomas e interdependentes** em todas as situações de médio e alto risco.

Segundo as Competências essenciais para a prática da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (2002), de acordo com a quarta Competência, os enfermeiros ESMO proporcionam cuidados de alta qualidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto de forma segura, dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e o seu recém-nascido, numa atitude de respeito à sua cultura.

Relativamente ao parto, segundo a ordem dos enfermeiros (2007), são da competência do Enfermeiro ESMO, cuidar da mulher durante o trabalho de parto efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar tanto a sua saúde como a do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina. Deste modo é da competência do enfermeiro ESMO: Elaborar história clínica da mulher grávida/parturiente; Realizar o exame físico incluindo o exame vaginal; Avaliar a estática fetal (situação, apresentação, variedade, posição do feto); Monitorizar e interpretar resultados de bem-estar materno e fetal; Avaliar e registar progressão do trabalho de parto; Aplicar medidas que satisfaçam as necessidades da parturiente; Aplicar medidas de suporte emocional e psicológico tanto à parturiente como ao acompanhante; Aplicar medidas no alívio da dor; Identificar complicações resultantes do trabalho de parto e parto; Implementar as medidas adequadas e referenciar as que ultrapassam a minha competência; Aplicar ocitocina na correcção da distócia dinâmica do parto; Considerar aquando da administração da terapêutica as acções desta no desenrolar do parto, na parturiente e no feto; Executar as manobras necessárias ao parto eutócico de apresentação cefálica, de face e pélvico em caso de urgência; Promover as manobras necessárias quando existem circulares e na distócia de ombros; Efectuar episiotomia quando necessário e a respectiva episiorrafia; Realizar as intervenções adequadas ao 3.º estadio do trabalho de parto incluindo a prescrição e administração de ocitocina, Tracção controlada do cordão, extracção manual da placenta se necessário, revisão uterina, avaliar perda hemática vaginal, reparar lesões do canal de parto; Prevenir e controlar a hemorragia pós-parto (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Diário da República, 2011).

A investigação e os ensaios clínicos, são responsáveis pelo avanço do conhecimento científico, pelo que a prática do enfermeiro ESMO, deve reflectir esse conhecimento, ao alicerçar os cuidados que prestam, na evidência científica disponível. Os desafios

são constantes, não basta estar motivado, é necessário que fundamente as suas intervenções, que tenha uma abordagem interrogativa, que desenvolva uma prática baseada em evidências científicas, na capacidade de tomada de decisão, na preocupação com a formação profissional contínua, na promoção do desenvolvimento das suas competências e na confirmação da qualidade dos cuidados que lhe são inerentes.

Manter em exercício as nossas competências é, não apenas um direito, mas um dever, não só para com a profissão, mas também para com as utentes, que são os beneficiários dos cuidados que diariamente prestamos. Portugal tem promovido a saúde materna e infantil e obtido, de forma histórica, ganhos no domínio da Saúde Materno-Infantil, sobretudo nos últimos trinta anos do século XX. Do mesmo modo, o empenho de toda uma equipe multidisciplinar numa sala de partos torna-se fundamental, ou seja, um trabalho conjunto de envolvimento dos diferentes actores que congregam esforços no sentido de uma acção comum; estabelecer com a mulher parturiente/família um momento privilegiado de cuidados, quer técnicos quer relacionais, pertencendo ao enfermeiro ESMO, dentro desta equipa, um papel de primordial importância, visto que se encontra numa situação privilegiada de cuidar devido à sua proximidade com a mulher parturiente/família, mas também pelas competências intrínsecas à sua formação profissional específica, de modo a tornar o processo de nascimento o mais gratificante possível.

3. Análise da População

Ao longo deste capítulo será feita uma caracterização geral da população, dos critérios utilizados para a sua selecção e recrutamento, do instrumento de pesquisa para a recolha de dados, das necessidades específicas e serão apresentados, ainda que de uma forma sucinta, os estudos consultados sobre esta temática.

Esta é uma etapa essencial para qualquer trabalho de intervenção em enfermagem. Tendo em conta o factor tempo, a realidade do serviço de urgência da MAC e as necessidades de intervenção detectadas, foi desenvolvida a intervenção de enfermagem, junto dos enfermeiros ESMO deste serviço, que constituem a população em estudo.

Quivy (1998) refere que “as informações úteis, muitas vezes, só podem ser obtidas junto dos elementos que constituem o conjunto (...) à totalidade destes elementos, ou das unidades constitutivas do conjunto considerado, chama-se população” (p. 159).

De acordo com Polit e Hungler (1995), entende-se a população como “todo um conjunto de indivíduos que possuem alguma característica comum (...) por vezes chamado de universo” (p. 368). O processo de delimitação da população, tem por objectivo identificar a população alvo que de acordo com Fortin (2009) é “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (p. 202). Assim, com o intuito de conhecer e mensurar a opinião dos enfermeiros ESMO do SU da MAC, foi escolhido como instrumento da colheita de dados, o questionário. Constituído por três partes em que, a primeira caracteriza a população, a segunda, constituída por seis questões, pretende conhecer os conhecimentos dos enfermeiros ESMO sobre Gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto e a terceira, constituída por dez questões, pretende conhecer os procedimentos do enfermeiro durante o 3.º estadio do trabalho de parto (Anexo B).

3.1. Caracterização Geral da População

A implementação de medidas formativas em contexto de trabalho, exige um conhecimento prévio da população, importante para o reconhecimento das suas necessidades formativas.

Para Polit e Hungler (1995), as características que delimitam a população de interesse, são chamadas de critérios de selecção. Deste modo, os critérios estabelecidos para a selecção dos participantes, assentam em quatro pressupostos: 1) Possuir o título de enfermeiro especialista em saúde Materna e Obstetrícia; 2) Possuir o título de Parteira; 3) Exercer a sua actividade na sala de partos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa durante o período de recolha de dados e 4) Aceitar participar, mediante assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

A população foi abordada e convidada a participar neste projecto, tendo o período de recolha de dados ocorrido durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2011, deste modo, o total de enfermeiros ESMO do serviço de urgência da MAC, que entre os meses de Janeiro/Fevereiro de 2011 prestaram cuidados especializados à mulher grávida/parturiente, durante os quatro estadios do trabalho de parto nesta instituição e que obedeciam as condições previamente definidas e sobre os quais incidiu a intervenção de enfermagem foi de 28 enfermeiros.

Para Fortin (2009), a pesquisa descritiva simples consiste na “descrição de um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características dessa população ou de uma amostra desta” (p.163), sendo que “a descrição dos conceitos ou variáveis conduz a uma interpretação da significação teórica dos resultados” (p.164). A informação dos dados recolhidos serve para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra (Fortin, 2009).

Com o objectivo de traçar o perfil dos elementos da população, optou-se por utilizar as seguintes características demográficas: idade, sexo, habilitações, tempo de especialidade, tempo de experiência no serviço de urgência. Assim através da tabela n.º1, verificamos que a população é essencialmente feminina, sendo constituída por 22 mulheres e 6 homens, num total de 28 enfermeiros.

Tabela 1. Distribuição dos inquiridos por género

Género	N	%
Feminino	22	78,6
Masculino	6	21,4
Total	28	100,0

A idade dos homens varia entre 30 e 45 anos com uma média de 39,0 e desvio-padrão igual a 5,4 anos, a idade das mulheres varia entre 30 e 55 anos com uma média de 43,09 e desvio-padrão igual a 3,3 anos.

O tempo de especialidade destes enfermeiros varia entre 1 e 33 anos com uma média de 9,2 e desvio-padrão igual a 1,9 anos. Em relação ao tempo de experiência em sala de partos verifica-se que varia entre 0 e 30 anos com uma média de 8,3 e desvio-padrão igual a 1,7 anos.

A quase totalidade dos enfermeiros (26) tem, como habilitações literárias, a licenciatura. Destes, 15 têm uma pós-licenciatura e 2 possuem mestrado. Sublinha-se que 2 enfermeiros admitem ter outra habilitação literária.

Tabela 2. Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações literárias

Habilitações	N	%
Licenciatura	9	32,1
Pós-Licenciatura	15	53,6
Mestrado	2	7,1
Outra	2	7,1
Total	28	100,0

A escolha do local da intervenção de enfermagem, prendeu-se com o facto de ser o meu local de trabalho e daí, o interesse em conhecer as práticas efectuadas neste estadio do trabalho de parto, assim como a vantagem de poder utilizar o conhecimento adquirido na promoção e desenvolvimento no seio da equipa de enfermagem ESMO, de espaços de discussão e reflexão sobre as nossas práticas no sentido de encontrar alternativas adequadas à resolução dos problemas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

3.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População-Alvo

De acordo com Fortin (2009), a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados. Refere também que o aumento de conhecimentos e a autonomia da profissão de enfermagem evolui de acordo com o avanço da investigação em enfermagem.

O conhecimento adquirido pela pesquisa e pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Ordem dos enfermeiros, 2001). A qualidade do exercício profissional numa óptica de cuidados de excelência de acordo com a evidência científica actual, só é alcançada através de uma actualização constante dos conhecimentos e competências dos enfermeiros. Dessa forma, uma revisão constante de todos os procedimentos técnicos e o estabelecimento de *guidelines*, orientadoras de boas práticas, são imprescindíveis dentro do actual entendimento de uma prática de enfermagem baseada em evidências, onde o enfermeiro, na sua prática individual, integra as evidências externas disponíveis provenientes da pesquisa científica (Craig & Smyth, 2004), numa associação constante com a experiência, a opinião de peritos, os valores e escolhas dos utentes no contexto dos recursos disponíveis com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. As discrepâncias entre o que surge como evidência científica e aquilo que é efectivamente praticado nos hospitais parecem depender de inúmeros factores, sendo os mais relevantes: as dificuldades no processo de implementação de mudanças, a obtenção e divulgação de sínteses do conhecimento médico e o tempo disponível dos enfermeiros para a pesquisa nas várias fontes de informação escrita. (Craig & Smyth, 2004).

A análise sucessiva desta intervenção de enfermagem, permite não só conhecer melhor a realidade, mas também, ao delinear pontos de intervenção considerados necessários, contribuir para a satisfação das necessidades encontradas. Nesse sentido, considero que o aprofundar conhecimentos sobre a temática, a formação, a apresentação de workshops, a elaboração de protocolos, a reflexão e o diálogo activo entre os vários profissionais, conduzirão certamente a uma mudança de práticas.

Assim, depois de identificada a necessidade de formação dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a importância dos cuidados de enfermagem durante o 3.º estadio do trabalho de parto, na prevenção da hemorragia pós-parto, foram delineadas

estratégias, identificados os recursos necessários e disponíveis e calendarizadas as actividades. Deste modo, após diversas consultas bibliográficas, foi elaborado em conjunto com os elementos da direcção clínica do serviço de urgência, um esboço do que viria a ser o plano de formação sobre hemorragia pós-parto, com o objectivo de: 1) aprofundar conhecimentos sobre o 3.º estadio do trabalho de parto; 2) conhecer atitudes/práticas dos enfermeiros ESMO do serviço de urgência da MAC relativas ao 3.º estadio do trabalho de parto; 3) divulgar protocolos existentes na MAC sobre hemorragia pós-parto; 4) realizar formação em serviço sobre Gestão activa do 3.º estadio do Trabalho de Parto e 5) promover momentos de reflexão e discussão no seio da equipa de enfermagem.

3.3. Estudos Sobre a População Alvo

Como resultado da pesquisa efectuada sobre esta temática, encontrei um conjunto diversificado de artigos que, na grande maioria, faz a comparação entre as duas abordagens do 3.º estadio do trabalho de parto, relativamente à hemorragia pós-parto, a atitude expectante ou fisiológica e a gestão activa, portanto de forma indirecta acabam por estar relacionados com a população-alvo, uma vez a condução do 3.º estadio do trabalho de parto depende principalmente, da decisão da parturiente e da abordagem do profissional que faz o parto. Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados as bases de dados electrónicas disponíveis na MAC, nomeadamente a PUBMED, biblioteca Cochrane e Medscape, utilizando os descritores: hemorragia pós-parto; 3.º estadio do trabalho de parto; gestão activa e atitude expectante.

As evidências científicas disponíveis sobre a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto, derivam de estudos realizados com rigor metodológico e científico, no entanto, apesar de conhecidas e praticadas principalmente pela classe médica, não são conhecidas por todos os profissionais, especialmente pelos enfermeiros ESMO, talvez por esse motivo, quando analisamos as condutas dos profissionais durante o 3.º estadio do trabalho de parto, encontramos uma grande variedade de práticas especialmente nas medidas de prevenção e na abordagem terapêutica da hemorragia pós-parto.

O artigo publicado em 2007 pela *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* (BJOG), representativo da falta de consenso internacional (Winter, Macfarlane, Deneux-Tharaux, Zhang, Alexander, Brocklehurst, Bouvier-Colle,

Prendiville, Cararach, Roosmalen, Berbik, Klein, Ayres-de-Campos, Erkkola, Chiechi, Langhoff-Roos, Stray-Pedersen & Troeger, 2007), descreve o projecto de colaboração efectuado em 14 países da Europa, sendo 12 desses países membros da União Europeia: Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Hungria, Irlanda, Itália, Países Baixos, Portugal, Espanha, Reino Unido, Noruega e Suíça, que teve como objectivo: avaliar e comparar as práticas dos profissionais, durante o 3.º estadio do trabalho de parto e as medidas de controlo da hemorragia pós-parto nas várias maternidades da Europa após parto vaginal e numa fase posterior do projecto, desenvolver um consenso mínimo Europeu de boas práticas relacionadas com a prevenção e gestão da hemorragia pós-parto.

A pesquisa foi efectuada na maioria dos 14 países por inquérito enviado as todas as maternidades com excepção da Espanha, que só efectuou pesquisa nas maternidades da Catalunha, e Portugal que não englobou no estudo as maternidades privadas. Nesta pesquisa também foram incluídos os partos domiciliários. O inquérito incluía questões sobre a definição de hemorragia pós-parto, políticas no 3.º estadio do trabalho de parto de parto vaginal e cesariana, avaliação de sangue perdido e tratamento da hemorragia.

Neste artigo os resultados demonstram a existência de divergências relativamente às políticas definidas para o 3.º estadio do trabalho de parto, tanto entre os países, como dentro de cada país nas diversas maternidades, situando-se as principais diferenças, no tempo e uso dos agentes farmacológicos.

Os vários estudos consultados (Bristol, 1988; Bimbashi, Eriseida, Anika & Lelia, 2010; Burke, 2010; Magann, Sharon, Suneet, Chauhan, Grainger, Andrea & Jonh, 2005; Farrar, Derek, Rebecca & Lelia, 2010; Festin, Lumbiganon, Tolosa, Finney, Ba-Thike & Chipato, 2003; Gülmezoglu, Villar, Nguyen, Piaggio, Carroli, Adetoro, Abdel-Aleem, Cheng, Hofmeyr, Lumbiganon, Unger, Prendiville, Pinol, Elbourne, El-Refaey & Schulz, 2001; International Confederation of Midwives (ICM), International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), 2004; Jackson Allbert, Schemmer, Elliot, Humphrey & Taylor, 2001; Lalonde, Leduc & Senikas, 2009; Prendiville, 1996; Prendiville, Harding, Elbourne & McDonald, 2001; Prendiville, Elbourne & McDonald, 2008; Rajan & Deborah, 2010; Who, 1997; Williams, 2007) concordam que uma gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto é segura, eficaz e reduz a incidência de hemorragia pós-parto devido à atonia uterina e a necessidade de transfusão sanguínea.

Estes estudos e, mais concretamente as suas conclusões, foram de grande importância, na medida em que forneceram elementos sobre a relevância dos cuidados prestados neste estadio do trabalho de parto, nomeadamente na redução da morbi-mortalidade materna no mundo. Desta reflexão, saiu reforçada a motivação para desenvolver esta intervenção de enfermagem, que penso ser pertinente tanto para estimular a discussão/reflexão de práticas, como para actualização e correcção dos cuidados durante o 3.º estadio do trabalho de parto.

3.4 Recrutamento da População

Ultrapassados os trâmites legais, tais como o pedido de autorização ao Conselho de Administração da MAC, entregue no dia 17 de Novembro, iniciei contactos com a Direcção Clínica do serviço de urgência, onde foram transmitidos os objectivos da Intervenção de enfermagem e os critérios de selecção dos participantes desta intervenção. A 1 de Dezembro de 2010 e por indicação da Sr.^a Enfermeira Directora, foi iniciado processo de pedido de autorização da comissão de Ética da MAC, tendo a primeira reunião ocorrido no dia 6 desse mês. Após vários contactos e na impossibilidade de resolução em tempo útil das dificuldades entretanto surgidas, optou-se por contactar os enfermeiros ESMO do serviço de urgência, via online, no sentido de responder ao questionário adaptado do autor: Farrar Diane et al. (2010) e baseado na declaração conjunta da FIGO/ICM, (2003; 2006), nomeadamente nos componentes usados para definir gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto.

4. Análise Reflexiva sobre os Objectivos

Da observação das práticas clínicas efectuadas pelos profissionais no Serviço de Urgência da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, verifiquei a existência de diferentes procedimentos principalmente entre os enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, durante o 3.º estadio do trabalho de parto. Da reflexão e da pesquisa, entretanto efectuada, foi proposta a elaboração desta Intervenção em Enfermagem que pretende, através de formação profissional, uniformizar a gestão do 3.º estadio do trabalho de parto, indo também ao encontro das estratégias preconizadas pela DGS (2007) “Intensificar a homogeneidade da formação em serviço para todos os profissionais” (p.25).

Penso que esta temática é um assunto pertinente no contexto da sala de partos, assim como acredito que os conhecimentos, decorrentes deste processo, trarão subsídios para a melhoria dos cuidados prestados às nossas utentes, especificamente na prevenção da hemorragia pós-parto, que continua a ser uma das principais complicações associadas ao 3.º estadio do trabalho de parto e uma das cinco principais causas de mortalidade materna tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (Oyelese & Ananth, 2010).

Para Marconi & Lakatos (2001), a formulação dos objectivos significa com precisão o que se visa com o trabalho. Segundo Imperatori & Giraldes (1993), um objectivo é tudo aquilo que cremos ou antevemos que o sujeito que o descreve seja capaz de atingir como resultado das suas acções, dentro de um espaço e tempo delimitados. Devem ser precisos, claros, mensuráveis e realistas. Para que sejam definidos objectivos é fundamental ter por base o conhecimento das necessidades individuais ou do grupo. Deste modo, após a sua identificação, foram delimitados os objectivos a atingir nesta intervenção de enfermagem. Esta etapa é fundamental, na medida em que só mediante uma correcta fixação de objectivos se poderá direccionar as actividades e proceder a uma apreciação dos resultados obtidos (Imperatori & Giraldes, 1993; Marconi & Lakatos, 2001). Face à necessidade de acompanhar a rápida evolução deste domínio do saber e da própria especialidade de saúde materna, foi definido como objectivo para esta intervenção de enfermagem “*Sensibilizar os*

enfermeiros ESMO para a importância da gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto como medida de prevenção da hemorragia pós-parto”. Neste contexto foram definidos os seguintes objectivos específicos:

1. *Aprofundar conhecimentos sobre o 3.º estadio do trabalho de parto;*
2. *Conhecer as atitudes/práticas dos enfermeiros ESMO do serviço de urgência da MAC relativas ao 3.º estadio do trabalho de parto;*
3. *Divulgar protocolos sobre hemorragia pós-parto;*
4. *Realizar formação em serviço sobre Gestão activa do 3.º estadio do Trabalho de Parto;*
5. *Promover momentos de reflexão e discussão no seio da equipa de enfermagem.*

As dúvidas levaram-me a procurar literatura, deste modo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com o objectivo de reunir e sintetizar a informação existente sobre a temática e, com essa base, efectuar uma reflexão dos objectivos previamente definidos. De acordo com Polit e Hungler (2004), uma revisão sintetiza as pesquisas realizadas sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão a partir de muitos estudos realizados. Paralelamente, efectuei uma reflexão sobre as práticas dos enfermeiros ESMO do serviço de urgência, consciente que a abordagem reflexiva do que se faz em contexto de sala de partos e os conhecimentos, que se mobilizam diariamente, são a base do nosso trabalho enquanto enfermeiros.

Philip Burnard (2002) refere que, a maior parte daquilo que fazemos é feito sem ter a percepção, é como se ligássemos o piloto automático. Reflectir sobre o que fazemos e como o fazemos, contribui para a compreensão de que muitas vezes agimos sem questionar, reflectir, é tomar consciência dos mecanismos de repetição e automatismos que não se desejam. A reflexão permite a pesquisa que consequentemente nos leva ao crescimento e à gestão do melhor modo de implementar a necessária mudança da acção.

O **primeiro objectivo** delineado “*Aprofundar conhecimentos sobre o 3.º estadio do trabalho de parto*”, prende-se com o facto de neste estadio surgirem as principais diferenças nas práticas dos enfermeiros ESMO, que justificaram a intervenção de enfermagem, assim como pela importância deste estadio do trabalho de parto na prevenção da hemorragia pós-parto. Este é um período que exige cuidados e atenção, uma vez que nela ocorrem as principais modificações no organismo materno e residem os maiores riscos de complicações.

O trabalho de parto pode ser definido por um processo fisiológico que uma vez iniciado, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Graça, 2010). Clinicamente pode ser dividido em três fases ou estadios (dilatação, período expulsivo, dequitação), durante as quais a mulher atravessa importantes transformações físicas. Considera-se que o trabalho de parto, tem o seu início com as contracções dolorosas, ao mesmo tempo que se inicia o apagamento e a dilatação do colo do útero. Esta dilatação nas múltiparas processa-se ao mesmo tempo que o apagamento do colo do útero, enquanto nas nulíparas, dá-se primeiro o apagamento e só depois a dilatação.

O primeiro estadio, também designado de dilatação, com uma duração variável entre oito a dez horas nas primíparas, e seis a dez nas múltiparas, decorre desde o início das contracções uterinas regulares até à completa dilatação do colo do útero (Graça, 2010). O segundo estadio, também designado de período expulsivo, tem início na dilatação completa, sendo caracterizado por contracções cada vez mais fortes, com intervalos mais curtos, responsáveis pela expulsão do feto, tem uma duração de aproximadamente de cinquenta minutos nas nulíparas e de vinte minutos nos múltiparas (Graça, 2010; Couto, 2002).

O pós-parto é um período de transição marcado pela vulnerabilidade emocional do casal, precedido de uma etapa que envolveu grandes adaptações a nível, fisiológico e psicológico (Frias, 2010). Escondido pela emoção do nascimento, o 3.º estadio do trabalho de parto, também denominado por dequitação, vai desde a expulsão do feto, separação e expulsão da placenta e das membranas fetais, até à formação do globo de segurança de Pinard (Couto, 2002; Graça, 2010; Lowdermilk & Perry, 2008; Veladas, 1997). É definido como o tempo que decorre entre a expulsão do feto e a dequitação, é a fase que mais riscos podem trazer para a mulher, sendo a hemorragia pós-parto, uma complicação grave que pode colocar em risco a vida da puérpera. A quantidade de sangue perdido durante esta fase depende do intervalo de tempo entre o descolamento, as contracções e a expulsão da placenta.

Neste estadio pretende-se que o descolamento e expulsão da placenta, ocorra de forma rápida, segura e eficaz (Lowdermilk & Perry, 2008). A separação da placenta do seu local de inserção (dequitação) sucede normalmente alguns minutos após o parto (Graça, 2010). Devido a fortes contracções uterinas, o útero contrai-se com firmeza, o que provoca diminuição da sua capacidade e da área de inserção da placenta, que ao ficar mais pequeno provoca uma ruptura nas vilosidades e

consequente separação, designada por dequitação. Outro dos mecanismos que contribuem para o descolamento da placenta é a formação de um hematoma retroplacentar, que acelera o processo de expulsão. As membranas fetais, seguindo um mecanismo idêntico, são a última porção a descolar-se (Camano, 2002; Graça, 2010; Lowdermilk & Perry, 2008), este processo, geralmente espontâneo, pode, no entanto, ser afectado em termos de tempo, pela diferença na sua gestão, assim como pela quantidade de sangue perdido.

Quando ocorre a dequitação, a mesma é precedida de vários sinais, tais como: contracções uterinas; modificação na forma uterina à medida que a placenta cai para o segmento inferior; uma golfada de sangue à vulva; aumento aparente do cordão umbilical; observação da placenta ou membranas fetais no intróito vaginal (Lowdermilk & Perry, 2008). Se a placenta se separa do bordo interior para o exterior, sairá com a apresentação da superfície fetal, a que se dá o nome de Schultz. Se a placenta se separa dos bordos exteriores para dentro, vai-se enrolar e surge a superfície materna em primeiro lugar, a que se dá o nome de Duncan (Fraser & Cooper, 2010).

Ao longo dos anos a conduta recomendada para este estadió nos compêndios de Obstetrícia foi a expectante, ou seja, aguardar o tempo necessário para que o descolamento da placenta ocorra de forma espontânea (Resende, 1974; Schorge & Norwitz, 2001; Ziegel, 1980), não sendo aconselhadas aos profissionais quaisquer intervenções pelo risco de hemorragia ou inversão uterina (Camano, 2002). Existe ainda alguma controvérsia relativamente ao intervalo de tempo seguro para que ocorra uma dequitação, assim como o que caracteriza uma dequitação prolongada ou retenção de placenta que justifique procedimentos mais invasivos, como a dequitação manual ou a dequitação artificial (curetagem). Segundo Graça (2010), não existe necessidade de efectuar a dequitação antes de haver “sinais de separação placentária e estarem decorridos 15 a 30 minutos” (p.478), no entanto de acordo com Magann, Evans, Chauhan, Lanneau, Fisk, & Morrison, (2005), o intervalo de tempo seguro são trinta minutos sendo que ultrapassado esse tempo existem grandes probabilidades de ser necessário efectuar uma extracção manual da placenta, o que acrescenta um risco de haver uma hemorragia seis vezes superior.

No sentido de encurtar o tempo da dequitação, a WHO (2009) e a FIGO/ICM (2006), recomendam que se deve proceder a uma Gestão activa do 3.º estadió do trabalho de parto, os resultados demonstram que esta conduta reduz

significativamente a ocorrência de hemorragia pós parto, assim como a morbidade e mortalidade a ela associada, principalmente quando comparada com uma atitude expectante do 3.º estadio do trabalho de parto (Lalonde, Senikas & Leduc, 2009; Magann et al, 2005; Oyelese & Ananth, 2010; Rajan & Wing, 2010; WHO, 2009).

Face à necessidade de conhecer as diferentes práticas dos enfermeiros ESMO foi definido como **segundo objectivo**: “*Conhecer as atitudes/práticas dos enfermeiros ESMO do serviço de urgência da MAC relativas ao 3.º estadio do Trabalho de Parto*” Justifica-se este objectivo, porque, sendo enfermeira do serviço de urgência da MAC, conheço relativamente bem o desempenho dos meus pares, no entanto, para confirmar esse meu conhecimento foi elaborado o questionário sobre gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto, que confirmou a existência de um considerável número de enfermeiros (10) que desconhece o significado do termo “gestão ou conduta activa do 3.º estadio do trabalho de parto”, assim como (12) desconhece as recomendações da FIGO, da ICM e da WHO relativamente a este estadio do trabalho de parto.

O 3.º estadio do trabalho de parto pode ser conduzido de forma diferente, dependendo principalmente da decisão da parturiente e pela abordagem do profissional que faz o parto, que, nesta fase, pode adoptar uma atitude expectante ou fisiológica, ou uma gestão activa. A manutenção do Tónus uterino após a dequitação é fundamental, daí ser necessário adoptar medidas isoladas ou em conjunto, no sentido de prevenir a hemorragia pós-parto.

A atitude ou conduta expectante é uma abordagem fisiológica do 3.º estadio do trabalho de parto é uma prática comum em países do Norte da Europa, alguns estados dos Estados Unidos da América, Canadá e em partos domiciliares (Prendiville, 2003; WHO, 2006). Envolve clampar o cordão depois de este parar de pulsar, iniciar precocemente a amamentação para facilitar a libertação endógena de ocitocina, esperar por sinais de descolamento e separação natural da placenta (auxiliada pela acção da gravidade quando a puérpera está de pé), podendo esse tempo se prolongar até uma hora, sendo o uso de medicamentos uterotónicos se necessário, administrados após a dequitação (Burke, 2010). Os factores responsáveis por esta opção incluem: o desejo de um parto natural por parte da parturiente, a filosofia de que a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto não se justifica em mulheres de baixo risco (WHO, 1996), assim como a ideia de muitos profissionais de que com a administração de um uterotónico (ocitocina) antes da dequitação, o útero pode

"fechar" podendo causar uma retenção de placenta (Burke, 2010; Oyelese & Ananth, 2010; WHO, 1996).

Em contraste com esta atitude, a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto é uma abordagem profilática de rotina em alguns países, incluindo Portugal, que envolve, de acordo com (ICM: FIGO, 2003; ICM: FIGO, 2006), três componentes principais: a administração de ocitocina, tracção controlada do cordão e a massagem uterina após a dequitação (manobra de Brandt-Andrews). Estas medidas são consensuais e tem sido classificadas de profiláticas pela OMS após várias revisões sistemáticas, no sentido de evitar a hemorragia pós-parto (ICM: FIGO, 2003; ICM: FIGO, 2006; WHO, 2006; WHO, 2009), pois reduz a perda sanguínea e apresenta menos casos de dequitação manual ou cirúrgica, motivo pelo qual deve ser oferecida, por rotina, em todos os partos, assim como todos os profissionais que realizam partos devem ter os conhecimentos, fármacos e equipamento para realizar no 3.º estadio uma gestão activa (ICM: FIGO, 2003; ICM: FIGO, 2006; WHO, 2009). Segundo Burke (2010), outro aspecto que favorece a prevenção da hemorragia pós-parto é o contacto pele a pele e o início precoce da amamentação, pelo que também pode e deve ser usado numa gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto.

A ocitocina (Syntocinon) deve ser conservada no frigorífico a uma temperatura entre 2°C e 8°C de acordo com a bula existente no medicamento e deve ser administrado IM ou IV em perfusão, não sendo recomendada a sua administração em bólus intravenoso, uma vez que pode provocar hipotensão aguda de curta duração acompanhada por rubor e taquicardia reflexa (Infarmed, 2010).

Nos países pouco desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, para solucionar o problema de estabilidade da ocitocina (não pode ser exposta à luz nem a altas temperaturas), e porque não existe a garantia de que quem faz os partos é um profissional, foi criada a Uniject (seringa com dose individual de 10U, com agulha associada) para administração intramuscular (ICM: FIGO, 2006).

Em ambas as condutas, expectante e activa, a identificação e a resposta célere perante uma perda sanguínea aumentada são fundamentais. O reconhecimento destes aspectos pelos profissionais pode contribuir não só para adoptar medidas universais de prevenção da hemorragia pós-parto, como contribuem para desenvolver medidas de antecipação à hemorragia pós-parto, tais como uma avaliação de factores de risco e uma gestão activa aplicada em todas as mulheres no 3.º estadio do trabalho de

parto, com excepção dos casos em que mesmo depois de informadas a mulher grávida mantenha a recusa.

O terceiro objectivo: *“Divulgar protocolo sobre hemorragia pós-parto”*, pretende alertar os enfermeiros ESMO para a existência na instituição de protocolos relativos à hemorragia pós-parto, onde já é recomendado a “conduta activa” neste estadió do trabalho de parto como factor de prevenção da hemorragia pós-parto. Ao reforçar a informação sobre os protocolos existentes, pretendo sensibilizar os enfermeiros ESMO, assim como os médicos para a necessidade da sua reformulação, criando, para tal, uma equipa multidisciplinar. Seria importante que no protocolo fosse disponibilizada informação actualizada sobre hemorragia pós-parto, definido o que é atitude expectante ou fisiológica, gestão ou conduta activa, principais diferenças e vantagens, pois da análise de dados do questionário é patente a confusão entre as atitudes expectante/activa, durante o 3.º estadió do trabalho de parto.

Esta é uma conduta recomendada tanto para os países em vias de desenvolvimento como para os países desenvolvidos, pois a hemorragia pós-parto é uma das principais complicações associadas ao 3.º estadió do trabalho de parto e uma das cinco principais causas de mortalidade materna tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (ICM: FIGO, 2006; Oyelese & Ananth, 2010), sendo estes factos corroborados pelos dados do relatório da Direcção Geral de saúde (DGS) no ano de 2009, no nosso país.

Quarto objectivo *“Realizar formação em serviço sobre Gestão activa do 3.º estadió do Trabalho de Parto”* A sensibilização dos enfermeiros ESMO para uma gestão activa do 3.º estadió do trabalho de parto, está implícita em todos os objectivos, porque esta é uma importante e eficaz medida de prevenção da hemorragia pós-parto, e, conseqüentemente, na redução da mortalidade materna. A desactualização dos conhecimentos conduz à necessidade de reciclagem permanente e aquisição de novas atitudes, pelo que se pretende, através da formação em serviço, não só informar, mas também uniformizar a gestão do 3.º estadió do trabalho de parto, principalmente entre os enfermeiros ESMO, indo também ao encontro das estratégias preconizadas pela DGS (2007).

A formação é um processo contínuo de aprendizagem através do qual o indivíduo adquire e aprofunda conhecimentos que promovem o desenvolvimento de novas capacidades, que se reflecte na melhoria dos cuidados prestados (Costa & Costa, 1997). Para Craig & Smyth (2004) estratégias que envolvem uma componente

formativa, são as que obtêm melhores resultados em termos de mudança de comportamento, no entanto, é importante identificar as potenciais barreiras à mudança, assim como os factores facilitadores, dessa mudança incluindo os recursos. Consciente de que essa mudança, independentemente da sua natureza, acaba por constituir uma ameaça à familiaridade decorrente dessa ordem, torna-se fundamental envolvimento, energia, convicção, motivação e ânimo na condução, disseminação e implementação das estratégias. Neste sentido foi definido o **quinto objectivo** “*promover momentos de reflexão e discussão no seio da equipa de enfermagem*”, onde os enfermeiros de forma consciente, não obstante o saber e a experiência individual, possam, apesar das dúvidas que muitas vezes persistem, olhar sobre as práticas de uma forma reflectida, com vista à mudança, à actualização de conhecimentos, ao desenvolvimento de competências e ao conhecimento/correção dos obstáculos à aplicabilidade de uma gestão activa do 3.ºestadio do trabalho de parto. O aproveitamento das reuniões de serviço, ou de passagem de turno, revelam-se importantes tanto no envolvimento dos profissionais, no diálogo activo, na discussão de ideias e de práticas, no esclarecimento de dúvidas, como na divulgação de informação científica, seja afixando ou distribuindo artigos.

5. Análise Reflexiva Sobre as Intervenções

Reflectir sobre a prática é interrogá-la, aprofundá-la, enriquecê-la e ou transformá-la, agindo deste modo, o enfermeiro abre a possibilidade de encontrar soluções capazes de ultrapassar obstáculos, utiliza e elabora saberes e tem uma nova e melhor compreensão de uma determinada actividade, criando assim a possibilidade de romper com os automatismos e com os quadros habituais de nos olharmos a nós próprios e à nossa actividade (Couceiro, 1998).

Desde a fase inicial, quando se pondera o assunto sobre o qual se vai intervir, até à publicação dos resultados, existe um longo caminho a percorrer, podendo ser de grande importância alguns dos aspectos que à primeira vista nos parecem insignificantes ou de pormenor. Em todas as etapas a percorrer procurei desenvolver uma atitude de carácter reflexivo, assim como a capacidade de análise crítica ao questionar o que se faz na prática, esperando assim encontrar alternativas adequadas à resolução dos problemas detectados.

O diagnóstico da situação representa um momento de extrema importância ao longo do trabalho de intervenção de enfermagem, pois é através dele que este trabalho adquire o seu sentido efectivo e real. O diagnóstico da situação revela qual a necessidade identificada, tornando-se esta, o alvo do nosso estudo, pretendendo assim contribuir para uma melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem ao longo do exercício profissional.

A selecção de estratégias é outra etapa importante para se alcançarem os objectivos propostos, pois é através dessas estratégias que se apresentam novas formas de actuação capazes de resolver os problemas existentes tal como refere Imperatori & Giraldes (1993). Assim, numa fase preliminar, foram recolhidas e ponderadas informações sobre o assunto do projecto, assim como foram iniciados contactos com vista à formalização do mesmo. As estratégias definidas, para Mintzberg (2000), surgem como um conjunto de atitudes, técnicas e intervenções com o fim de atingir os objectivos formulados, englobaram numa primeira fase a recolha de informações sobre o assunto, através de uma pesquisa bibliográfica sobre o 3.º estadió do trabalho de parto, hemorragia pós-parto e mortalidade materna, no sentido de fundamentar

teoricamente a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto, esta pesquisa foi transversal a todo o percurso da elaboração do relatório de intervenção de enfermagem, paralelamente a todo este processo, recorri ao apoio, orientação, ensino e correcção da Professora Doutora Ana Frias.

Os contactos informais prévios com a Direcção clínica do serviço de urgência e a equipa de enfermagem foram uma constante em todo este processo. Assim, durante os meses de Outubro a Dezembro realizaram-se reuniões com a enfermeira chefe e a directora clínica do serviço de urgência, com o objectivo de reconhecer a receptividade, o interesse necessário à exequibilidade da intervenção de enfermagem, assim como o tipo de apoio que poderia contar durante este percurso, uma vez que um dos meus objectivos seria a elaboração de um protocolo sobre o 3.º estadio do trabalho de parto e, para a sua implementação é necessário o envolvimento da equipa médica.

No mês de Dezembro de 2010, na sequência do contacto por escrito com a Direcção de enfermagem da MAC, no sentido de informar sobre a natureza da intervenção de enfermagem e simultaneamente pedir autorização para a mesma ser realizada no serviço de urgência da MAC, fui convocada para uma reunião com a Presidente da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da MAC, onde fui informada dos documentos que teria que facultar ao Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, para este analisar a proposta e emitir um parecer sobre o mesmo. Nas semanas seguintes, organizei um *dossier* aonde constavam os 23 documentos solicitados.

Posteriormente, já durante o mês de Janeiro, fui informada que o mesmo não estava em conformidade com o pretendido. Entrei em contacto com a minha orientadora e com a enfermeira chefe do serviço de urgência. Uma vez que as reuniões da Comissão de Ética com a administração da MAC, ocorrem na primeira semana de cada mês e dado que o factor tempo, tão importante para a execução dos objectivos projectados, era desfavorável, a alternativa encontrada foi enviar os questionários aos enfermeiros ESMO via online. Sendo esta decisão, assim como os motivos comunicados ao Presidente da Comissão de Ética para a Saúde.

Ultrapassada que estava esta questão e tendo por base os objectivos da intervenção de enfermagem, aliados à opção metodológica, elaborei um questionário baseado no autor Farrar Diane, Derek Tuffnell, Rebecca Airey, Lelia Duley, publicado no BMC Pregnancy and Childbirth no ano de 2010, com o objectivo de saber quais eram os

conhecimentos e as práticas dos enfermeiros ESMO durante o 3.º estadio do trabalho de parto sobre “gestão activa”.

Numa segunda fase, ou fase de planeamento, com base nas informações recolhidas anteriormente, foram estabelecidas estratégias, definidos os objectivos, identificados os recursos e calendarizadas as actividades. As estratégias definidas centraram-se no desenvolvimento das actividades propostas em especial nas acções de formação sobre hemorragia pós-parto. Nesse sentido foram efectuadas novas reuniões com a enfermeira chefe do SU da MAC e com a Directora Clínica do SU da MAC, para comunicar as estratégias definidas, informar sobre o trabalho já efectuado e preparar a formação sobre a hemorragia pós-parto e gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto. Na sequência dessa reunião e por indicação da Direcção clínica entrei em contacto com o formador perito nesta área indicado, para realizar a formação sobre hemorragia pós-parto no anfiteatro da MAC.

5.1. Metodologias

A metodologia de um trabalho, que independentemente da finalidade, fornece orientações sobre o caminho percorrido e os procedimentos adoptados ao longo do mesmo. Deste modo, na primeira fase da intervenção de enfermagem, com base nas informações recolhidas por observação directa dos meus pares, durante o 3.º estadio do trabalho de parto foi feita uma avaliação da realidade e nessa base elaborado o diagnóstico da situação, ou seja, foram identificadas as principais necessidades dos enfermeiros ESMO do serviço de urgência da MAC. Numa segunda fase, com base nas informações anteriormente recolhidas, foi possível definir objectivos, seleccionar e estabelecer estratégias de acção, identificar recursos e calendarizar as actividades. Depois destas fases de planeamento, foi necessário numa terceira fase, com base nos critérios definidos, executar as actividades delineadas, o que implicou mobilizar os recursos humanos e os materiais disponíveis. Transversal a todo este procedimento, a avaliação, mesmo sem ter consciência, esteve presente e permitiu não só aprofundar a temática, como fazer ajustamentos e correcções à medida que se foi desenvolvendo a intervenção de enfermagem.

5.2. Análise reflexiva Sobre as Estratégias Accionadas

As estratégias definidas são um conjunto de intervenções delineadas com o fim de atingir os objectivos previamente formulados, utilizando de forma eficaz os recursos disponíveis (Aquilano, 2006). Deste modo, feito o diagnóstico da situação, foram encetadas abordagens estratégicas de formação sobre hemorragia pós-parto, num contexto mais abrangente e sobre gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto, no âmbito da sala de partos. Aproveitando a transição dos turnos dos enfermeiros, estes momentos foram aproveitados para a partilha, discussão de ideias e de conceitos sobre os cuidados durante o 3.º estadio do trabalho de parto e, divulgar as directrizes da FIGO/ICM, com o objectivo de mudança de práticas. Foi ainda elaborado protocolo de hemorragia pós-parto, reformulada a folha de registos de enfermagem e elaborado um folheto informativo sobre hemorragia pós-parto.

5.2.1 Formação

De acordo com Almeida (2004), a formação pode ser entendida como o esforço organizado de transformação de competências individuais com o objectivo de melhorar o desempenho colectivo. Para Mão-de-Ferro (1999) é um processo contínuo e sistemático que implica momentos de reflexão e estudo sobre a prática, utilizando a realidade própria de cada interveniente. Engloba duas parcelas bidimensionais, inseparáveis, que são a formação contínua e a formação em serviço. A formação contínua tem como objectivos manter o indivíduo actualizado, promover a aquisição de competências face ao desempenho profissional e melhorar a qualidade dos cuidados. A formação em serviço é ligeiramente diferente da formação contínua, mas preconiza os mesmos objectivos, realiza-se no local de trabalho e implica o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os elementos da equipa, e consequentemente a adaptação de novos comportamentos e padrões de qualidade (Costa & Costa, 1997).

Na formação, podem ser utilizadas vários métodos e técnicas pedagógicas que visam a “acção-reflexão-acção” no sentido de possibilitar uma melhor apropriação dos participantes. A medida que a formação decorre, vai sendo concretizado o Método Pedagógico, que para Mão-de-Ferro (1999), é o conjunto de estratégias destinadas a desenvolver no outro a capacidade de obter novos conhecimentos e corrigir atitudes e comportamentos.

Nesse sentido, confirmada a disponibilidade da prelectora e acertados os temas a abordar na formação, foi contactado o núcleo de formação da MAC, no sentido de comunicar a nossa intenção e para marcar a sala, ficando a mesma agendada para o dia 23 de Fevereiro às 08:30 da manhã.

Ainda durante o mês de Janeiro, após autorização da autora, Diane Farrar (Anexo D), apliquei o questionário, junto dos enfermeiros ESMO do serviço de urgência que efectuam partos no serviço de urgência da MAC. Paralelamente, e na sequência de conversa informal com a enfermeira chefe, iniciei contactos com a equipa de enfermagem que estava a elaborar uma nova folha de registos de enfermagem no sentido de incluir na grelha de registos a opção sobre “gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto”, sugestão que foi aceite.

Impulsionada pelo sucesso desta estratégia, durante os meses de Fevereiro e Março, o momento da passagem de turno foi aproveitado para sensibilizar os enfermeiros para a importância da gestão activa na prevenção da hemorragia pós-parto. Consciente que este é um momento excelente de comunicação através de casos concretos, foi desenvolvido momentos de partilha, discussão/reflexão sobre a actuação do enfermeiro neste estadio do trabalho de parto.

Cada enfermeiro tem a sua personalidade, os seus conceitos, valores e prioridades, torna-se pois necessário que a comunicação seja clara e aberta entre todos os elementos da equipa de enfermagem. Para Phaneuf (2005), as trocas verbais são instrumentos funcionais importantes, estando a competência em comunicação intimamente ligada ao comportamento profissional do enfermeiro. Para Dias (1999), a comunicação é uma função indispensável e um processo enérgico subjacente à modificação do comportamento do ser humano. A comunicação é a base do nosso relacionamento e do nosso trabalho diário, sempre que comunicamos, produzimos e divulgamos informação.

Como complemento desta temática, foi apresentado em contexto de trabalho no dia 11 de Março o tema “ocitocina no 3.º estadio do trabalho de parto”, momento aproveitado para a sensibilização dos enfermeiros sobre os riscos da administração da ocitocina no 3.º estadio do trabalho de parto em bólus (prática ainda comum de alguns enfermeiros).

Na terceira fase desta intervenção, ou seja, na fase de realização, foram adoptados os procedimentos delineados, o que implicou mobilizar vários recursos humanos e materiais. Sendo a formação pilar da autonomia, é indispensável a sua articulação

com os contextos da prática permitindo desta forma uma partilha de saberes e experiências, promovendo a formação de enfermeiros reflexivos e interventivos, deixando de lado a passividade.

Para Mão-de-Ferro (1999), a formação deve ser um factor de desenvolvimento, de promoção da reflexão, um espaço de comunicação particular, onde se trocam conhecimentos, maneiras de fazer e experiências diferentes, em resposta aos processos de mudança, aos avanços tecnológicos e socioeconómicos e à necessidade de desenvolvimento pessoal. Na formação o enfermeiro é convidado a participar na solução dos vários problemas detectados, através de uma atitude reflexiva sobre a sua prática profissional, convivendo com as diferenças comuns a qualquer equipe de trabalho, mas importantes ao debate sobre as práticas/conhecimentos que mobilizamos diariamente. A resolução de problemas em grupo possui vantagens inequívocas principalmente se esse grupo for constituído por elementos com diferentes experiências mas com objectivos comuns.

A Sessão de Formação é um conjunto de actividades que conduzem a um objectivo educacional que se pretende alcançar, devem ser realizadas de acordo com um plano estabelecido, chamado Plano de Sessão (PS). Nesse plano deve constar a ordem e a estruturação dos assuntos, o tempo previsto, os métodos e os meios a utilizar, assim como os aspectos relevantes (Mão-de-Ferro, 1999). Ainda de acordo com este autor as funções do Plano de Sessão são entre outros: Permitir uma apresentação ordenada; Ajudar o formador a ver a sessão por todos os prismas e servir-lhe de auxiliar no discurso; Indicar a lista dos auxiliares pedagógicos a utilizar e a ordem porque devem ser utilizados; Permitir dar coerência à sessão; Auxiliar na avaliação da estratégia escolhida quanto aos métodos e técnicas; Permitir o regresso à linha estabelecida quando há desvios.

Os objectivos devem ser definidos antes da formação e têm como função: Orientar o formando no sentido de saberem o que se pretende dele; Ajudar o formador a planear a formação tendo em atenção os conteúdos, as actividades (métodos e meios) e a avaliação da sessão. É através da avaliação da sessão, que analisamos até que ponto os objectivos foram atingidos, devendo esta ser realizada relativamente a cada sessão.

No dia 22-02-2011 às 16h fui informada pelo Núcleo de Formação, que a formação sobre hemorragia pós-parto agendada para o dia seguinte (23-02-2011), teria que ser adiada por motivos de saúde da prelectora. Nessa mesma tarde desloquei-me ao

departamento de formação, obtive a lista dos profissionais inscritos (30 enfermeiros e 1 médica) e pessoalmente informei telefonicamente, um a um da alteração da formação.

A formação sobre hemorragia pós-parto, para profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), foi finalmente efectuada no dia 16 de Março, tendo sido apresentados os seguintes temas: Diagnóstico, Prevenção, Tratamento e Papel do enfermeiro ESMO, com o objectivo de informar/sensibilizar os enfermeiros para a importância da gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto na prevenção da hemorragia pós-parto, sendo a exposição dos conteúdos acompanhada de uma participação activa do grupo.

Existem vários tipos de métodos pedagógicos: Método expositivo, em que o formador expõe os conteúdos e o formando tem um papel passivo; Método interrogativo, em que o formador exige participação do formando através de interrogações que podem ser abertas, fechadas e de escolha orientada; Método demonstrativo que é utilizado pelo formador para explicar a maneira correcta de executar uma determinada função; Método activo permite trazer para a formação a experiência pessoal (Mão-de-Ferro, 1999). Todos os métodos têm vantagens e desvantagens que o formador deve conhecer para seleccionar o método a utilizar. A formação realizada no dia 16 de Março, foi desenvolvida segundo o método expositivo, interrogativo e activo, uma vez que foram expostos determinados conceitos relativos à hemorragia pós-parto e solicitada a participação dos formandos através da apresentação e discussão de caso clínico, ao mesmo tempo que eram incentivados a justificar a escolha com a sua experiência pessoal e profissional (Anexo E).

O suporte educativo é um auxiliar de memória importante, nesse sentido, foi elaborado um folheto sobre a temática, com o objectivo de reforçar a informação transmitida na sessão e transportar a mensagem aos enfermeiros que não estiveram presentes na formação (Anexo F). Se este objectivo é alcançado, só o tempo o dirá, no imediato, a receptividade e o interesse demonstrado pelos colegas, tem ultrapassado as minhas expectativas.

5.2.2 Protocolo

Dos objectivos propostos a atingir com a intervenção de enfermagem fazem parte a divulgação do protocolo existente relativo à hemorragia pós-parto e a necessidade de

sensibilizar os profissionais para a necessidade da sua reformulação (Anexo G), no sentido de uniformizar critérios de actuação relativamente a este estadió do trabalho de parto.

A produção e a incorporação de novos conhecimentos nos cuidados ocorrem de forma tão rápida e em tal volume, que muitos países, especialmente aqueles com sistemas de saúde abrangentes, têm investido na elaboração e divulgação de protocolos clínicos.

Protocolos de conduta clínica são recomendações desenvolvidas por meio de revisão sistemática da literatura científica existente, para apoiar a decisão do profissional e do paciente sobre o cuidado mais apropriado, em relação às condutas preventivas, diagnósticas ou terapêuticas dirigidas para determinado assunto ou situação clínica. O facto da sistematização do conhecimento estar disponível, oferece um padrão de cuidados mais seguro e consistente do ponto de vista científico para determinado problema de saúde, contribuindo assim para a qualidade dos cuidados.

A falta de protocolos propicia a prática de diferentes condutas dentro de uma equipa de profissionais. Os protocolos uniformizam a prática e a informação que se pretende transmitir e só podem ser realizados tendo por base normas e critérios de qualidade. A existência de normas de procedimento e critérios de actuação contribuem para uma melhoria contínua dos cuidados prestados ao utente e família, um agir de forma uniformizada por parte dos enfermeiros, contribuindo para a prestação de cuidados com qualidade, que para Machado (2000) é um processo que visa atingir a excelência com base nas necessidades dos utentes.

Ao olhar para o passado da profissão constatamos que no final dos anos 70 e início dos anos 80, os serviços de saúde e, em particular, os serviços de enfermagem confrontavam-se com cortes orçamentais, um número reduzido de enfermeiros e consequentemente perda de qualidade nos cuidados prestados. Segundo Sale (1998), o Royal College of Nursing, preocupado com a situação, criou um grupo de trabalho para conceber formas de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido foram desenvolvidos dois documentos: o *Standards of Nursing Care* (1980) e o *Towards Standadts* (1981), com o objectivo de identificarem valores e uma filosofia subjacentes à prática de enfermagem. De acordo com Sale (1998), o conceito de normas e critérios constituem um conceito útil e conveniente para os enfermeiros, uma vez que a garantia de qualidade só acontece quando as falhas são identificadas na sequência de uma avaliação e são tomadas medidas que garantam a

mudança.

A elaboração do protocolo sobre hemorragia pós-parto, foi para mim um desafio porque procurei que ele fosse abrangente, ao incorporar conceitos, definições sobre o tema, condutas terapêuticas e prevenção o que me obrigou a efectuar uma revisão da literatura no sentido de fundamentar as condutas propostas com o rigor científico disponível.

5.2.3 Folhas de Registos

Os registos de enfermagem são a base da nossa prestação de cuidados, são uma forma de comunicação escrita, permitem a individualização de cuidados e consequentemente contribuem para a melhoria dos cuidados prestados (George, 2000). São essenciais, indispensáveis e devem reflectir a realidade diária do enfermeiro ESMO no contexto da sala de partos. Conscientes da importância dos registos de enfermagem, os enfermeiros da sala de partos da MAC, sentiram necessidade de reformular a folha de registos existente, uma vez que a actual não abrange todos os parâmetros que necessitamos registar.

Esta folha de registos revelou ser uma importante estratégia para a intervenção de enfermagem em curso, pelo que encetei contactos de sensibilização no sentido de se incluir o registo da hemorragia pós-parto, mais concretamente, a ocorrência de atonia e a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto, pois só o facto de ser necessário fazer o registo relativamente à conduta utilizada no 3.º estadio do trabalho de parto, permite ao enfermeiro assumir a sua escolha, ou a reformular a sua prática. A necessidade do registo da atonia, resulta de uma lacuna detectada aquando da pesquisa efectuada no serviço de estatística da MAC, ou seja, todas as causas de atonia ocorridas na sala de partos e que acabam por ser controladas por massagem uterina e por uterotónicos, sem recurso a outras intervenções médicas mais agressivas, neste momento não estão a ser contabilizadas. Este é um entre muitos outros motivos que justificaram a necessidade de substituição da folha de registos, uma vez que não dá resposta às necessidades de registo relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros durante o trabalho de parto. Nesta folha foi incluído também o partograma, porque o existente, projectado pelos médicos há mais de quinze anos, numa altura em que não era reconhecida aos enfermeiros ESMO competência para fazer a admissão da grávida, está desajustado relativamente às competências dos enfermeiros ESMO. Sendo esta uma importante forma de

comunicação escrita e de continuidade de cuidados, faz todo o sentido a sua alteração.

Esta folha de registos (Anexo H) foi apresentada à equipa de enfermagem, esteve sujeita a uma fase reformulação com vista à uniformização de critérios, de esclarecimento de dúvidas e reflexão, passou por uma fase de pré-teste e neste momento encontra-se no conselho de administração da MAC, mais propriamente com a Sr.^a enfermeira Directora, para aprovação.

5.3. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

Para que as estratégias sejam exequíveis é necessário primeiro determinar quais são os recursos necessários (físicos, humanos e materiais), confirmar a sua disponibilidade, adequar os recursos existentes e intervir de forma dinâmica e integrada.

Ainda que, aparentemente, não seja necessário injectar dinheiro para a sua concretização, a utilização de meios humanos e materiais para dar cumprimento a um determinado projecto, acarreta sempre alguns custos, pelo que é necessário ponderar sempre a relação custo/benefício, tendo em consideração o tempo disponível de modo a que a resposta seja atempada e adequada,

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados os recursos disponibilizados pela biblioteca da MAC, onde através do motor de busca da OVID, tenho acesso a bases de dados electrónicas como a PUBMED, biblioteca Cochrane e Medscape.

Para a consecução desta intervenção de enfermagem foram utilizados os recursos materiais existentes na sala de partos da MAC, nomeadamente: Quarto equipado com cama, cardiotocografo (CTG), mesa de apoio, ferros cirúrgicos, medicação nomeadamente: ocitocina e Soro fisiológico (0,9% de NaCL), bomba infusora, Esfignomanómetro, cadeira e material descartável variado. Do mesmo modo foi solicitada a colaboração dos recursos humanos disponíveis (equipa médica e de enfermagem) envolvidos no parto, assim como a enfermeira, chefe do serviço que foi uma mais-valia na divulgação, organização de acções de formação em serviço, disponibilizando salas e materiais para reuniões informais com a equipa de enfermagem, assim como na aplicabilidade do protocolo.

Para a realização da formação sobre hemorragia pós-parto, foi necessário previamente disponibilizar sala, tendo para esse efeito efectuado alguns contactos com a enfermeira responsável do departamento de formação, no sentido de ser disponibilizado o anfiteatro da MAC. Para os vários momentos de formação foi necessário disponibilizar meios informáticos tais como: computador; pen-drive e projector, impressora, consumíveis: toner e tinteiros, fotocópias, folhetos sobre medidas preventivas da hemorragia pós-parto e questionários que serviram como método de avaliação da sessão.

Do mesmo modo para as acções de formação em serviço, foram mobilizados vários profissionais, nomeadamente para apresentação do tema “Ocitocina no 3.º estadio do trabalho de parto”, para a elaboração do folheto sobre hemorragia pós-parto, para a análise estatística dos questionários referentes à avaliação da formação sobre hemorragia pós-parto e respectiva parte gráfica, para a divulgação das várias acções de formação efectuadas no serviço de urgência, assim como na disponibilidade de espaço físico para as mesmas. Considero o apoio psicológico como um importante recurso, deste modo, seria injusto não referir o apoio recebido ao longo deste processo, dos enfermeiros que constituem a minha equipa de enfermagem, os primeiros a serem “bombardeados” com informação referente à gestão activa, mas também os primeiros agentes de uma mudança, que se pretende que seja geral.

5.4. Cumprimento do Cronograma

A representação da sequência das actividades pode ser efectuada utilizando diversas representações gráficas como por exemplo, o cronograma, que segundo Frada (2000) é a antevisão e descrição de cada uma das fases da pesquisa, clarificando datas e períodos de tempo durante os quais se pensa concluir e apresentar os resultados do trabalho efectuado. Uma das vantagens da sua utilização é a calendarização de todas as actividades e a sua visualização em gráfico, informando-nos da sua distribuição no tempo e, durante a sua execução, do atraso e ou avanço existentes na sua realização. A sua maior dificuldade reside na discriminação das tarefas e na determinação de datas de início e fim em cada uma delas (Imperatori & Giraldes, 1993).

O cronograma permite a visualização gráfica das várias actividades a desenvolver num determinado tempo (dias semanas ou meses). Assim, nesta etapa, descrevi o

conjunto de actividades que irão, de acordo com as estratégias seleccionadas, contribuir para a concretização dos objectivos propostos, atribuindo à sua execução, um tempo previsto.

Este cronograma de actividades está sujeito a alterações, de acordo com novos elementos que possam surgir, podendo ser necessário efectuar reformulações de acordo com os resultados obtidos (Anexo I).

Ao fazer uma avaliação geral do cronograma, penso que o seu aperfeiçoamento foi uma constante ao longo da Intervenção de enfermagem, assim como a escolha das actividades implementadas estão de acordo com os objectivos delineados. As estratégias desenvolvidas, na minha opinião foram as adequadas, os recursos foram utilizados de forma eficaz, o tempo foi rentabilizado de modo a que os objectivos fossem alcançados em tempo útil, assim como foram accionadas as estratégias consideradas necessárias, tendo em conta as dificuldades que entretanto ocorreram.

Relativamente à execução das diferentes actividades seleccionadas, os prazos inicialmente projectados foram de uma forma geral cumpridos, no entanto, existiram algumas actividades efectuadas decorrentes de novas estratégias, inicialmente não projectadas, mas que foram realizadas em tempo útil, as quais passo a enunciar. Tive necessidade de efectuar pesquisa bibliográfica até ao fim do relatório, ou seja até Março, quando inicialmente estava projectada para ser efectuada só até Fevereiro, também as reuniões informais com Direcção Clínica do serviço de urgência, inicialmente projectadas para serem efectuadas até Dezembro foram prolongadas até Março, uma vez que a formação inicialmente programada para ser efectuada a 23 de Fevereiro, foi adiada para 16 de Março e até esse dia, foi necessário acertar alguns pormenores, assim como durante a elaboração do protocolo, foi necessário reunir tanto com a Directora do serviço como com a enfermeira chefe, uma vez que o protocolo apesar de ser para enfermeiros, contempla administrações terapêuticas que necessitam do aval médico.

Relativamente à formação profissional, inicialmente aquando da elaboração do cronograma não foi contemplado tempo para a preparação da sessão e elaboração do folheto, nesse sentido foram efectuadas algumas reuniões com a directora do serviço de urgência para informar e solicitar colaboração médica e, posteriormente com a prelectora, para preparar a sessão de formação e elaborar o folheto sobre hemorragia pós-parto entregue no final da mesma. Especialmente durante a elaboração do folheto por falta de tempo de ambas as partes, algumas das reuniões foram

substituídas por mensagens via correio electrónico. Outra das actividades inicialmente não projectadas, foi o tratamento estatístico relativo à avaliação do processo formativo.

Também não foram planeadas reuniões com a Comissão de Ética, no entanto, desde o mês de Dezembro, quando ocorreu a primeira reunião, até ao mês de Fevereiro, altura do último contacto informal, foram realizadas várias reuniões no sentido de informar sobre os objectivos do projecto de Intervenção de Enfermagem.

Outra das actividades inicialmente não projectada, mas que se revelou importante na divulgação, clarificação, informação, discussão activa e sensibilização dos enfermeiros para a importância da conduta activa durante o 3.º estadio do trabalho de parto como forma de prevenção da hemorragia pós-parto, reporta-se ao momento de passagem de turno, aproveitado para estimular uma saudável discussão sobre a temática em estudo.

6. Análise Reflexiva Sobre o Processo de Avaliação e Controlo

A avaliação é uma importante etapa deste processo de intervenção, uma vez que avalia o trabalho feito, deve por isso ser contínua e final, tanto dirigida aos procedimentos como aos resultados, uma vez que no decurso da intervenção os procedimentos foram sendo corrigidos, melhorados e ou alterados, final, porque é também a última etapa da intervenção e é através dela que vou avaliar os resultados obtidos, o que vai ao encontro da ideia expressa por Imperatori & Giraldes (1993), para estes autores a avaliação inclui sempre uma finalidade operacional que é corrigir ou melhorar, não é desligada do restante trabalho, mas encontra-se interligada. Pretende-se que após a sua concretização se consiga aperfeiçoar as intervenções e identificar insuficiências.

6.1. Avaliação dos Objectivos

As avaliações são momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido. Os questionários, as entrevistas, as discussões em grupo, são entre outros, formas de avaliação (Leite, Malpique & Santos, 1989). Uma das fases de avaliação implica avaliar a consecução dos objectivos, assim, cada objectivo deve ser analisado individualmente.

De acordo com Mager (1981), um objectivo é a descrição do um resultado que se pretende alcançar e que é reconhecido sem dificuldade quando ocorre. Foram estabelecidos objectivos realistas e existiu sempre o cuidado de realizar as intervenções que fossem ao encontro das necessidades do grupo e evitassem ir contra a cultura da organização.

Relativamente ao **primeiro** objectivo: *Aprofundar conhecimentos sobre o 3.º estadio do Trabalho de Parto*, recorri à pesquisa, leitura, análise e reflexão de textos e artigos de referência sobre esta temática, de forma constante ao longo de todo o trabalho, no sentido de perceber a fisiologia dos mecanismos associados ao 3.º estadio do trabalho de parto, compreender o porquê das várias práticas a ele

associadas e perceber a lógica da gestão activa neste estadio do trabalho de parto na prevenção da hemorragia pós-parto e que benefícios transporta para a utente.

Quanto ao **segundo** objectivo: “*Conhecer as atitudes/práticas dos enfermeiros ESMO do serviço de urgência da MAC relativas ao 3.º estadio do trabalho de parto*”, o facto de ser elaborado um questionário, permitiu recolher informação sobre os conhecimentos e práticas dos enfermeiros ESMO. Que mediante uma análise estatística descritiva, possibilitou não só descrever esta população, como também apontar as suas características (Fortin, 2009) e assim justificar a necessidade da intervenção de enfermagem, o que vai ao encontro da minha ideia inicial, uma vez que dez dos enfermeiros refere não conhecer o significado de gestão activa.

Tabela 3. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à questão “Sabe o que é a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto?”

Conhecimento sobre gestão activa do trabalho de parto	N	%
Sim	18	64,3
Não	10	35,7
Total	28	100,0

No entanto 19 enfermeiros, concordam total ou parcialmente com a afirmação de que a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto deve ser uma prática comum em todos os partos enquanto só 3 são indiferentes a esta questão e 6 discordam total ou parcialmente desta, quando na questão anterior, 10 referem não conhecer o significado de gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto.

Tabela 4. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à afirmação

“A gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto deve ser prática comum em todos os partos”

Gestão activa do trabalho de parto deve ser prática comum em todos os partos	N	%
Discordo totalmente	2	7,1
Discordo parcialmente	4	14,3
Indiferente	3	10,7
Concordo parcialmente	8	28,6
Concordo totalmente	11	39,3
Total	28	100,0

Outro aspecto importante é o conhecimento das directrizes recomendadas pela WHO/FIGO/ICM, para a prática do 3.º estadio do trabalho de parto e relativamente a este aspecto, pouco mais de metade das enfermeiras/os (16) refere conhecer, enquanto 12 destas/es admite desconhecer. Importa relembrar que, quando questionados sobre o conhecimento da gestão activa, 10 enfermeiros referem desconhecer o seu significado.

Tabela 5. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à questão

“Conhece as directrizes recomendadas pela OMS/FIGO/ICM”

Conhece as directrizes recomendadas pela OMS/FIGO/ICM	N	%
Sim	16	57,1
Não	12	42,9
Total	28	100,0

Quando analisamos os procedimentos relativos ao 3.º estadio do trabalho de parto, vemos que apenas 3 inquiridos referem que raramente ou nunca têm uma atitude expectante neste estadio do trabalho de parto e 9 admitem que só algumas vezes têm essa atitude, enquanto os restantes 16 dizem ter sempre ou quase sempre uma atitude expectante.

Tabela 6. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à questão “Durante o 3º estadio do trabalho de parto tem uma atitude expectante”

Atitude expectante durante o 3º estadio do trabalho de parto	N	%
Nunca	1	3,6
Raramente	2	7,1
Algumas vezes	9	32,1
Quase sempre	9	32,1
Sempre	7	25,0
Total	28	100,0

Quando questionados se fazem uma gestão activa, apenas 8 enfermeiras/os assumem que nunca ou quase nunca fazem uma gestão activa durante o 3.º estadio do trabalho de parto, enquanto 8 dizem fazer sempre ou quase sempre e 11 referem que só fazem gestão activa algumas vezes, 3 não respondem à pergunta.

Tabela 7. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à questão “Durante o 3º estadio do trabalho de parto faz uma gestão activa”

Faz uma gestão activa do trabalho de parto	N	%
Nunca	5	17,9
Raramente	3	10,7
Algumas vezes	11	39,3
Quase sempre	3	10,7
Sempre	5	17,9
Não responde	3	10,7
Total	28	100,0

A administração de ocitocina é consensual, uma vez que a maioria dos inquiridos (25) administra quase sempre ou sempre ocitocina durante o 3.º estadio do trabalho de parto.

Tabela 8. Distribuição dos inquiridos segundo as respostas à questão “Durante o 3º estadio do trabalho de parto administra ocitocina”

Administração de ocitocina no 3º estadio do trabalho de parto	N	%
Nunca	2	7,1
Raramente	0	0
Algumas vezes	1	3,6
Quase sempre	9	32,1
Sempre	16	57,1
Total	28	100,0

O mesmo já não acontece relativamente à perfusão contínua de ocitocina, onde se constata que 12 inquiridos param a perfusão antes da fase da dequitação, enquanto os restantes 16 mantêm a perfusão durante a fase mencionada.

Relativamente ao 3.º estadio do trabalho de parto, a generalidade da amostra estudada (20), admite ter sempre uma atitude expectante em relação à dequitação, ou seja, esperam sinais de descolamento espontâneo da placenta, enquanto 7 enfermeiros, admitem ter quase sempre esta atitude e apenas 1 elemento afirma nunca ter uma atitude expectante.

Tabela 9. Distribuição dos inquiridos segundo a respostas à questão “Espera sinais de descolamento espontâneo da placenta?”

Espera sinais de descolamento espontâneo da placenta	N	%
Nunca	1	3,6
Quase sempre	7	25,0
Sempre	20	71,4
Total	28	100,0

Relativamente à prática de tracção controlada do cordão umbilical constata-se que apenas 9 das/os inquiridos a fazem sempre ou quase sempre, enquanto a maioria (11) nunca a utiliza, 6 fazem-no algumas vezes e 2 raramente. Estes dados contradizem os

que estão atrás expostos, uma vez que ou tem uma atitude expectante ou tem uma conduta activa. Assim se 27 enfermeiros, referem que sempre ou quase sempre esperam sinais de descolamento, não podem ao mesmo tempo fazer tracção controlada do cordão, como vemos na próxima tabela, onde só 11 enfermeiros admitem nunca fazer, 2 só raramente e 6 algumas vezes.

Tabela 10. Distribuição dos inquiridos segundo a respostas à questão “Faz tracção controlada do cordão umbilical?”

Faz tracção controlada do cordão umbilical	N	%
Nunca	11	39,3
Raramente	2	7,1
Algumas vezes	6	21,4
Quase sempre	3	10,7
Sempre	6	21,4
Total	28	100,0

Considero que através da análise descritiva destes dados, se chega à conclusão de que apesar de 18 enfermeiros referirem saber o que é gestão activa, só 11 enfermeiros referem que a mesma deve ser usado em todos os partos. Quando analisadas as respostas relativamente aos procedimentos do 3.º estadio do trabalho de parto, só 1 enfermeiro admite nunca adoptar uma atitude expectante, enquanto 5 admitem fazer uma gestão activa, está resposta não é confirmada quando 20 enfermeiros assumem ter uma atitude expectante relativamente à dequitação e só 6 admitem fazer tracção controlada do cordão.

Estes dados levaram-me a analisar e determinar a existência de relações entre variáveis (Fortin, 2009), assim decidi estudar o que as enfermeiras/os dizem fazer, no 3.º estadio do trabalho de parto, com o que realmente fazem na prática, para isso utilizei o teste de correlação de Spearman². Não se verificam quaisquer correlações, estatisticamente significativas, entre as respostas dos inquiridos à questão “Faz gestão activa no 3.º estágio do trabalho de parto” e as respostas às questões: “Espera descolamento espontâneo da placenta”($r^2=-0,022$; N= 28; $p=0,912$), “Faz tracção

² A escala de medição das variáveis em causa é ordinal, logo o teste estatístico mais adequado é o teste de correlação de Spearman.

controlada do cordão umbilical” ($r^2=-0,090$; $N=28$; $p=0,656$) e “Faz massagem uterina” ($r^2=0,249$; $N=28$; $p=0,210$). Da análise destes resultados pode concluir-se que as práticas que as enfermeiras/os afirmam ter, relativamente ao método da gestão activa no 3.º estadio do trabalho de parto, não são, de uma forma geral, verificáveis na realidade, ou melhor, aquilo que a generalidade da amostra estudada refere fazer, parece não corresponder exactamente ao que efectivamente fazem na prática.

Tabela 11. Testes de correlação de Spearman à questão

“Faz gestão activa no 3º estadio do trabalho de parto” e as respostas às questões “Espera descolamento espontâneo da placenta?”, “Faz tracção controlada do cordão umbilical?” e “Faz massagem uterina?”

Correlação de Spearman entre os factores	r^2	p-value
Espera descolamento espontâneo da placenta	-0,022	0,912
Faz tracção controlada do cordão umbilical	-0,090	0,656
Faz massagem uterina	0,249	0,210

Estes motivos, permitem-me confirmar a ideia inicial de que existe confusão relativamente à diferença entre conduta activa e expectante, facto que justifica a necessidade de formação nesta área.

O **terceiro** objectivo: “*Divulgar protocolo sobre hemorragia pós-parto*”, pretendeu alertar os enfermeiros ESMO para a existência de protocolos relativos a esta temática e para a importância do seu conhecimento. Apesar do protocolo existente estar, na minha perspectiva, incompleto, ele não é conhecido por muitos nem cumprido pela maioria. No entanto, a discussão gerada em torno do mesmo, permitiu fundamentar a sua pertinência, assim como a necessidade de ser elaborado novo protocolo, sendo para tal redigido novo documento rigoroso, claro e de fácil utilização, sobre hemorragia pós-parto (Anexo G) onde a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto está definida e fundamentada. Pretendi com este documento, persuadir a sua incorporação na assistência à mulher grávida durante o 3.º estadio do trabalho de parto e, através de uma abordagem adequada, encorajar a equipa não só a inclui-lo nos cuidados, como de uma forma reflectida, ser objecto de revisão a médio prazo.

O protocolo depois de corrigido, foi avaliado pela enfermeira chefe e enviado para a direcção de enfermagem para publicação. Inicialmente o objectivo foi elaborar um protocolo unicamente para consulta dos enfermeiros, porque a MAC é um hospital onde a multidisciplinaridade na elaboração de protocolos praticamente não existe e o domínio médico e a burocracia a ele associado ainda é muito grande, no entanto em concordância com a enfermeira chefe, foi dado conhecimento aos restantes elementos da direcção clínica do serviço de urgência da sua elaboração, sendo feita a sugestão de se conjugar esforços e, em equipa, ser avaliado o trabalho já feito, sendo para isso necessário nomear, pelo menos, mais um profissional para se proceder às alterações necessárias para que, numa lógica de complementaridade entre os diversos elementos da equipa (médico e enfermeiro), possa existir um protocolo sobre hemorragia pós-parto. A sugestão foi aceite e neste momento, aguardo que sejam nomeados os profissionais que irão trabalhar nesse sentido.

Quarto objectivo: *“Realizar formação em serviço sobre Gestão activa do 3.º estadio do Trabalho de Parto”* Sendo a formação uma forma privilegiada de aprendizagem, capaz de desenvolver, aprofundar e disseminar conhecimentos que promovem o desenvolvimento de novas capacidades que se reflectem na melhoria dos cuidados prestados, foi iniciado um processo de sensibilização dos profissionais para a necessidade de rever práticas e uniformizar a gestão deste estadio do trabalho de parto, complementado com o curso de hemorragia pós-parto que abordou o tema da hemorragia pós-parto de uma forma geral e efectuadas acções de formação sobre esta temática, onde a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto foi abordada de uma forma particular.

A formação decorreu com sucesso no dia 16 de Março, com recurso a técnicas expositivas e participativas, centradas nos diversos pontos do programa: Diagnóstico; Prevenção, Tratamento e Papel do enfermeiro ESMO, uma vez que em todos os temas apresentados foi dado espaço à participação, reflexão e discussão de práticas, alargada aos enfermeiros participantes (Anexo E).

A Formação iniciou às 08:45 e foi dada como finalizada às 11:00 horas. Depois de exposto o tema, foi descrito um caso clínico e solicitada a participação da assistência na escolha das condutas mais adequadas, de acordo com as várias hipóteses colocadas. Todos os profissionais participaram activamente na sessão, discutindo e questionando de forma enérgica a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto,

enquanto prática baseada na evidência e, como tal, prática corrente em todos os partos pela sua importância na prevenção da hemorragia pós-parto.

A avaliação da formação faz parte integrante do processo formativo e tem a finalidade de validar os conhecimentos adquiridos e/ou desenvolvidos pelos formandos, pelo que a estratégia de avaliação inclui a aplicação de um instrumento/grelha de avaliação formativa, em dois momentos, antes e após a sessão (Anexo J). A análise e interpretação dos dados obtidos, constituem também um dos elementos de validação do próprio processo formativo (Anexo L).

Estiveram presentes na formação 20 profissionais de saúde, nomeadamente: 10 enfermeiros ESMO e 5 médicos internos da especialidade de Obstetrícia.

Dezoito dos vinte profissionais presentes, portanto a grande maioria, refere conhecerem o significado de gestão activa do 3.º estadio do trabalho e que esta deve ser prática frequente em todos os partos. Quando questionados sobre se conhece o significado das directrizes da WHO/FIGO/ICM, 13 expressam conhecer, enquanto 7 confirmam desconhecer as directrizes. O número de profissionais que admite ter no 3.º estadio uma conduta activa é de 16, enquanto 4 admitem ter uma conduta expectante. Quando questionados sobre a forma como administra a ocitocina, a totalidade dos presentes (20), admite administrar a ocitocina IM quando não tem acesso venoso periférico, enquanto 18 mencionam administrar a ocitocina em perfusão e 2 admitem administrar em bólus. Quando interrogados sobre a sua prática habitual durante o 3.º estadio do trabalho de parto, 16 referem ter uma conduta activa, enquanto 4 uma conduta expectante. A totalidade dos presentes (20,) refere que faz uma massagem uterina após a dequitação.

Não é possível fazer uma comparação entre os dados recolhidos na formação e os recolhidos anteriormente durante o mês de Janeiro por questionário, principalmente no concernente às práticas, porque são dois grupos diferentes. No entanto, o facto de dezoito participantes referir conhecer o significado de gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto e que esta deve ser prática frequente em todos os partos, já é um factor positivo. O facto de 4 participantes referir ter uma conduta expectante e, 7 não conhecer as directrizes da WHO; FIGO e ICM, mostra que ainda existe trabalho a fazer e que apenas foi dado um pequeno passo para a mudança pretendida.

Quando solicitados no final da formação a assinalar as questões sobre as quais mudou de opinião, 4 formandos assinalaram a 3.ª pergunta, 2 formandos a 7.ª pergunta e 2 apontaram a 6.ª pergunta, concretamente a administração em bólus.

Relativamente à avaliação da sessão de formação (Anexo M), quando questionados se a formação correspondeu às expectativas, numa escala de 1 a 4, respectivamente: Nada; Em parte; Muito; Totalmente, dezasseis indicam que correspondeu totalmente as suas expectativas, três que corresponderam muito e um em parte. Relativamente à relevância dos temas, à utilidade da formação e ao conteúdo da sessão, a totalidade dos profissionais (vinte) situou-se no Muito Satisfeito. Quanto ao grau de satisfação relativo à sessão, dezoito consideraram-se muito satisfeitos, enquanto dois satisfeitos. A formação forneceu-me um “feedback” positivo, do trabalho já desenvolvido, esta aparentemente já é uma temática conhecida pela maioria dos enfermeiros ESMO, denota-se que já houve reflexão e alguma pesquisa, houve debate, no entanto em alguns momentos, ainda se observou uma certa resistência da parte de alguns enfermeiros, o que demonstra que o trabalho está iniciado, mas não terminado. Gostaria ainda de referir que fui contactada no fim da sessão por duas enfermeiras do puerpério, que manifestaram interesse em desenvolver um protocolo sobre hemorragia pós-parto no serviço de Puérperas I, tendo para isso solicitado o meu apoio.

Além destes momentos formativos, por solicitação de alguns enfermeiros do serviço de urgência, apresentei durante o mês de Março o tema “Gestão Activa do 3.º estadio do trabalho de parto”, foram momentos essencialmente de reflexão, partilha e debate sobre o tema.

O balanço que faço relativo a este objectivo é positivo, uma vez que através de uma gestão que eu considero ter sido adequada, os recursos humanos foram mobilizados e optimizados, foram aprofundados conhecimentos e implementadas algumas mudanças a curto prazo, sendo exemplo disso a reformulação da folha de registos de enfermagem, uma vez que ao conseguir elaborar um documento de registo uniformizado, relativo ao trabalho de parto e parto, depois de ser objecto de participação de todos os enfermeiros do serviço de urgência, envolveu e sensibilizou também os enfermeiros para a importância da prevenção da hemorragia pós-parto, assim como a introdução do registo mais pormenorizado das perdas sanguíneas e das causas, contribuiu para uma mudança, uma vez que neste momento, os casos de hemorragia pós-parto ocorridos e controlados na sala de partos, através da instituição precoce de medidas gerais dirigidas às causas da hemorragia pós-parto, não são contabilizados para efeitos estatísticos. Esta intervenção contribuiu para corrigir falhas de registo, na detecção, correcção, assim como na sensibilização dos

enfermeiros ESMO para a necessidade de uma mudança de práticas, assentes na evidência científica, com repercussões futuras.

O **quinto** objectivo pretendeu: “*promover momentos de reflexão e discussão no seio da equipa de enfermagem*” e nesse sentido, ao longo de todo o trabalho foram criados momentos de reflexão sobre o caminho percorrido, o trabalho efectuado foi muitas vezes questionado e criticado, mas foram estes momentos de reflexão e discussão que não só facultaram a avaliação do trabalho efectuado, como ajudaram a ponderar sobre as actividades a efectuar, apesar de não projectadas, mas que entretanto foram consideradas pertinentes para o objectivo da intervenção de enfermagem. De salientar que em todo este processo de auto-reflexão, foi importante o papel do orientador no desenvolvimento de um olhar mais crítico sobre o caminho percorrido, que permitiu aperfeiçoar em tempo útil os procedimentos de uma forma continuada, exemplo disso foi o aproveitamento da passagem de turno para desenvolver a capacidade de reflexão sobre a nossa prática. Ao serem discutidos casos práticos, foram mobilizados conhecimentos e sensibilizados os enfermeiros sobre a importância da gestão activa na prevenção da hemorragia pós-parto, apesar do momento de passagem de turno ser formal, foi aproveitado para difundir informação, pertinente sobre o tema, assim como foram utilizadas muitas ocasiões mais informais para disseminar a informação, embora de uma forma mais selectiva. Considerei a referência de Chiavenato (1999), que aponta que o obstáculo à mudança é influenciado pela natureza do grupo, por isso utilizei o grupo, como instrumento, ou seja como fonte de influência sobre os pares e como agentes dessa mudança, ao estimular a consciência da necessidade de mudança.

Penso que este objectivo foi alcançado, uma vez que de uma forma geral consegui disseminar a informação por todos os envolvidos. A hemorragia pós-parto, a gestão activa e a importância desta no contexto do nosso país tendo em conta os números, passou a ser tema de discussão activa entre os enfermeiros ESMO do serviço de urgência da MAC, tendo alguns enfermeiros referido desconhecer que a hemorragia pós-parto era a principal causa de morte também nos países desenvolvidos.

Neste momento os enfermeiros ESMO que ainda não adoptaram uma conduta activa no 3.º estadio do trabalho de parto, estão num processo de análise e reflexão. Espero também que associado a esta prática reflexiva possa ocorrer mudança de práticas durante o 3.º estadio do trabalho de parto e que em consequência do trabalho

efectuado, a prática dos diversos profissionais, seja mais homogénea e de acordo com as últimas *guidelines* conhecidas para este estadió do trabalho de parto.

Nesta intervenção de enfermagem foram descritas as recomendações da WHO/FIGO/ICM para a prevenção da hemorragia pós-parto, foram assinaladas as fragilidades e as dificuldades encontradas no seio da equipa de enfermeiros ESMO do serviço de urgência da MAC, relativamente à sua prática durante o 3.º estadió, foram accionadas as estratégias que no imediato, me pareceram as adequadas a uma sensibilização da equipa de enfermagem, para a necessidade de mudança de práticas, das quais saliento: os vários momentos de formação formal e informal; a elaboração de protocolo sobre hemorragia pós-parto, que pretendeu informar sobre as causas, medidas gerais, terapêutica e medidas de prevenção; a colaboração na elaboração da folha de registos com vista à sua uniformização; o envolvimento da equipa de enfermagem ESMO na reflexão e discussão de estratégias de cuidados no 3.º estadió do trabalho de parto, com vista à mudança de práticas.

A qualidade em saúde está relacionada com a assistência prestada ao utente e neste caso particular, estando a MAC a iniciar o processo de certificação a que está obrigada, estão a ser planeadas auditorias às práticas dos enfermeiros, pelo que espero que o impacto desta intervenção de enfermagem na abordagem da prevenção da hemorragia pós-parto, patenteie um maior envolvimento da equipa de enfermagem relativamente aos cuidados prestados, na partilha de conhecimentos e na consolidação de boas práticas numa procura continuada pela excelência dos cuidados durante o trabalho de parto e parto.

Devido ao factor tempo, não foram estabelecidas datas para efectuar uma avaliação intermédia, assim, além da avaliação contínua efectuada e da nomeação da equipa que vai a médio prazo efectuar a revisão do protocolo da hemorragia pós-parto, não estão definidos no imediato, momentos de avaliação às práticas dos enfermeiros, estando os mesmos projectados para o mês de Julho de 2011, onde, na sequência de um trabalho de investigação alargado envolvendo todos os profissionais relevantes, pretendo através da aplicação prévia de questionário, confirmar de forma particular a existência ou não de mudanças, assim como a homogeneidade das práticas entre a equipa multidisciplinar e de forma mais alargada, conhecer as práticas dos profissionais das grandes maternidades da cidade de Lisboa: MAC, St.^a Maria, S. Francisco de Xavier e D. Estefânia, para se perceberem as diferenças entre cada um.

O que vai ao encontro do que é referido por Câmara, Rodrigues (2003), que só algum tempo depois da formação deverá ser efectuada uma pré-avaliação dos resultados da formação, verificando até que ponto os objectivos previamente definidos foram ou não alcançados e avaliar se as necessidades previamente detectadas foram, ou não, atingidas.

7. **Análise Reflexiva Sobre Competências Mobilizadas e Adquiridas**

Este trabalho parte da existência de algumas dúvidas, acerca dos cuidados prestados durante o 3.º estadio do trabalho de parto. Ao longo da sua elaboração tive que desenvolver de forma rápida e enérgica, competências de pesquisa nas várias bases de dados acessíveis. Como resultado dessa pesquisa foram identificados na literatura revista, vários estudos sobre a temática do 3.º estadio do trabalho de parto, no entanto, cedo aprendi que a busca do saber exige prudência, é um trabalho que nunca está terminado, porque o conhecimento científico presente nas fontes bibliográficas, está sujeito a um processo de desactualização, que confesso foi de difícil contorno devido ao factor tempo. Apesar de estar neste momento na recta final desta intervenção de enfermagem, gostaria de destacar dois trabalhos publicados no *Clinical Obstetrics and Gynecology*, só agora consultados, pois a revisão bibliográfica mantêm-se. Rajan & Wing (2010), salientam que a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto desempenha um importante factor na prevenção da hemorragia pós-parto, as duas condutas expectante e activa foram comparadas numa revisão Cochrane, sendo evidenciada a redução do risco de hemorragia puerperal grave na conduta activa, assim como a redução da necessidade de uso complementar de uterotónico, quando realizada ocitocina profilática, durante ou após o parto (Abalos, 2007; Prendiville, Elbourne, & McDonald, 2007).

Da reflexão produzida sobre o caminho já percorrido, ao longo desta intervenção em enfermagem, desde a escolha da temática, passando pela pesquisa efectuada, as estratégias delineadas, aos contactos efectuados, fica a convicção de que este caminho não foi percorrido com o propósito de compilar uma colectânea sobre hemorragia pós-parto, mas contribuir para um aprofundar da reflexão sobre os cuidados que prestamos, diariamente. Enquanto enfermeiro ESMO, adquiri na minha formação, qualificações imprescindíveis para exercer a profissão de forma responsável. O conhecimento adquirido foi um factor essencial ao meu

desenvolvimento, um recurso valioso, mas não podemos ficar estáticos, o conhecimento obtido na formação académica é apenas o começo, é necessário manter um constante movimento entre a acção e a reflexão, para saber aplicar e integrar os conhecimentos nas diversas situações, porque os desafios são uma constante da profissão. Para Boterf (2005), as qualificações são um conjunto de conhecimentos que vão evoluindo através da formação profissional. Ainda para este autor ser competente é agir com autonomia, é estar preparado para reintegrar as suas competências noutros contextos, é saber decidir, mediar, negociar, inovar, assumir responsabilidades, saber fazer escolhas.

De acordo com Craig & Smyth (2004), o enfermeiro tem a responsabilidade de ao longo da sua prática, desenvolver os conhecimentos sobre os cuidados de saúde de modo a aperfeiçoar as suas competências. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), o enfermeiro ESMO, possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades traduzido num conjunto de competências clínicas especializadas, que mobiliza no âmbito da prática clínica e lhe permite avaliar as necessidades de saúde do grupo-alvo bem como actuar em todos os contextos de vida das pessoas aos três níveis de prevenção.

De acordo com Patrícia Benner (2001), para se alcançar o nível de perito a enfermeira deve percorrer cinco níveis de aquisição de conhecimentos: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Neste contexto a competência profissional não é só um processo de crescimento e desenvolvimento profissional, é possuir os conhecimentos e as capacidades exigidas pela profissão, num processo individual a ser desenvolvido e melhorado, com vista à excelência.

Ao longo da intervenção, além das competências inerentes ao parto, foram mobilizadas e adquiridas várias competências, a começar pelas tecnológicas. A necessidade de pesquisa nas diversas bases de dados on-line e a selecção de artigos, foi no início do processo, tudo menos criteriosa e depressa me encontrei “atuhlada” de artigos, sem interesse para a temática em estudo, a resposta a este problema, teve que ser rápida e eficiente.

A sensibilização dos pares foi uma tarefa dificultada pela verbalização constante do “eu sei”, “eu aprendi assim”, “sempre fiz assim”, sendo necessário desenvolver competências de comunicação, de interacção, sensibilização e de persuasão, esta não tem sido uma tarefa fácil, nem está concluída, uma vez que ainda há muito trabalho a fazer principalmente na manutenção das conquistas já obtidas, no entanto este

mobilizar de competências, facilitaram o meu crescimento profissional e enquanto pessoa nesta relação interpessoal.

A reflexão (auto reflexão e reflexão em grupo), é um aspecto que conhecemos bem na teoria, mas que raramente desenvolvemos no nosso dia-a-dia. Facilmente reflectimos sobre os erros dos outros, mas raramente fazemos uma auto-reflexão, importante para uma base de mudança de atitude, correcção de práticas e construção de saber. Esta competência foi desenvolvida ao longo deste processo, principalmente porque enquanto elemento da equipa, tive de actuar como agente de mudança, onde a argumentação face à resistência da mudança, foi uma ferramenta utilizada e desenvolvida.

Não há nenhuma “palavra mágica”, que se possa usar quando se pretende motivar um grupo muitas vezes sobrecarregado fisicamente, devido ao ritmo de trabalho e desmotivado relativamente à carreira do enfermeiro ESMO, não é tarefa fácil, principalmente quando nós próprios de certa forma nos encontramos desiludidos. A desmotivação dos enfermeiros, esteve presente ao longo desta intervenção de enfermagem, tornando-se difícil encontrar argumentos de motivação quando os vencimentos são reduzidos e o desânimo e a revolta são grandes, mas é nestes momentos que surgem talentos/habilidades e energias que desconhecemos, mas que nos permitem comunicar, negociar, intervir, divulgar informação e usar técnicas que nos facilitam a introdução paulatina de mudanças de sucesso, a começar pela nossa própria equipa de enfermagem.

Foi elaborado um folheto sobre hemorragia pós-parto, onde o envolvimento pessoal e profissional de todos os elementos da minha equipa de enfermagem e da Dr.^a Catarina Júlio (Interna do 6.º ano de Obstetrícia), foi uma mais-valia. A avaliação de estratégias, no sentido de mobilizar o grupo para as evidências referentes à importância da gestão activa no 3.º estadio do trabalho de parto, na prevenção da hemorragia pós-parto, foi outra competência mobilizada e aperfeiçoada, assim como na avaliação dos resultados alcançados ao longo de todas as fases do processo formativo, aferindo se as necessidades previamente detectadas foram, ou não, atingidas.

Outras das competências desenvolvidas foi o tratamento estatístico dos dados relativos aos questionários aplicados aos enfermeiros, confesso que não foi tarefa fácil, uma vez que a minha experiência situa-se nos métodos qualitativos, foi necessário mobilizar alguns colegas, tendo sido precioso o apoio de várias pessoas.

Este é um trabalho começado, mas que está longe de ter um fim, sei que toda a mudança constitui uma ameaça à familiaridade (Craig & Smyth, 2004) e que as estratégias, accionadas na base desta intervenção de enfermagem, só produzirão as mudanças esperadas, se forem utilizados como base de trabalho a análise e a reflexão, que na concordância ou discordância sobre as perspectivas de cada um, possam emergir novos enfoques de acordo com a evidência produzida e nesse sentido a criação de uma equipa multidisciplinar para a elaboração de um trabalho de investigação, serão certamente uma mais-valia, assim como a manutenção desta temática na formação contínua e em serviço, envolvendo outros elementos do grupo. Esta intervenção de enfermagem, não está terminada, é necessário continuar o trabalho de suporte, motivação, persuasão e de envolvimento dos profissionais com vista à mudança.

Considerações Finais

Um longo caminho foi percorrido desde que surgiram as primeiras ideias e reflexões, sobre o que tema a tratar, que viria a constituir esta intervenção de enfermagem. Parti com a ideia que o mesmo poderia trazer contributos céleres de mudança na sala de partos da MAC, o local onde exerço funções, depressa cheguei à conclusão que a mudança de práticas é lenta, no entanto, penso que o trabalho realizado, possibilitou uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, importante num processo de mudança e veio trazer subsídios úteis que vão contribuir para um exercício de excelência durante o trabalho de parto e parto.

A reflexão permite a pesquisa que conseqüentemente nos leva ao crescimento e à gestão do melhor modo de implementar a necessária mudança da acção. Reflectir sobre a prática, significa o reconhecimento de que o processo de aprendizagem se prolonga na, com e pela prática, tornando consciente alguns saberes enquanto outros são adquiridos.

A pesquisa bibliográfica, efectuada, forneceu uma vasta informação sobre os conceitos: hemorragia pós-parto; 3.º estadio do trabalho de parto; gestão activa e conduta expectante, fundamentais para uma revisão e um questionar da prática, que se pretende que seja constante, para que as decisões tomadas sejam baseadas na evidência disponível (Craig & Smyth, 2004) e aplicadas na prática quotidiana.

Com o objectivo de conhecer a prática dos enfermeiros ESMO do serviço de urgência da MAC, foi aplicado um questionário a 28 enfermeiros ESMO, que entre os meses de Janeiro/Fevereiro de 2011 prestaram cuidados especializados à mulher grávida/parturiente, durante os quatro estadios do trabalho de parto nesta instituição. A análise desses resultados, confirmou que as práticas que os enfermeiros afirmam ter, relativamente ao 3.º estadio do trabalho de parto e mais concretamente à gestão activa, não são, de uma forma geral, confirmados na realidade, ou melhor, aquilo que a generalidade da amostra estudada refere fazer, parece não corresponder exactamente ao que efectivamente fazem na prática. O que justificou a necessidade desta intervenção de enfermagem, assim como a necessidade de sensibilizar os

enfermeiros ESMO para a importância da gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto como medida de prevenção da hemorragia pós-parto.

Consequente à intervenção de enfermagem, os enfermeiros ficaram sensibilizados para a necessidade de rever e questionar a sua prática de uma forma continuada, assim como para a necessidade de que, sempre que necessário devem ser tomadas decisões baseadas na evidência científica. O facto de este aspecto ter sido debatido e questionado antes da formação, foi fundamental para uma participação activa, informada e esclarecedora, tendo esta sido importante no esclarecimento de muitas das dúvidas existentes sobre a temática.

Certa de que a gestão activa do 3.º estadio do trabalho de parto é uma prática baseada em evidências científicas, importante na prevenção da hemorragia pós-parto, foram desenvolvidas estratégias no sentido de se alcançarem os objectivos propostos. Foi efectuada formação sobre hemorragia pós-parto e gestão activa, porque acredito que este é o caminho para a aquisição de competências, mudança de atitudes e comportamentos, que se irão reflectir na qualidade dos cuidados prestados. Foi elaborado um protocolo sobre hemorragia pós-parto, onde foram registadas informações sobre as causas, medidas gerais perante uma hemorragia pós-parto, terapêutica e medidas de prevenção, com o objectivo de uniformizar as práticas e diminuir os riscos de complicações resultantes da hemorragia pós-parto. Foi elaborada uma folha de registos de enfermagem para a sala de partos, onde além dos registos referentes ao trabalho de parto e parto, constam registos referentes à hemorragia pós-parto: causas, classificação e gestão activa no 3.º estadio, no sentido de uniformizar e promover a melhoria da qualidade dos cuidados, tendo a equipa de enfermagem ESMO sido envolvida e motivada para reflectir e discutir estratégias de cuidados no 3.º estadio do trabalho de parto, assim como para uma mudança de práticas, apesar da resistência à mudança ser grande.

Embora os enfermeiros generalistas não estivessem incluídos na população a atingir com esta intervenção de enfermagem, indirectamente, estes acabaram por ser abrangidos, uma vez que assistiram à formação sobre hemorragia pós-parto, gestão activa e administração da ocitocina no 3.º estadio do trabalho de parto.

Este relatório é como um quadro inacabado, um rascunho do muito que ainda à para fazer nesta área. As estratégias delineadas conduziram a resultados com implicações para a prática dos enfermeiros do serviço de urgência da MAC, particularmente durante o 3.º estadio do trabalho de parto. Com a formação contínua, o conhecimento

foi actualizado e acessível, no sentido de fomentar a manutenção do desenvolvimento alcançado, pelo que é minha intenção não só aprofundar esta temática, como encetar esforços no sentido de manter um plano de formação anual, onde além do reforço da importância da gestão activa no 3.º estadio do trabalho de parto, será importante estender a formação às medidas gerais imediatas e nesse sentido pretendo em conjunto com a formadora elaborar um plano de acção (*check-list*), perante a hemorragia pós-parto.

A sensibilização e a reflexão da prática iniciada com esta intervenção de enfermagem, devem ser exploradas, numa abordagem interrogativa, importante e geradora de mudanças, mas persistente, porque os obstáculos são muitos, desde a falta de motivação pessoal ou institucional, passando pela escassez de recursos humanos, desgaste físico e intelectual, consequência da falta de tempo, sobrecarga horária e escassez de recursos económicos, pois as formações e congressos são cada vez mais dispendiosos e acima de tudo devido à resistência à mudança.

Através de nova aplicação do questionário, aos profissionais do serviço de urgência da MAC a médio prazo, pretendo confirmar de forma particular a existência ou não de mudanças, assim como a homogeneidade das práticas entre a equipa multidisciplinar. Assim como realizar um trabalho de investigação, no sentido de conhecer as práticas dos profissionais das grandes maternidades da cidade de Lisboa: MAC, St.ª Maria, S. Francisco de Xavier e D. Estefânia, relativamente ao 3.º estadio do trabalho de parto.

No finalizar deste trabalho não posso deixar de salientar que a existência de técnicas ou tecnologias específicas, mais ou menos complicadas, não são por si só, suficientes para proporcionar uma vivência de parto satisfatória, no entanto, uma assistência pautada pela eficácia, eficiência, pelo profissionalismo e pela relação que se estabelece entre a grávida/parturiente e a enfermeira, na base de um clima de confiança, necessário ao desenvolvimento de uma relação terapêutica (Lopes, 2006), é fundamental para um cuidado que se pretende que seja de excelência e de uma experiência positiva, num momento tão importante para a tríade (Frias, 2009). Estes aspectos farão a diferença num cuidar que se pretende que seja, não só técnico, mas interactivo (Tanganho, Custódia, Araújo, Catarina & Brito, Lília, 2008).

Referências

- Abalos, E. (2007). *Active management of the third stage of labour: RHL commentary The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization.
- Adu-Krow, W., Brown, H., Carroli, G., Garner, P., Grimshaw, J. Gülmezoglu, M., Hofmeyr, J., Kaptiningsih, A., Lazdane, G., Langer, A., Lesikel, T., Lugina, H., Lumbiganon, P., El-Din H., Mohamed, H., Oxman, A. & Smith, H. (2004) WHO Evidenced-led obstetric care. Report of a WHO meeting. Geneva. Consultado em 10-01- 2011, a partir de http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_RHR_05.14.pdf
- Almeida, F. (2004). *A Gestão de Recursos Humanos. In: Vida Económica. Introdução à Gestão de Organizações*. Companhia Editora do Minho, VI, 263-326
- Almeida, C. (1983). Subsídios para a História da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Lisboa: Edição da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.
- American Psychological Association (2006). *Manual de Estilo da APA Regras Básicas*. Porto Alegre. Editora: Artmed.
- Al-Zirqi I., Vangen S., Forsén L. & Stray-Pedersen B. (2009). Effects of onset of labor and mode of delivery on severe postpartum hemorrhage. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 201, 273.
- Amiguiño, A. (1992). *Viver a formação, Construir a mudança*. Lisboa: Educa.
- Angela Humphrey & Jane T. (2001). Postpartum hemorrhage College of Obstetricians and Gynecologists ACOG. *Charlotte, North Carolina American* 76, 1039–1047.
- Aquilano, N., Chase R. & Jacobs R. (2006). *Administração da produção e Operações para Vantagens Competitivas*. (11.ª ed.) McGraw-Hill Interamericana
- Bagley C. A (1990). Comparison of ‘active’ and ‘physiological’ management of the third stage of labour. *Midwifery*. 6, 3-17.
- Barbault, J. (1990). *O nascimento através dos tempos e dos povos*. Mem Martins: Terramar Editores.
- Base de Dados Portugal Contemporâneo Pordata (2011). Taxa Mortalidade Materna. Consultado a 20-05- 2011 a partir de: http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4

- Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Begley, M., Gyte, G., Murphy, J., Devane, D., McDonald, .S. & McGuire W. (2010). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Consultado a 20-02-2011, a partir de <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD007412/frame.html>
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bezerra, M., Cardoso, M. (2006). Factores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.14, n.3, 414-421. Texto consultado em 07-03-2011 a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000300016&lng=en&nrm=iso.
- Biscaia, J. (2002). Nacer no Hospital. *Servir*, vol. 50, 69-74.
- B-Lynch C., Keith L., Lalonde A. & Karoshi M. (2006). *A Textbook of Post Partum Hemorrhage: A Comprehensive Guide to Evaluation, Management, and Surgical Intervention*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers. Disponível online a partir de http://www.sapienspublishing.com/pph_pdf/PPH.pdf
- Brazelton, B., Cramer, B. (2004). *A Relação mais Precoce*. Lisboa: Terramar.
- Burke C. (2010). Active Versus Expectant Management of the Third Stage of Labor and Implementation of a Protocol. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 24, 215-228.
- Burnard, P. (2002). *Learning Human Skills: An Experiential and Reflective Guide for Nurses and Health Care Professionals*. (4.^a ed.). Consultado a 22-01-2011 a partir de http://books.google.pt/books?id=j0xF2EXwLeYC&printsec=frontcover&dq=Learning+Human+Skills:+An+Experiential+and+Reflective+Guide+for+Nurses+and+Health+Care+Professionals.&source=bl&ots=DK1RsZ76w1&sig=jEgUAqqRjrtYbCfNMq5esr8yn_g&hl=pt
- Camano, L. (2002). *Assistência ao Parto e Tocurgia. Manual de Orientação*. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e obstetrícia. São Paulo.
- Camara P., Guerra P. & Rodrigues, J. (2003). *Humanator – Recursos Humanos & sucessos empresariais*. (5.^a ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote. 423 – 426.
- Carneiro, M. (1995). O percurso Profissional. *Nursing*, n.º23, 9-15.

- Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Chiavenato, I. (1999). *Administração nos novos tempos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Chiavenato, I. (2002). *Recursos Humanos*. São Paulo: Editora Atlas.
- CIPE-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2006) versão 1.0, Lisboa: ordem dos enfermeiros. (Obra original em inglês publicada em 2005).
- Coelho, C. (2000). *Proposta pedagógica: o campo de acção*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Collier, M. (1999). *Promover a vida*. Lidel- edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CEE - Comunidade Económica Europeia (1980). Directiva 80/154/CEE do conselho, de 21 de Janeiro (Jornal Oficial n.º L 33/1 (11-02-1980). Consultado a 27-01-2011, em: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0154:PT:HTM>
- CEE - Comunidade Económica Europeia (1980). Directiva 80/155/CEE do conselho, de 21 de Janeiro (Jornal Oficial n.º L 33/1 (11-02-1980). Consultado a 27-01-2011, em: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0154:PT:HTM>
- Costa, M. & Costa, C. (1997). Formação em Serviço: mitos e realidades. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau. 44-46.
- Cormick, M. Sanghvi, H., Kinzie B. & Intosh, N. (2002). Averting maternal death and disability Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 77, 267-275
- Couto, G. (2002). *Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- Couto, G. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Ribeirão Preto, 14. Consultado em 06 de Março, 2011, a partir de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a07.pdf>
- Cochranne, A. L. (1971). *Effectiveness and Efficiency. Random reflections on health services*. The Royal Society of Medicine Press, Limited. Consultado a 20 de Dezembro, 2010, a partir de http://www.amazon.com/Effectiveness-Efficiency-Random-Reflections-Services/dp/185315394X#reader_185315394X

- Cunha, M. (2002). Profile of post delivery assisted at a maternity state of Rio Branco. *Brazilian Journal of Nursing OBJN Brazil*. Texto consultado online em 06-01-2011 a partir de <http://www.uff.br/nepae/siteantigo/objn101cunhaetal.htm>
- Cunningham, G., Gant, N., Leveno, K., Gilstrap, G., Hauth, J. & Wenstrom, K. (2001). *Williams Obstetrics*. (21.ªed.). MacGraw-Hill Medical Publishing Division. Texto consultado a 15 de Janeiro de 2011, a partir de: http://www.amazon.com/Williams-Obstetrics-F-Gary-Cunningham/dp/0838596479#reader_0838596479
- DGS- Direcção-Geral da Saúde (2004). Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Mais Saúde para Todos. Lisboa. Consultado a 25 de Janeiro, 2011, a partir de http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_voll1.pdf
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2009). Relatório Mortes Maternas em Portugal, 2001-2007. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Consultado em 20-01-2011 em <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/publicacoes/Artigos%20pdf/Mortes%20Maternas%20-%20DGS.pdf>
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2010). Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de saúde/2008. Divisão de Estatística de Saúde. Consultado em 20-01-2011 em <http://www.dgs.pt/>
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2010). Elementos Estatísticos: Informação Geral saúde/2008. Consultado em 20-01-2011 em <http://www.dgs.pt>
- Diário da República, 2ª série-nº35, de 18 de Fevereiro de 2011 – Regulamento nº 127/2011-*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Ginecológica*.
- Dias, J. (1999). *A Comunicação Pedagógica*. Colecção Formar Pedagogicamente. Instituto do Emprego e Formação profissional
- Elbourne, R., Prendiville, W. & Carroli, G. (2003). Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford: Update.
- Everett, M., Sharon, E., Suneet, C., Grainger, L., Andrea, F., & John, M. (2005). The Length of the Third Stage of Labor and the Risk of Postpartum Hemorrhage. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. 105, 290-293.
- Estatísticas Demográficas (2009). Informação à Comunicação Social. Texto consultado online em 06 de Janeiro, 2011, a partir de http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Mo50KxNk24oJ:www.ine.pt/ngt_se

ver/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D102930502%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+estatisticas+demograficas+portugal+em+2010&hl=pt

- Festin, R., Lumbiganon P., Tolosa J., Finney K., Ba-Thike K. & Chipato T. (2003). International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour. *Bull World Health Organ.* 81, 286-291.
- Fortin M. (2009). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fraser, D. & Cooper, M. (2010). *Assistência Obstétrica. Um guia prático para Enfermagem* (1.ªed.). Editora Elsevier
- Frias, A. (2009). *Fazer um ser pelo nascer: a influência do método psicoprofilático na preparação para o nascimento*. Tese de doutoramento em psicologia, Universidade de Évora.
- Franco, J. (1998) Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Revista Sinais Vitais* n.º 17, 37-38
- Gabbe, S., Niebyl, J. & Simpson, J. (2007). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. (5.ª ed). Churchill Livingstone: Elsevier. 456-485 Consultado a 22-01-2011 a partir de <http://www.amazon.com/Obstetrics-Normal-Problem-Pregnancies>
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à Prática Profissional*. (4.ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gülmezoglu M, Villar J., Ngoc N., Piaggio G., Carroli G., Adetoro G., Abdel-Aleem H., Cheng L., Hofmeyr J., Lumbiganon P., Unger C., Prendiville W., Pinol A., Elbourne D., El-Refaey H. & Schulz K., (2001). WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *The Lancet*. Volume 358, Issue 9283. 689 - 695
- Hany, A., Vittorio, B., Deborah, A., Boulvain, A., Guillermo, C., Blami, D., Justus H., Tina, L., Richard, D., Laurensia, L., Kathy, H., Judith, M., James, N., Jackie, P., Chanchu, N., Hinh, S., Pregno, Z., Qureshi, H., Sanghvi, L., Seshadri, J., Dornan, M., Ellen S., Linda, W., Doyin, O., Kul, C., Gautam, K., Waki, J., Baudouy & Vincent F. (2009). WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. Consulta online a 12 de Novembro, 2010, a partir de http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/WHORecommendationsforPPHaemorrhage.pdf

- Herbert, W. & Zelop, C. (2006). Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists (replaces committee opinion number 266, January 2002). *American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG)*. Number 76
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas Lda.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas Lda
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência
- Imperatori & Giraldes (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3.^a ed.) Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública
- Infarmed. Folheto informativo: informação para o utilizador Syntocinon. Texto disponível on-line em 20-12-2010 a partir de http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=8214&tipo_doc=fi
- International Confederation of Midwives (2002). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2002. Consultado online em 26-02-2011 a partir de http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Competencies%202002-JF_2007%20FINAL.pdf
- International Confederation of Midwives and International Federation of Gynecology and Obstetricians. (2003). Joint Statement: Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage. Consultado online em 26-11-2010 a partir de http://www.pphprevention.org/files/ICM_FIGO_Joint_Statement.pdf
- International Confederation of Midwives and International Federation of Gynecology and Obstetricians. (2006). Joint Statement : Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings. Consultado online em 26-11-2010 a partir de http://www.pphprevention.org/files/FIGO_ICM_Statement_November2006_Final.pdf
- International Confederation of Midwives. Projects POPPHI Post Partum Haemorrhage. Consultado online em 26-11-2010 a partir de <http://www.internationalmidwives.org/>

- Jackson, K., Allbert, J., Schemmer, G., Elliot, M., Humphrey, A., & Taylor, J. (2001). A randomized controlled trial comparing oxytocin administration before and after placental delivery in the prevention of postpartum hemorrhage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Volume 185, N.º 4
- Khan, Q., John, S., Wani, S., Doherty, T. & Sibai, B. (1997). Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177, 770-774.
- Khan, K., Wojdyla D., Say, L., Gulmezoglu M. & Look, P. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet*. 367, 1066-74. Texto disponível online em 12-01-2011 a partir de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673606683979>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Resposta a 80 questões. Porto: Edições ASA.
- Lopes, M. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formassau - Formação e Saúde
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7.ª ed.) Loures: Lusodidacta.
- MAC- Maternidade Dr. Alfredo da Costa. (2010). A evolução da MAC. Consultado em 10 de Dezembro, 2010, a partir de <http://www.mac.min-saude.pt/>
- MAC- Maternidade Dr. Alfredo da Costa. (2010). Objectivos. Consultado em 10 de Dezembro, 2010, a partir de <http://www.mac.min-saude.pt/objectivos.html>
- MAC- Maternidade Dr. Alfredo da Costa. (2011). Urgência. Consultado em 22 de Janeiro, 2011, a partir de <http://www.mac.min-saude.pt/utente/urgencia.html>
- Machado M. (2000). Uma enfermagem para o século XXI. *Enfermagem em Foco*. Sindicato dos enfermeiros Portugueses. 4
- Mager, R. (1981). *Medindo os Objectivos de Ensino*. (2.ª ed.). Editora: Globo
- Maldonado, M. (1985). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Maldonado M. (2000). *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva

- Marconi, A. & Lakatos, E. (2001). *Metodologia do Trabalho Científico*. (6.^a ed.). São Paulo: Atlas.
- Marconi, A. & Lakatos, E. (2002). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. (5.^o ed.). São Paulo: Atlas.
- McDonald, S., Prendiville, W. & Elbourne, D. (2003). Syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Oxford: Update
- Mendes, I. (2009). Ajustamento Materno e Paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Coimbra: Mar da Palavra.
- Mendes, G. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4.^aed.). Edição: Lidel.
- Mendes, M. (1991). *Curso de Obstetrícia*. (1.^a ed.). Coimbra: Centro cultural da maternidade dos HUC.
- Metin, G., José, V., Nguyen, T., Gilda, P., Guillermo, C., Lekan, A., Hany, A., Linan, C., Justus, H., Pisake, L., Christian, U., Prendiville, W., Pinol, A., Elbourne, D., Hazem, R. & Kenneth, S. (2001). WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour *Lancet*. 1, 358-689.
- Mezono, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo. Editora: Manole, Lda.
- Miller, L. & Hensleigh, P. (2004) Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage: New Advances for Low-Resource Settings *Journal of Midwifery & Women's Health*. 49, 283 – 292.
- Ministério da Saúde (2006). Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Consultado em 09-03-2011, a partir de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3B954880-DAE9-4D5B-BD5E-E80350EC8239/0/orgperinatal.pdf>
- Norwitz, E. (2003). *Compêndio de obstetrícia e ginecologia*. Instituto Piaget.
- Ordem dos enfermeiros (2006). Investigação em enfermagem: tomada de posição. Lisboa. Texto disponível online em 01-12-2010 a partir de: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26_Abr2006.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2007). Proposta de Projecto de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa. Texto disponível on-line em 10-12-

2010 a partir de:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/1%C2%AAs%20Assembleias%20Gerais%20dos%20Seis%20Col%C3%A9gios%20de%20Especialidade%20da%20Ordem%20dos%20Enfermeiros/MCEESMO/Proposta%20Projecto%20Regulamento%20Perfil.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2002). Conselho de Enfermagem. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem Dezembro de 2001. Texto consultado online a 20-01-2011, a partir de:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Oyelese, Y. & Ananth, C. (2010). Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Causes. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 53, 147-156.

Penney, G. & Foy, R. (2007). Do clinical guidelines Enhance safe practice in obstetrics and gynaecology? Best Practice *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 21, 657-71.

Perrenoud, P. (2000). *Dez Novas Competências para ensinar*. Brasil: Porto Alegre Artmed Editora.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência

Polit, B. & Hungler (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. (5.^a ed.). Porto Alegre: Artmed

Porreco, R. & Stettler, R. (2010). Surgical Remedies for Postpartum Hemorrhage. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 53, 182-195.

Prendiville, W., Harding, E. & Stirrat (1988) The Bristol third stage trial: active versus physiological management of the third stage of labour. *British Medical Journal*. 297, 1295- 1300;

Prendiville, W., Harding, Elbourne & McDonald (2001). Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochran review). *The Cochrane Library* Oxford: Update Software

Prendiville, W., Harding, Elbourne & McDonald (2003.) Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software;

- Prendiville, W., Harding, Elbourne & McDonald (2007). Active versus expectant management in the third stage of labour. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software;
- Prendiville, W., Harding, Elbourne & McDonald (2008). Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento. *La Biblioteca Cochrane Plus*, N.º 2
- Quadir, K., John, W., Doherty, S. (1997). Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: A randomized controlled trial *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 4, 770-774,
- Quiñones, J., Uxer, J., Gogle, J., Scorza, W. & Smulian, J. (2010). Clinical Evaluation During Postpartum Hemorrhage. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 53, 157-164.
- Quivy, R., Campenhoudt, V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rajan, P., Wing, D. (2010). Postpartum Hemorrhage: Evidence-based Medical Interventions for Prevention and Treatment. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 53, 165-181.
- REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril). Consultado em 12-01-2011, a partir de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>
- Resende, J. (1974). *Obstetrícia*. (3.^a ed.) Editora: Guanabara Koogan, SA
- Rezende, J. (1982). *Obstetrícia* (4.^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Rodeia, M. (1995). A experiência de dar à luz: uma abordagem fenomenológica. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.
- Rogers, W., McCandlish, A., Truesdale & Elbourne (1998). Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomized controlled trial. *Lancet*. 351, 693-699
- Sardo, D. (2005). Outras Visões e Formas de Assistir o Parto. *Revista da Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras*. N.º 6, 57-59.
- Schorge & Norwitz E. (2001). *Compêndio de Obstetrícia e Ginecologia*, Instituto Piaget
- Sussams, J. (1996). Como fazer um relatório. Lisboa: Editorial Presença

- Tomé T., Macedo I., Soares C, Campos A. & Valido M. (2004). Unidade Coordenadora Funcional da Maternidade Dr. Alfredo da Costa - alguns números. *Revista Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa* vol. XV - nº2
- Tereso, A. (2005). *Coagir ou Emancipar*. Coimbra: Tipografia Lousanense
- United Nations: Millennium Development Goals. (2007). Consultado a 25-01-2011, a partir de <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>
- Veladas, M. (1997). *Ajudar na sala de partos*. Lisboa: Lidel.
- Winter, C., Macfarlane A., Deneux-Tharaux, C., Zhang, W., Alexander, S., Brocklehurst, P., Bouvier-Colle, M., Prendiville, W., Cararach, V., Roosmalen, J., Berbik, I., Klein, M., Ayres-de-Campos, D., Erkkola, R., Chiechi, L., Langhoff-Roos, J., Stray-Pedersen, B. & Troeger, C. (2007). Variations in policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology BJOG*. 114, 845–854.
- World Health Organization (1992). Antenatal Care and Maternal Health: How Effective is it? A Review of the Evidence. Texto disponível online a partir de: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.4.pdf
- World Health Organization (1994). Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. Texto disponível online a partir de: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_dhe_msm_9411/en/index.html.
- World Health Organization (1996). Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a technical Working Group. Texto disponível online a partir de: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_frh_msm_9624/en/
- World Health Organization (2005). Evidence-led obstetric care. Report of a WHO meeting. Geneva, Switzerland. Texto disponível online a partir de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_05_14/en/index.html
- World Health Organization (2006). MPS Technical Update: Prevention of Postpartum Haemorrhage by Active Management of Third Stage of Labour. Texto disponível online a partir de: http://www.pphprevention.org/files/PPH_TechUpdate2.pdf

World Health Organization (2007). WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. Texto disponível online em 15-03-2010 a partir de: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_MPS_07.06_eng.pdf

World Health organization. (2009). WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta. Texto disponível online em 20-12-2010 a partir de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf.

Zarifian, P. (2001). *Objetivo Competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas.

Ziegel, E., & Mecca, C. (1980). *Enfermagem Obstétrica*. Rio de Janeiro