

Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

***Deambulação durante o trabalho de parto:
Um desafio para o Cuidar do Enfermeiro Especialista
em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.***

Adelaide Baptista Luís Bento

2012

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

***Deambulação durante o trabalho de parto:
Um desafio para o Cuidar do Enfermeiro Especialista
em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.***

**Adelaide Baptista Luís Bento
Professora Maria Helena Presado**

2012



“Por vezes, sentimos que o que fazemos não é senão uma gota de água no mar.

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota de água!”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que, de forma direta e indireta, contribuíram para que este trabalho pudesse ser realizado.

Às grávidas, puérperas, bebés e pais que aceitaram ser cuidados por mim.

Agradeço à minha orientadora Prof.^a Maria Helena Presado, pela oportunidade de me ter proporcionado o desenvolvimento deste trabalho e aprendizagem científica, o que me permitiu concluir uma importante etapa de minha vida. O seu empenho e entusiasmo serviram muita vez de incentivo a continuar este trabalho, que irá contribuir para o meu futuro profissional e também de outros, aos quais tentarei levar o que aprendi. O meu profundo agradecimento.

Aos meus pais Vitalina Luís e Jorge Luís um bem-haja pela educação que me deram, pois a eles devo tudo o que sou.

Ao meu marido, Jorge Bento, que muito me apoiou e incentivou nos momentos mais difíceis, para cumprir esta longa etapa.

Grata aos meus filhos, Martim Luís Bento e Miguel Luís Bento, que são o principal motivo da busca dos meus ideais e me mostraram que o amor é incondicional.

RESUMO

O presente relatório descreve o desenvolvimento de competências durante o Estágio com Relatório do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, de forma reflexiva crítica. Tem como fio condutor o plano de estudos, o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecologia, a Ordem dos Enfermeiros, o International Confederation of Midwives, e o projeto de estágio. Foram projetadas estratégias, sendo estas: uma revisão sistematizada da literatura; um estudo empírico, e a prestação de cuidados no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1996) os cuidados prestados à mulher durante o ciclo gravídico/puerperal, compreendem um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis assim como a prevenção das complicações materno-fetais devendo, para tal, respeitar-se o processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento.

A evidência científica tem demonstrado que, fisiologicamente deambulação é vantajosa durante o trabalho de parto, contudo a manutenção da parturiente na posição horizontal, durante o trabalho de parto, é uma prática incorporada nos cuidados obstétricos, e tem sido questionada em relação aos seus benefícios para mãe e filho. Surgindo então a seguinte questão: ***“Quais os benefícios para a parturiente, da promoção da deambulação durante o trabalho de parto por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde materna, Obstetrícia e Ginecologia?”***.

A revisão da literatura apresenta escassa bibliografia sobre os benefícios da deambulação durante o trabalho de parto, e esta apenas surge como recomendação durante o trabalho de parto, enquadrado nas recomendações para o parto normal. Verifiquei que a deambulação durante o trabalho de parto melhora a experiência de parto da mulher, e apoia a fisiologia normal do nascimento.

É cuidado do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia acompanhar a mulher/casal nesta grande experiência, que é parir, sendo um ponto de referência constante. Assim, é gratificante observar na análise das notas de campo, a satisfação que as mulheres/casal exprimem para com os cuidados de enfermagem especializados.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Cuidar; Deambulação; Trabalho de parto; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.

ABSTRACT

The current report describes, in a reflective and critical manner, the developed and achieved skills during the “Internship with Report included”, realized during the 2nd Master’s Degree in Nursing – Maternal and Obstetrics Health in ESEL.

The guiding lines followed were the curriculum, Regulation of the specific competencies of the nurse specialist in maternal health nursing, obstetrics and gynaecology, Ordem dos Enfermeiros, the International Confederation of Midwives, and stage design. Strategies were designed, these being: a systematic literature review, an empirical study, and care within the competence of the Nurse Specialist Nursing Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology.

According to the World Health Organisation (1996) provided care for women during pregnancy cycle/puerperal comprise a set of practices aimed at promoting healthy labour and birth as well as the prevention of maternal and fetal complications. In this manner one can observe the process and the physiological dynamics of every birth.

Scientific evidence has shown that walking is beneficial physiologically during labour, yet maintaining the horizontal position of the mother during labour is a practice embedded in obstetric care, and which has been questioned in relation to its benefits for mother and son. Arises therefore the following question: “What are the benefits to the mother when making use of the ambulation during labour, which is promoted by the Nurse Specialist in Maternal Health Nursing, Obstetrics and Gynaecology? ”.

A review of the literature shows scarce information on the benefits of ambulation during labour, appearing only as a recommendation during labour itself, framing recommendations for normal delivery. After several observations during this internship it was verified that ambulation during labour improves birth experience to women, and supports normal physiology of birth.

The Nurse Specialist in Nursing Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology attend women/couple in this great experience, which is giving birth and care to be a constant support. Thus, it is gratifying to read the analysis or evaluation of the work performed, by seeing the satisfaction that woman/couple express regarding skilled nursing care.

KEYWORDS: Nursing Care; Ambulation; Labour; Nurse Specialist Nursing Maternal Health, Obstetrics and Gynaecology

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1º – Primeiro

2º – Segundo

3º – Terceiro

5º – Quinto

6º – Sexto

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CTG – Cardiotocografia

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

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

HPP – Hospitais Privados de Portugal

ER – Estágio com relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – International Confederation of Midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

OL – Orientador Local

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade curricular

UNICEF – United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| QUADRO I: Percurso metodológico da pesquisa na base de dados ebscohost | 39 |
| QUADRO II: Resumo do artigo selecionado na pesquisa | 40 |
| QUADRO III: Categorias e unidade de contexto que emergiram das notas campo | 44 |
| QUADRO IV: Unidades de contexto e unidade de registo, relativas à categoria “parturiente a deambular” | 45 |
| QUADRO V: Unidades de contexto e unidades de registo, relativas à categoria competências do EEESMOG | 46 |

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 18 |
| 1.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia durante o trabalho de parto | 18 |
| 1.2. Deambulação durante o trabalho de parto | 19 |
| 1.3. O modelo teórico de Kristen Swanson no cuidar em enfermagem | 24 |
| 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM..... | 27 |
| 2.1. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia no decurso da Unidade Curricular Estágio com Relatório..... | 28 |
| 2.2. Desenvolvimento de competências na área da investigação | 37 |
| 2.2.1. Revisão sistematizada da literatura | 38 |
| 2.2.2. Estudo Empírico | 41 |
| 2.3. Desenvolvimento de competências na área da formação..... | 49 |
| 2.4. Considerações éticas | 50 |
| 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 53 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 60 |
| ANEXOS..... | 65 |
| ANEXO I – Quadro de atividades programadas e realizadas. | 66 |
| ANEXO II – Plano de observação. | 73 |

| | |
|--|-----|
| ANEXO III – Nota de campo A. | 75 |
| ANEXO IV – Nota de campo B..... | 79 |
| ANEXO V – Nota de campo C. | 83 |
| ANEXO VI – Diário de aprendizagem I | 86 |
| ANEXO VII – Diário de aprendizagem II | 99 |
| ANEXO VIII – Sessão expositiva sobre o estágio em Barkatine Birth Center (PowerPoint) | 108 |
| ANEXO IX – Sessão de formação em serviço (Plano de sessão e PowerPoint) | 114 |
| ANEXO X – Proposta de atualização da folha de registo de balanço hídrico. | 122 |
| ANEXO XI – Avaliação Final | 124 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge como elemento de avaliação no âmbito da UC ER do 2º CMESMO, a decorrer na ESEL, para a obtenção do Grau de Mestre, sob orientação da Professora Maria Helena Presado. O desenvolvimento da referida UC ER decorreu no bloco de partos do Hospital Dr. José de Almeida - HPP Cascais, sob orientação do Professor Mário Cardoso e orientação local da Enfermeira Especialista Amália Cabral Semedo, no período compreendido entre 27/02/2012 e 27/07/2012.

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2012, p.734) um relatório é uma “Exposição objetiva e minuciosa de uma atividade, das conclusões de uma pesquisa, do desenvolvimento de um projeto, etc.”. A realização de um relatório refere-se, então, à exposição e descrição objetiva de um conjunto de atividades desenvolvidas pelo estudante, que foram previamente organizadas e planeadas durante um período de tempo, e que permite proporcionar uma visão ampliada e detalhada das distintas componentes da evolução da UC ER durante o período de tempo em que este decorreu. Deste modo, são objetivos deste relatório:

- ✿ Descrever as estratégias implementadas, bem como as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos propostos para a UC ER;
- ✿ Realizar uma análise crítica e reflexiva sobre as competências desenvolvidas nesta UC ER;
- ✿ Constituir um momento de avaliação.

A Maternidade do Hospital Dr. José de Almeida – HPP Cascais situa-se em Alcabideche e tem como área de abrangência, no que concerne à saúde materno-infantil, as seis freguesias do concelho de Cascais e, ainda, oito freguesias do concelho de Sintra, nomeadamente, Algueirão/Mem Martins, Colares, Pêro Pinheiro, São João das Lampas, Santa Maria e São Miguel, São Martinho, São Pedro de Penaferrim e Terrugem (HPP Cascais, 2012).

Existem várias especialidades no hospital, no que se refere à área da saúde da mulher, as diferentes vertentes estão situam-se nos seguintes locais: 1º Piso, consulta externa obstetrícia e ginecologia; 3º piso serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia e o bloco

de partos e, no, 5º piso os serviços de internamento, de obstetrícia, de grávidas e de ginecologia.

O bloco de partos tem sete salas de parto individualizadas, todas equipadas de modo a permitir a realização da totalidade do trabalho de parto e puerpério imediato, sem que exista necessidade de deslocar a parturiente, com exceção das situações em que evolui para a cesariana. Nestes casos a parturiente é transferida para um dos dois blocos operatórios, existentes no serviço para esse efeito, fazendo o puerpério imediato na sala de recobro do bloco de partos. Existe ainda um terceiro bloco operatório que no futuro será utilizado para a realização de curetagens. As instalações são recentes e com uma componente hoteleira agradável, proporcionando uma diversidade de situações que se refletem certamente numa melhoria dos cuidados prestados, tais como: salas de parto amplas, individualizadas, com casa de banho privativa.

Todas as salas de parto estão equipadas com camas de parto articuladas, cuja versatilidade permite vários posicionamentos à parturiente, de uma forma segura e confortável. Encontram-se, também, equipadas com todo o material necessário perante a ocorrência de um parto distócico (ventosa e/ou fórceps) e estão, igualmente, equipadas para a prestação dos cuidados imediatos ao RN, nomeadamente, com mesa de reanimação neonatal.

A prestação de cuidados a clientes com necessidades específicas na área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia é assegurada por uma equipa multidisciplinar. Sendo a equipa de enfermagem do bloco de partos formada por vinte Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia, doze Enfermeiros de Cuidados Gerais. Por turno encontram-se escalados cinco a seis enfermeiros, sendo três Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia e dois a três Enfermeiros de Cuidados Gerais encontrando-se distribuídos pela triagem, salas de parto, blocos operatórios e recobro. O enfermeiro que chefia o turno é sempre um Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia estando, também, sempre distribuído um Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia estando na triagem.

Serrano, Costa e Costa (2011) referem que os enfermeiros são agentes nos processos de mudança e que os contextos levam necessariamente ao desenvolvimento de competências, tendo, para tal, que haver intencionalidade. Para adquirir/desenvolver as

competência de um EEESMOG é necessário a construção de um projeto, que facilite este processo, na medida em que como refere Dias (2006, p.17) “(...) os modelos de formação para a competência visam ajudar, de forma integrada, cada sujeito em formação a desenvolver as suas capacidades criativas, de tomada de decisão, aprender a aprender e a refletir sobre as práticas”. A existência de um projeto evidencia a realização de uma reflexão e tomada de consciência relativamente ao relacionamento do sujeito com a sua própria formação sendo este o ator no seu processo de formação. Este facto é corroborado por Nunes (2009, p.13) ao mencionar que “(...) a construção de saberes/competências implica consciência do próprio processo de aprendizagem”. Perante estas evidências de forma a adquirir/desenvolver as competências esperadas de um EEESMOG tornou-se, então, necessário construir um projeto que facilitasse este processo.

Para a elaboração do projeto em que assenta este relatório, tive como fio condutor o plano de estudos do CMESMO da ESEL, o Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG, a OE, e o ICM, tendo planeado respetivamente atividades para os seguintes objetivos (anexo I):

Objetivo I – Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem, à mulher/família durante o período pré-natal, o trabalho de parto e o período pós-natal;

Objetivo II – Desenvolver competências técnicas, científicas, de investigação e de formação no âmbito da promoção da deambulação durante o trabalho de parto.

Segundo a OMS (1996) os cuidados prestados à mulher durante o ciclo gravídico/puerperal, compreendem um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis assim como a prevenção das complicações materno-fetais devendo, para tal, respeitar-se o processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento. A mesma entidade recomenda que se utilizem os recursos tecnológicos de forma criteriosa evitando excessos na sua utilização e, também, que o profissional que assiste a parturiente, durante o trabalho de parto, desenvolva competências com a finalidade de prestar cuidados que visem o nascimento de crianças saudáveis, assim como a manutenção da salubridade materna, intervindo no processo natural do parto apenas se houver uma razão válida para o fazer.

A manutenção da parturiente na posição horizontal, durante o trabalho de parto, é uma prática incorporada nos cuidados obstétricos, e tem sido questionada em relação aos seus benefícios para mãe e filho. A evidência científica tem demonstrado que a deambulação durante TP é fisiologicamente vantajosa, para ambos, pois a manutenção do movimento durante o trabalho de parto, permite que o útero se contraia muito mais eficazmente traduzindo-se num encurtamento do trabalho de parto e na redução da dor. Assim como, também, o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta é mais abundante, melhorando, deste modo, a condição fetal. Existe, ainda referência ao facto de melhorar a adaptação da apresentação aos planos da bacia materna, prevenindo assim complicações do trajeto (OMS, 1996; Mamede, Gomes, Almeida, Panobianco, & Nakano, 2007).

Segundo Fortin (2009) a escolha do tema deve ser do interesse do investigador e visa aumentar os seus conhecimentos. Deste modo o meu interesse incidiu sobre a temática da deambulação durante o trabalho de parto tendo-se levantado a seguinte questão: ***Quais os benefícios para a parturiente, da promoção da deambulação durante o trabalho de parto por parte do EEESMOG?***”. A minha motivação relativamente a este tema relacionou-se com a vivência da minha experiência pessoal durante o trabalho de parto, assim como, com a realização de pesquisa bibliográfica sobre a mesma, que aponta para vantagens e benefícios desta prática para a mulher e bebé. De acordo com a bibliografia a deambulação da parturiente, em todo o processo de trabalho de parto, é uma forma de cuidado benéfica que deve ser encorajada. Contudo, apesar da evidência concreta das vantagens da mobilidade materna, as ideias preconcebidas e os costumes continuaram a prevalecer, com o predomínio do posicionamento em decúbito dorsal, durante o trabalho de parto, independentemente do desejo da parturiente.

Pearson e Vaughan (1992) realçam a importância de alicerçar a prática dos cuidados num modelo teórico de enfermagem de modo a proporcionar uma orientação para o cuidar em enfermagem, na medida em que possibilitam os conceitos e objetivos que conduzem a uma uniformização da comunicação.

Assim, elegi a teoria de Cuidar de Swanson, que foi cronologicamente situada em meados da década de 70, que se encontra integrada no Paradigma da Transformação. Esta teoria representa a base de uma abertura das Ciências de Enfermagem sobre o mundo, no qual, a pessoa e o enfermeiro são parceiros. Neste contexto, o profissional de enfermagem

deve acompanhar o cliente nas suas experiências de saúde, fornecendo-lhe o conhecimento necessário para que este possa efetuar as suas escolhas, relativas ao seu processo de saúde, de forma livre e autónoma. Deste modo é “(...) reconhecida às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito e que inicialmente eram da única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde” (Lopes, 1999, p.45).

Concomitantemente os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define. Nesta perspetiva, o enfermeiro coloca ao dispor de cada pessoa os seus conhecimentos, acompanha-a nas suas experiências de saúde, de acordo com o seu ritmo e mediante o caminho que ela própria escolher. Como é referido por Lopes (1999, p.45), citando K rouac (1994) “(...) intervir significa ser com a pessoa. A enfermeira e a pessoa são parceiras nos cuidados individualizados”.

O EEESMOG tem a responsabilidade de melhorar as intervenções de enfermagem de forma a proporcionar cuidados especializados e de excelência, baseando-os na reflexão e evidência científica. Realço o facto de a OMS (1996) reforçado por outros autores como Vargens, Proganti e Silveira, 2008; APEO, 2009; Baker, 2010, que se referem ao EEESMOG como o profissional de saúde responsável pela vigilância da gravidez e do trabalho de parto normal, incluindo a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações.

Neste documento utilizarei a metodologia descritiva, com respetiva análise crítica de uma forma reflexiva. O presente relatório, estruturalmente, inicia-se com uma introdução onde são definidos os objetivos,   apresentada a temática em estudo e respetivo referencial teórico, e, também, a contextualiza o da UC ER. Segue-se o enquadramento teórico onde foi realizada a fundamenta o teórica que senti necessidade de aprofundar de forma a poder concretizar o desenvolvimento do projeto. Sucede-se a descri o das estratégias definidas para a concretiza o do projeto, onde apresento o desenvolvimento de competências do EEESMOG, com a respetiva análise crítica reflexiva, a revisão sistematizada da literatura, e o estudo empírico. De seguida apresento as considera es  ticas, implica es e contributos para a prática clínica, bem como as limita es do projeto após o que farei uma breve reflexão sobre o desenvolvimento do projeto e na qual faço uma análise crítica sobre o mesmo. Por último encontram-se as referências bibliográficas e os anexos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será apresentado o referencial teórico utilizado, e a fundamentação teórica da temática em estudo.

1.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia durante o trabalho de parto

A OE (2009, p.10) refere que o enfermeiro especialista é o profissional de enfermagem que tem "(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado".

Assim foram definidos cinco domínios de competências dos enfermeiros especialistas, onde quatro domínios de competências são comuns (Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Gestão da Qualidade, Gestão de Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais), e um quinto domínio definindo um perfil de competências específicas para cada área de especialidade, sendo que, para o EEESMOG, foram definidas como competências cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, nunca esquecendo a atuação nos cuidados do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2009). Presume-se assim que o EEESMOG é o profissional que "(...) assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher" (OE, 2011a, p. 8664).

Segundo a OE (2009) o enfermeiro especialista deve possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades específicas, que lhe permitem atuar nos contextos da prática clínica de acordo com as necessidades do grupo alvo dos seus cuidados. Sendo a Mulher considerada como a beneficiária dos cuidados do EEESMOG esta é o alvo dos seus cuidados (OE, 2011a, p.8662). Para tal o futuro EEESMOG tem de

desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e específicas, mediante a sua área de intervenção (OE, 2009).

Com base em evidência científica a OMS (1996) faz referência a um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimentos saudáveis nas quais estão incluídas o respeito pelo processo fisiológico e pela dinâmica de cada nascimento. Apresenta ainda as inúmeras vantagens do parto normal sempre que a natureza tem a possibilidade de prosseguir o seu decurso natural referindo-se, nomeadamente, às práticas relacionadas com a deambulação, uma vez que esta se tem mostrado útil e com indicação para ser estimulada desde o início do trabalho de parto, corroborado por vários autores (Kitzinger, 1996; Mamede, Gomes, Almeida, Panobianco, & Nakano, 2007; Lowdermilk & Perry, 2008; Porto, Amorim & Souza, 2010; Baker, 2010).

De acordo com a OE (2011a) é competência do EEESMOG assegurar-se que aquilo que a mulher deseja para o seu TP seja respeitado, nomeadamente através da existência de um plano de parto, que pode ser expresso por escrito ou que pode ser mental e apenas verbalizado pela parturiente. Torna-se importante criar um ambiente favorável para permitir que a parturiente possa verbalizar todos seus medos e receios, especialmente nesta fase de ansiedade, ou seja “estar emocionalmente com o outro” (Swanson, 1991, p.163). Para tal é importante não esquecer a importância de assegurar um clima de confiança entre a mulher e a equipa de modo a dar resposta a todas a suas dúvidas e necessidades (Swanson, 1991).

1.2. Deambulação durante o trabalho de parto

Segundo Graça (2010) o trabalho de parto consiste numa série de processos fisiológicos que levam à dilatação do colo uterino, ao avanço do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. Segundo o mesmo autor, o trabalho de parto encontra-se dividido em 3 estádios: dilatação, período expulsivo e dequitação. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) o trabalho de parto é composto por quatro estádios:

- ✿ O primeiro estádio inicia-se com as primeiras contrações uterinas regulares e termina quando o colo se encontra com a dilatação completa. Divide-se em três fases, latente, ativa e de transição. Durante a fase latente, ocorrem grandes

transformações no colo, mas pouca evolução no que respeita à descida do feto. Durante as fases, ativa e de transição a dilatação cervical e descida da apresentação são mais rápidas. Na mulher primípara a dilatação completa do colo raramente é conseguida em menos de 20 horas. Em algumas múltiparas, a dilatação pode estar completa em menos de uma hora. As variações podem refletir diferenças relacionadas com as utentes (ex.: grau risco, idade) ou com a gestão clínica do trabalho de parto;

- ✿ O segundo estágio acontece desde a dilatação completa do colo até ao nascimento do feto. Tem uma duração média de vinte minutos para as múltiparas e de cinquenta minutos para as nulíparas. É considerado trabalho de parto normal, aquele cujo segundo estágio demore até duas horas;
- ✿ O terceiro estágio decorre entre a saída do feto e a expulsão da placenta. Pode ter a duração de três a cinco minutos, contudo até uma hora é considerada como estando dentro dos limites normais;
- ✿ O quarto estágio inicia-se com a expulsão da placenta. Em geral dura cerca de duas horas, sendo no período da recuperação imediata que a homeostase se restabelece.

A bacia feminina apresenta, aos diferentes níveis, determinados contornos e diâmetros, para que o nascimento ocorra, por via vaginal, o feto é obrigado a adaptar-se, durante a descida, ao canal de parto. Rotações e outros ajustamentos são necessários no processo de parto do ser humano, sendo designados por mecanismos de parto.

Durante o trabalho de parto existem movimentos cardinais que ocorrem durante o mecanismo de parto, de uma apresentação de vértice, sendo estes os seguintes: encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão restituição e rotação externa, e finalmente a expulsão. Estes movimentos ocorrem em simultâneo para que exista progressão no canal de parto (Lowdermilk & Perry, 2008).

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) o trabalho de parto é influenciado por cinco fatores: o passageiro (feto e placenta), a passagem (canal de parto), as contrações e a posição da mãe, constituindo estes a base de todo o processo fisiológico. O conhecimento sobre estes processos fisiológicos, que culminam com o início do trabalho de parto, ainda não está completamente esclarecido, na medida em que existem alguns que são espontâneos. Um outro fator importante é a reação psicológica e esta pode estar

relacionada com a cultura, ansiedade e experiências anteriores assim como com o local onde decorre o trabalho de parto e com quem cuida (Kitzinger, 1996; Lowdermilk & Perry, 2008).

Existem também um conjunto de atitudes e comportamentos, socialmente controlados e culturalmente definidos, que influenciam o trabalho de parto, refletindo os valores das diversas sociedades. (Kitzinger, 1996; Lowdermilk & Perry, 2008). O trabalho de parto não é um ato meramente biológico é, também, um processo social, na medida em que afeta a relação entre os dois elementos que constituem o casal, e, também, com a comunidade onde ambos se inserem definindo a identidade da mulher com um novo papel, que, a partir do momento do parto, passa a ser mãe (Kitzinger, 1996). Constituindo, deste modo, “(...) um ritual de passagem e de crescimento para o ser humano (...)”, conforme afirma Sardo (2006, p.39).

Segundo a OMS (1996, p.4) parto normal define-se como sendo “(...) de início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebé nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições”. Também para Lowdermilk e Perry (2008), o trabalho de parto normal tem um percurso razoavelmente constante, compõe-se da progressão regular das contrações uterinas, do apagamento e dilatação progressiva do colo, e da progressão nas descidas da apresentação, referindo-o, igualmente, como sendo o “(...) processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto (...)” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.344).

Kitzinger (1996) salienta que o comportamento humano ignora, muitas vezes, os processos fisiológicos do parto e, frequentemente, a cultura reinterpreta-os de tal modo que as ações resultantes podem ser inadequadas. Um exemplo dessa reinterpretação é a incorporação de práticas relacionadas com o controle do trabalho de parto centradas nos profissionais (fatores externos). Estes, frequentemente, conduzem a mudanças no comportamento da parturiente permitindo que o mecanismo do parto seja afetado e que os fatores provenientes da própria fisiologia feminina e respetivo processo de parir sejam relegados para segundo plano (Kitzinger, 1996). Tornando o parto “(...) uma simples ação médica.” (SARDO, 2006, p.39). As modificações na forma e posição adotadas pela

parturiente são um bom exemplo de influências sociais e culturais sobre a condução do trabalho de parto que ocorreram, nomeadamente, nas sociedades ocidentais.

Historicamente o parto é um evento natural, considerado como marcante na vida da mulher e da família. A este acontecimento são atribuídos inúmeros significados culturais que sofrem transformações através das gerações. A experiência do parto varia, pois, amplamente de uma cultura para outra. Todas as sociedades possuem regras que controlam o nascimento, quer seja através da especificação do local da sua ocorrência, através da determinação de quem cuida da parturiente ou da indicação de comportamentos a serem adotados, durante o trabalho de parto (Kitzinger, 1996).

Ancestralmente em diversas culturas, as vivências do parto tinham um carácter íntimo e privado, sendo uma experiência apenas partilhada por mulheres. Os cuidados obstétricos do século XVI ao XIX eram atribuídos às mulheres, sendo interdito aos homens, por questões de ordem moral e preceitos religiosos (Freitas, 2011).

Por ocasião da invenção do fórceps obstétrico, pelo cirurgião britânico Peter Chamberlen, que idealizou o primeiro instrumento em 1598, o “cuidar da parturiente”, passou a ser entendido como um evento constituído por uma série de procedimentos junto ao leito (Osava & Tanaka, 1997). A figura masculina começou a surgir no cenário do parto, marcando a sua presença de uma forma definitiva (Rezende, 2005). O fórceps personificou, assim, a arte da obstetrícia médica, consolidando definitivamente o conceito de que o parto é um evento perigoso devendo, como tal, ser rodeado de intervenções e procedimentos. Como condição para facilitar tais intervenções, sob a influência de François Mauriceau da escola obstétrica francesa, o parto horizontal passou, igualmente, a ser adotado (Sabatino, Dunn & Caldeyro-Barcia, 2000).

A maior influência na mudança da posição da mulher no parto, de vertical para horizontal, atribui-se, pois, a François Mauriceau, médico francês do século XVII. Este afirmou que a posição reclinada seria a mais confortável para a parturiente e para o profissional que realizava o parto (Sabatino, Dunn & Caldeyro-Barcia, 2000). Sob uma perspetiva histórica

e cultural, a posição vertical da parturiente durante o trabalho TP é referida como preferencial pela mulher desde a antiguidade, tendo a horizontalidade sido adotada para comodidade dos profissionais, não sendo, contudo, considerada a naturalidade do

processo de parir durante o decurso do mesmo (Mamede, Gomes, Almeida, Panobianco, & Nakano, 2007).

Santos e Batista (2000, p.22) referem que “não existe nenhuma posição mais ou menos correta. Existem sim posições que podem influenciar a evolução do trabalho de parto”. Diversos autores acrescentam que não há uma posição universalmente aceite e/ou perfeita para a mulher em trabalho de parto, mas a maioria das parturientes prefere deambular durante o trabalho de parto (Porto, Amorim & Souza, 2010; Baker, 2010).

Quando uma mulher se mobiliza e adota posições verticais durante o trabalho de parto, as modificações nos ligamentos e cartilagens nas articulações pélvicas são otimizados. De acordo com a literatura, a falta de movimento e as posições horizontais estão associadas a um maior número de intervenções médicas num processo que pode ser totalmente natural e sem necessidade de recurso a tais intervenções (Baker, 2010).

Segundo Santos e Batista (2000) estes aspetos começaram a ser questionados, assim como a discussão acerca das desvantagens da posição horizontal no trabalho de parto na qual se ressalta as vantagens da mobilidade da mãe e da manutenção da postura ereta durante esse processo. No seu estudo, Santos e Batista (2000) citam Barcia (1976) e Roberts (1980) e referem ter obtido resultados semelhantes aos destes autores, nos quais ambos demonstraram inúmeras vantagens para a posição vertical, tais como:

- ✿ Maior sensação de bem-estar durante o trabalho de parto, devido à liberdade de movimentos que oferece;
- ✿ Regularização das contrações uterinas com aumento da sua eficácia relativamente à dilatação cervical;
- ✿ Diminuição do período de dilatação independente da paridade da mulher;
- ✿ Diminuição do número de partos distócicos vaginais, nas grávidas que deambulavam;
- ✿ Ausência de alterações significativas no estado do feto ao nascer.

A deambulação pode ainda aumentar a sensação de controlo do trabalho de parto por parte da parturiente (Porto, Amorim & Souza, 2010). Sendo ainda sugerido que a deambulação aumenta o conforto materno durante o trabalho de parto (Lowdermilk & Perry, 2008; Porto, Amorim & Souza, 2010).

Os movimentos que procuram resgatar a possibilidade da mulher vivenciar o parto naturalmente, recusam-se a considerar a maternidade e o parto como doença. O que é mais científico, rápido, conveniente e asséptico para os profissionais de saúde pode não ser o mais agradável para a mulher, na medida em que pode transformar o parto numa experiência negativa e traumatizante (Kitzinger, 1996). Porém, nos últimos anos, têm surgido alguns movimentos a favor do parto normal com uma visão holística, que considera a mulher como a principal interveniente. Segundo a APEO (2009) existe ainda uma grande valorização das intervenções e do desempenho técnico, por parte dos profissionais, todavia já se contesta o seu abuso tendo sido retomada a discussão relativa às práticas baseadas num modelo menos intervencionista, onde se valorizam os processos naturais no nascimento. A OE publicou recentemente um documento intitulado “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada” (2012, p.17), que defende o direito da “mulher portuguesa a vivenciar o processo de nascimento dos seus bebés, em ambientes seguros, com cuidados de saúde e suporte apropriados e com o mínimo de procedimentos clínicos”.

1.3. O modelo teórico de Kristen Swanson no cuidar em enfermagem

Tal como já referido anteriormente, o modelo teórico que irá ser a referência será o de Kristen Swanson. Esta opção deve-se ao facto de, na prática profissional, o EEESMOG cuidar da mulher, conhecendo as suas necessidades, enquanto pessoa inserida numa família e numa comunidade. O EEESMOG partilha com a mulher, a sua experiência de parto possibilitando-lhe a sua autonomia e capacidade de escolha. Substituindo-a apenas quando, de todo, não lhe é possível realizar alguma tarefa e mantendo sempre a crença numa experiência positiva. Tendo sempre por objetivo final o bem-estar da mulher e sua dignificação como pessoa.

Segundo Swanson (1993) a **pessoa** é um ser único, inserido num processo de transformação e cuja totalidade se manifesta em pensamentos, sentimentos e comportamentos. Tanto determina como é determinada pelo meio ambiente em que se insere. A herança genética é como uma impressão digital das características humanas, únicas de cada ser, contudo o livre arbítrio equaciona a escolha e a capacidade de decidir como agir quando confrontada com um conjunto de possibilidades.

Os **cuidados de enfermagem** são uma intervenção terapêutica e compõem-se por um conjunto de comportamentos presentes no ato de cuidar dos clientes que vivenciam alterações de saúde reais ou potenciais, até que estes sejam capazes de cuidar de si próprios de forma independente. Segundo a mesma autora a Enfermagem é um serviço prestado à humanidade e tem como objetivo aumentar o bem-estar daqueles a quem é dirigida a sua ação, como é o caso da parturiente. Swanson (1993) refere ainda que o que distingue a Enfermagem de outras práticas que envolvem o cuidar é justamente a interligação entre a ciência-informação e a meta prática.

De acordo com a teoria qualquer **ambiente** influencia e/ou é influenciado pelo cliente podendo ser manifestada de múltiplas formas e incluindo fatores culturais, políticos, económicos, sociais, biofísicos, psicológicos e espirituais. Segundo Swanson (1993) aquele que em determinada situação é o cliente pode passar para a condição de ambiente em outra circunstância.

Swanson (1993) define **saúde** como o bem-estar pretendido pelo cliente, independentemente da existência ou não de doença. Traduz-se num valor e experiência diferente para cada pessoa, constituindo, ainda, a possibilidade de desenvolvimento da mesma. Para esta autora a saúde e a doença, são fenómenos socialmente definidos e que são influenciados pelos valores sociais, ideologias políticas e normas culturais assim como pelas condições económicas, sendo o parto um desses fenómenos.

A gravidez, parto e nascimento, têm sido encaradas de distintas formas ao longo dos tempos, desde os conhecimentos empíricos da antiguidade passando posteriormente a sofrer a influência da medicina institucionalizada que levou a uma prática mais mecanicista e dicotómica da mulher.

A mulher deve ser vista como um todo, que para além dos cuidados inerentes ao trabalho de parto, necessita de ser acompanhada, ter alguém com quem possa conversar e que a escute, ou simplesmente alguém que lhe segure na mão e permaneça junto dela. Mais importante que verbalizar à grávida que esta não está sozinha, é demonstrar-lhe que estamos lá com ela e, essencialmente “para ela” (Swanson, 1993). Torna-se, então, pertinente demonstrar empatia e interesse pela mulher, procurando compreender as suas angústias e os seus problemas assim como ajudá-la a encontrar uma forma para os resolver. Na prática traduz-se em auxiliar a mulher encarar os seus medos, angústias e

problemas e, também, a efetivar as mudanças necessárias para dar resposta às suas necessidades (Swanson, 1993).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

O conceito de competência foi sofrendo algumas alterações ao longo do tempo. Na sua génese, este conceito remonta ao fim da Idade Média associando-se à linguagem jurídica e à capacidade de realizar um dado julgamento. Posteriormente começou a utilizar-se numa perspetiva de qualificação, o ser capaz de realizar um trabalho corretamente, preocupação muito constante no meio empresarial e que representa, portanto, uma visão muito tecnicista, com relevância para a produtividade e tendo em conta a eficácia e rapidez das ações (Le Boterf, 2003).

Segundo Le Boterf (1997), citado por Hesbeen (2001, p.74), “a competência apresenta a forma de um triângulo, apontando para a ação. Os seus vértices combinam:

- ✿ *Saber agir*, que exige os conhecimentos, as habilidades e os recursos do profissional;
- ✿ *Poder agir*, que depende do contexto organizacional em que ele se situa e que é determinado, nomeadamente, pelo tipo de gestão, meios disponíveis, circulação da informação e circuitos;
- ✿ *Querer agir* que é a prova de que a ação faz sentido para o profissional, de que na sua atividade ele possui boa imagem profissional de si e autoconfiança, e que sente que é reconhecido pelo seu trabalho”.

Para a aquisição e desenvolvimento de competências, é necessário passar por cinco níveis sucessivos: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Sendo que o desenvolvimento de competências está relacionado com as capacidades intelectuais de cada pessoa, e ocorre à medida que se vai adquirindo mais experiência Benner (2005).

O desenvolvimento e aquisição de competências são capacidades cada vez mais exigidas, nomeadamente ao EEESMOG, pois este tem a responsabilidade de responder às mais diversificadas situações, que o obrigam a desenvolver um perfil adequado à prática. De acordo com Le Boterf (2003), o profissional competente é aquele que sabe agir com competência. Para ser competente é necessário reunir um conjunto de recursos, quer internos quer externos.

Benner (2005, p.12) refere que a prática é um dos modos de obter conhecimento. A prestação de cuidados permite a mobilização do conhecimento teórico para a prática, e assim o desenvolvimento das competências primordiais para os cuidados de enfermagem de excelência. Como tal projetei a prestação de cuidados especializados como estratégia para o concretizar dos objetivos delineados para esta UC ER.

A vertente da prestação de cuidados na área da saúde materna constituiu sempre uma predileção para mim, que remonta aos tempos de estudante do curso de licenciatura em enfermagem. Tendo tido um percurso profissional variado apenas nos últimos anos tive o privilégio de prestar cuidados nesta área, enquanto enfermeira de cuidados gerais, surgindo então a motivação para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas para a prestação de cuidados especializados nesta área.

2.1. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia no decurso da Unidade Curricular Estágio com Relatório

No início da UC ER emergiu alguma inquietação relativamente à mesma, pois apesar de ter quase dezasseis anos de prática profissional, esta área de prestação de cuidados em ambiente hospitalar era totalmente nova para mim. Encontrei-me, pois, numa condição de iniciada, referido Benner (2005) como sendo uma condição relacionada essencialmente com o contexto, por exemplo, quando sujeitar a parturiente a toque obstétrico, tempo certo para efetuar episiotomia, promover a deambulação, entre outras. Senti uma evolução progressiva deste estado de iniciada para o de iniciada avançada, pois já não sentia dificuldade nestes aspetos, e de acordo com a OL, efetuava os cuidados nos tempos certos. A dada altura sinto que atingi o estado competente, pois de acordo com Benner (2005) a enfermeira competente é aquela que tem um bom nível de conhecimentos, que planifica conscientemente os cuidados a prestar, e sente-se capaz de fazer frente a vários imprevistos.

No decorrer destas vinte semanas de UC ER, onde cumpri um total de quinhentas e vinte horas, as oportunidades de aprendizagem proporcionadas foram extraordinariamente

enriquecedoras para o meu crescimento profissional. Estas permitiram-me a aplicação dos conteúdos teóricos, previamente adquiridos, através das atividades projetadas, na prestação de cuidados e, consecutivamente, o desenvolvimento de competências essenciais ao meu desempenho, enquanto futura EEESMOG tendo, também, sido cruciais para atingir os objetivos previamente definidos.

Foi-me proporcionado um período de integração que quanto a mim foi fundamental, pois facilitou o conhecimento da missão e filosofia do Hospital Dr. José de Almeida - HPP Cascais, nomeadamente o bloco de partos, bem como aspetos essenciais da sua organização e funcionamento. Segundo Chiavenato (1993, p.199) a integração envolve aspetos referentes à “(...) transmissão de conhecimentos específicos relativamente aos aspetos da organização e do ambiente e seu desenvolvimento de habilidades (...)”. Este período decorreu numa dinâmica de observação participante dos cuidados prestados à mulher/casal/RN o que foi igualmente importante para mim, pois rapidamente me tornei muito participativa em todas as atividades desempenhadas pelo EEESMOG.

Gostaria de realçar a disponibilidade e o incentivo por parte da equipa multidisciplinar neste meu processo formativo, mas com especial relevo para a minha OL, com quem tive o privilégio de estabelecer uma excelente relação de empatia, tendo sido promotor do meu crescimento enquanto futura EEESMOG. Após o término deste período passei a ficar responsável pela prestação de cuidados à mulher/casal/RN, sempre sob orientação e supervisão da OL.

Ao longo do EC ER tive oportunidade de prestar cuidados durante o período pré-natal, o trabalho de parto e o período pós-natal, tendo tido oportunidade de colocar em prática as atividades necessárias ao desenvolvimento das competências inerentes aos cuidados que estavam a ser prestados. Penso ser pertinente referir que a autonomia e segurança com que estas foram desempenhadas foi progressivamente crescente e paralela ao desenvolvimento de competências. Estão descritas de uma forma esquematizada no anexo I, as atividades planeadas, e as que foram adicionadas pela sua pertinência e a descrição sumária da sua execução. Estas atividades desenvolvidas, com maior ou menor facilidade na sua execução, demonstram o desenvolvimento de competências previstas pela OE (2011a, p. 8663, 8664) em H2.2., H3.1. e H3.2..

Este facto exigiu da minha parte a mobilização e desenvolvimento de conhecimentos teóricos, adquiridos através de pesquisa literária, e a transposição dos mesmos para a prática dos cuidados. Deste modo cumpri um dos pontos enumerados nas competências descritas pelo ICM (2002, p.7) onde é referida a importância da atualização de conhecimento de modo a manter a prática atualizada. Penso ser oportuno salientar, mais uma vez, a importância da OL neste processo formativo, na medida em que esteve sempre disponível para esclarecimento de dúvidas e partilha de opiniões tendo sido constante o debate de casos clínicos e a pertinência dos cuidados a serem prestados. A equipa multidisciplinar também teve a sua importância na concretização dos meus objetivos, na medida em que senti a existência de colaboração perante todas as minhas solicitações.

No decorrer da UC ER tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados na triagem de urgência ginecológica e obstétrica, à qual recorrem clientes com as mais variadas situações do foro obstétrico e/ou ginecológico. Cuidados estes que me permitiram o desenvolvimento de atividades nas diversas áreas de intervenção do EEESMOG, ou seja nos três níveis de prevenção, sobretudo através da educação para a saúde que, oportunamente, realizei sempre de acordo com as necessidades diagnosticadas no momento, indo de encontro ao que refere Swanson (1991) quando refere a importância de capacitar o autocuidado, neste caso através da educação para a saúde.

A admissão ao serviço é efetuada na triagem sendo neste local que se inicia o processo de acolhimento da mulher/casal. De acordo com Phaneuf, (2005) acolher é uma atividade permanente, não um ato isolado, e tem como objetivo ir ao encontro do outro, para passar do estado de estranho ao de facilitador. Exige uma disponibilidade que demonstra presença e atenção constante. Também Swanson (1991) defende a importância do *estar com*, demonstrando disponibilidade contínua nos cuidados prestados. Ao acolher a mulher/casal procurei sempre fazê-lo de uma forma empática e com uma atitude de disponibilidade na medida em que considero que este momento é crucial para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Procurei ter o cuidado de respeitar a liberdade individual, de escutar as suas expectativas e desejos, envolver os conviventes significativos, tendo sempre presente que, de acordo com o Regulamento dos Padrões de

Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (OE, 2011b, p.5), estes são pontos basilares na “satisfação do cliente”.

Tive como pressuposto garantir o fornecimento de todas as informações pertinentes, no âmbito dos cuidados a prestar à mulher/casal, pois tal como refere Swanson (1991) quem cuida deve usar seu conhecimento específico para o bem do outro. Assim sendo considero que proporcionei conhecimento à mulher/casal no sentido de promover escolhas e decisões esclarecidas e informadas. Almeida (2007) reforça a importância deste facto ao mencionar que todos os cuidados prestados deverão ser acompanhados da informação necessária para que a mulher/casal possam decidir, uma vez que esta informação não tem como objetivo diminuir a distância científica e técnica existente entre o profissional e o doente, mas sim criar condições para uma decisão verdadeiramente livre e responsável. Garantindo, deste modo, “um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.” (OE, 2011a).

Nenhuma das mulheres/casais a quem prestei cuidados se fazia acompanhar de um plano de parto por escrito, contudo, durante a relação que estabeleci ao longo da prestação de cuidados, e através da prática de uma escuta ativa, consegui perceber que todas as mulheres/casais tinham planos de parto definidos ainda que não os tivessem transcrito para o papel, pois tal como refere Swanson (1991) é importante o conhecimento integral da pessoa que cuidamos como um ser significativo, proporcionando assim uma relação terapêutica. O nível de definição destes planos de parto eram mais consistentes em algumas situações no entanto a sua existência era real e concreta em todas as mulheres/casal. Tive sempre o cuidado de o respeitar, mas “garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.” Para além de cumprir o exposto em H3.1. do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011a), tive oportunidade de contribuir para a “satisfação do cliente”, tal como recomendado pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (OE, 2011b).

No que concerne às atividades que planeei/realizei descritas no anexo I, gostaria de destacar a interpretação do CTG e o toque obstétrico, como aquelas que desenvolvi com

mais facilidade. O Ensino Clínico IV (Cuidados à Grávida/Casal em Situação de Risco Materno-Fetal) já havia contribuído para a prática da monitorização externa por CTG, permitindo-me avaliar o traçado cardíaco fetal e seu bem-estar, bem como fazer a avaliação da dinâmica uterina materna com a finalidade de monitorizar e sinalizar qualquer sinal de sofrimento fetal e/ou qualquer avaliação que traduzisse um CTG não tranquilizador. Deste modo tive oportunidade de detetar algumas situações de alterações do CTG, como hipertonia uterina e bradicardia fetal mantida. Esta ação permitiu a implementação das respetivas intervenções terapêuticas que proporcionaram melhores *outcomes* materno-fetais. No que diz respeito ao toque obstétrico, foi extremamente pertinente e importante o contributo e experiência adquiridas do já mencionado Ensino Clínico IV (Cuidados à Grávida/Casal em Situação de Risco Materno-Fetal), onde tive o primeiro contato com esta técnica, revelando-se uma mais-valia para esta UC ER, pois denotei um grande desenvolvimento, conseguindo avaliar corretamente “a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto” (OE, 2011a, p.8864).

No que diz respeito à avaliação da integridade do canal de parto, inicialmente senti alguma dificuldade na identificação das estruturas necessárias (mucosa vaginal, musculo e pele) para a correta aplicação das técnicas de reparação, no entanto este obstáculo foi facilmente superado, nomeadamente devido ao suporte da OL. Contudo, em situações de maior complexidade, devido à extensão das lesões, ou devido às características dos tecidos, foi necessário referenciar a situação, dando assim cumprimento ao preconizado pela OE (2011a, p.8664), onde refere “Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”.

A unidade de competência H3.3. de H3. do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011a, p.8664), menciona que o EEESMOG “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” se tornou relevante o surgimento frequente de oportunidades de prestar cuidados a mulheres com patologia associada e/ou prévia à gravidez, tais como diabetes gestacional e doença hipertensiva (crónica ou induzida pela gravidez), pois permitiram o desenvolvimento mais aprofundado da competência H3. Foi tónica dominante neste percurso a contínua revisão de literatura e aprofundamento de

conhecimentos teóricos, principalmente nas situações de presença de patologia, dada a importância da atualização de conhecimentos (ICM, 2002).

Também surgiram duas situações de Síndrome de Help no puerpério imediato, que acarretam a necessidade de realizar registo de balanço hídrico rigoroso. No seu preenchimento a equipa constatou que a folha de registo utilizada apresentava algumas lacunas e, por iniciativa própria, procedi à sua otimização, criando uma proposta de alteração da folha de registo de balanço hídrico (anexo X), que à data do término deste UC ER aguardava aprovação pela equipa. A reformulação desta folha de registo foi apontada como de grande utilidade pela responsável do serviço.

Foram bastantes as situações em que pude realizar educação para a saúde, de acordo com as necessidades identificadas, utilizando “técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada” tal como refere o ICM (2002, p.8). A título de exemplo, educação relativamente: às características dos estádios do trabalho de parto; aos métodos não farmacológicos e farmacológicos de controlo da dor; à participação ativa durante o trabalho de parto; à parentalidade e vinculação; aos cuidados no puerpério; às características do RN; ao aleitamento materno; entre outros. Fui sempre garantindo o esclarecimento de dúvidas ou questões colocadas pela mulher/casal. Com esta atitude contribui, especificamente, para o desenvolvimento das unidades de competências H2.1., H3.1. e H4.1. do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011a).

Fomentei a implementação de alguns dos métodos não farmacológicos de controlo da dor recomendados, contudo a grande maioria das mulheres/casais elegeram como método de controlo da dor a analgesia epidural, que é realizada na fase ativa do TP pelo anestesista. Colaborei com este profissional durante a realização desta técnica, dando assim resposta aos pontos H3.1.3. e H3.1.6. da OE (2011a, p.8664) que refere que o EEESMOG “Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”. Neste procedimento procurei, apoiar a mulher durante a sua realização, pois o posicionamento e imobilização durante a técnica de colocação do cateter epidural assim como a dor decorrente da contratilidade tornam-se muito desconfortáveis. Deste modo pude contribuir para a “(...) promoção o conforto e bem-estar da parturiente (...)” (OE, 2011a, p.8664).

Fiz registos no partograma de todas as grávidas/parturientes ao meu cuidado, tendo, inicialmente, sentido alguma dificuldade no seu preenchimento e respetiva interpretação, situação que se desvaneceu com o evoluir da UC ER. Tomei consciência da importância deste registo na avaliação da progressão do TP, bem como da sua importância no diagnóstico de desvios da normalidade, o que implicava algumas intervenções necessárias ao melhor desenrolar do TP.

A aplicação de “(...) técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica (...)” (OE, 2011a, p. 8664) permitiram a realização de quarenta e um partos eutócicos com apresentação cefálica, com um ganho progressivo de autonomia, da minha parte, na execução destas técnicas, e com a respetiva supervisão da OL. Como evidenciei a OL foi um elemento fulcral no que diz respeito ao meu desenvolvimento de competências. Pelas mais diversas causas, tais como: incompatibilidade feto-pélvica, paragem de progressão do TP, falha na indução do TP, entre outras, colaborei em doze partos distócicos (dez ventosas, dois fórceps), onde prestei cuidados imediatos ao RN.

Partejar será o culminar deste processo de aprendizagem que encetei há cerca de dois anos, é conseguir transpor para a prática todos os conteúdos teóricos adquiridos ao longo desta árdua caminhada académica e assim completar o processo de aquisição de competências do EEESMOG. Estes não foram apenas momentos de aquisição de competências, mas sim, experiências gratificantes, pela vivência de sentimentos positivos e avassaladores que surgem no momento em que nasce um bebé.

No sentido de desenvolver competências no otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina, prestei cuidados imediatos a 107 RN, permitindo a “(...) avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (...)” (OE, 2011a, p.8664). Promovi a vinculação precoce e o contato pele-a-pele, sempre que este era desejo da mulher/casal. Também a promoção do aleitamento materno, assumiu uma grande importância nos cuidados que prestei durante o quarto estágio do TP. Enquanto conselheira em aleitamento materno pela UNICEF/OMS, durante esta UC ER, fiz o aconselhamento de acordo com as indicações destas entidades e com as necessidades identificadas nas diferentes situações tendo sempre o cuidado de as validar com a mulher/casal. A referir que foi muito gratificante para mim poder proporcionar apoio nesta área tão importante dos cuidados de enfermagem.

Também de acordo com a competência “H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.” Do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011a, p.8664), a minha prestação de cuidados no quarto estágio foi de encontro à promoção da “(...) saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal (...)”, nomeadamente de educação para a saúde sobre as características do puerpério, transição para a parentalidade, autocuidado e cuidados ao RN, entre outras. Gostaria ainda de referenciar a importância das competências desenvolvidas no EC II (Cuidados no Puerpério), e no EC III (Cuidados de Saúde Primários) pois a intervenção do EEESMOG, neste período do ciclo de vida da mulher, favorece a adaptação ao processo de parentalidade. Bem como a prestação cuidados especializados e individualizados na recuperação fisiológica da mulher, no seu bem-estar psicológico e emocional, visam favorecer a autonomia na prestação de cuidados ao recém-nascido, promovendo a vinculação, assim como a incorporação na família, pois a parentalidade é “(...) um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis.” (Lowdermilk & Perry, 2008, p.522).

Lowdermilk e Perry (2008, p.981) referem que “(...) tornar-se pai ou mãe é um marco muito importante do desenvolvimento que é antecipado pela maioria dos homens e mulheres da nossa sociedade, mas associada à gravidez e ao nascimento pode estar a perda”. Durante este percurso tive a possibilidade de prestar cuidados a mulheres/casais a viver esta perda. Houve momentos em que me limitei a estar presente, a dar a minha mão para que fosse apertada, mas em todas as situações atuei de acordo com as necessidades manifestadas pela mulher/casal, indo de encontro ao que referido pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011a) em H2.2.9., H2.2.10., H2.2.11. e H2.3.8.

O meu interesse em conhecer contextos diferentes no âmbito dos cuidados especializados em saúde materna e obstetrícia levou-me a solicitar junto do departamento de relações internacionais da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa um estágio de observação em Londres, sendo sugerido o Barkantine Birth Centre, que tem como missão

a prestação de cuidados em ambiente familiar, proporcionando uma abrangente gama de serviços de qualidade pré-natais, intraparto e pós-parto. Onde os cuidados são assegurados por midwives (algumas também com formação de enfermagem) e que possuem total autonomia na vigilância da gravidez e do trabalho de parto de baixo risco.

Considero que esta foi uma experiência muito enriquecedora e relevante para o meu crescimento pessoal e profissional, permitindo o desenvolvimento de competências às quais me propus quando abracei este projeto de formação de EEESMOG. Proporcionou-me a consolidação de conteúdos teóricos relacionados com a temática “parto normal” lecionados em sala de aula assim como da pesquisa que tenho vindo a realizar em torno desta temática. Isto deve-se ao facto de ter tido a oportunidade de constatar que a evidência científica é colocada em prática no Barkantine Birth Centre, sendo esta abordagem extremamente pertinente e importante de modo a proporcionar uma experiência positiva de parto normal à mulher/casal. Permitiu-me, ainda, interiorizar que o parto dito “normal” existe, que é, efetivamente, uma verdade, ainda que em Portugal, esta seja uma realidade distante tendo em conta a medicalização/instrumentalização na qual está envolto. Permitiu-me, também, constatar que, de facto, a tecnologia é importante, mas apenas em situações clinicamente justificadas, e não de forma banalizada.

Este estágio de observação no Barkantine Birth Centre decorreu na companhia de uma colega do 2º CMESMO. Ambas elaborámos uma apresentação (anexo VIII) em sala de aula no sentido de partilhar a nossa experiência com os docentes e colegas do 2º CMESMO. Considero que foi muito útil esta partilha, uma vez criou um ótima oportunidade de reflexão sobre a prática dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecologia.

A análise e a reflexão crítica que têm sido uma constante no decurso do meu caminho profissional e, inevitavelmente, também o foram neste percurso formativo. A constante observação e cogitação relativas às situações que foram vivenciadas ao longo de todo o meu trajeto de aprendizagem assim como a discussão dos diversos casos clínicos, que tive oportunidade de analisar e acompanhar, foram uma mais-valia para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEESMOG. Para tal, acho pertinente referir a importância e a contribuição valiosa das avaliações formativas que

foram realizadas com o docente orientador e a OL na medida em que estas me permitiram realizar uma autoavaliação do meu desempenho, face aos objetivos propostos, e, ainda, a reflexão sobre o mesmo, tendo, por isso, sido promotores do desenvolvimento de competências.

A realização dos diários de aprendizagem constituiu, igualmente, dois momentos muito relevantes de reflexão crítica, no que concerne ao desenvolvimento de capacidades reflexivas promotoras do meu desenvolvimento pessoal e profissional. A escolha das situações vividas prendeu-se com a importância que lhes atribuí neste percurso formativo.

O primeiro momento é referente à experiência vivida durante o estágio de observação no Barkantine Birth Centre em Londres como anteriormente apresentado (anexo VI). O diário de aprendizagem II foi escolhido de entre muitas situações similares de cuidados, pois a relação estabelecida com algumas parturientes foi extraordinária e houve momentos em que senti que os cuidados que prestei marcaram a diferença daquele momento tão significativo na vida das mulheres/casais, de quem cuidei como se pode verificar pelo descrito no diário de aprendizagem II (anexo VII).

2.2. Desenvolvimento de competências na área da investigação

Apóstolo e Gameiro (2005) definem a investigação em enfermagem como um processo sistemático, científico e rigoroso, que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Os enfermeiros têm, ainda, a responsabilidade profissional de aumentar os seus conhecimentos relativamente aos cuidados de saúde, no decurso da sua prática, de modo a desenvolverem as suas competências (Craig & Smyth, 2004).

A realização de uma revisão sistematizada da literatura foi o ponto de partida para o concretizar deste objetivo, e proporcionou o desenvolvimento de competências na área da investigação, necessárias ao desempenho do enfermeiro especialista, uma vez que necessariamente conduziu ao uso das “(...) tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.” (OE, 2011a, p.8653).

2.2.1. Revisão sistematizada da literatura

Segundo Craig e Smyth (2004, p.182) a revisão sistemática da literatura é uma atividade de investigação considerada de extrema importância para apreciar a eficácia das intervenções, denominando-a de “(...) ”o padrão de ouro” para a prática baseada na evidência”. Esta permite o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem alicerçados na evidência científica (Ramalho, 2006). A mesma autora refere-se à revisão sistemática da literatura como sendo uma forma de se conhecer o “estado da arte” relativamente a uma temática. No entanto há que desenvolver um conhecimento específico na área em estudo, capacidade constante de reflexão relativamente aos achados que efetivamente contribuem para o conhecimento que se procura e, efetuar um inventário das lacunas encontradas (Ramalho, 2006). Deste modo realizei uma revisão da literatura com metodologia de revisão sistemática da literatura.

Face à pesquisa inicial da literatura, anteriormente apresentada, defini como questão de partida para a revisão da literatura: ***Quais os benefícios para a parturiente, da promoção da deambulação durante o trabalho de parto por parte do EEESMOG?*** Como linha orientadora para a construção da questão de investigação e para identificação dos conceitos exploratórios, recorri ao método de PI[C]OD (Ramalho, 2006), assim considerei:

- ✿ Participantes – Parturientes (primíparas);
- ✿ Intervenção – Promover a deambulação;
- ✿ Comparações – Quando existentes;
- ✿ Outcomes (Resultados) – Benefícios decorrentes da promoção da deambulação durante o trabalho de parto;
- ✿ Desenho dos estudos – Tendo em vista uma revisão abrangente serão considerados todos os estudos, não havendo critério de exclusão relacionado com o desenho do estudo.

A base de dados eletrónica observada: EBSCH Ohost (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text). Os descritores foram utilizados com a seguinte orientação: [“intrapartum care” OR “management of labor” OR “labor”; “midwi*” OR “nurs*” OR “nursing intervention”; “walk*” OR “ambulation in labor” OR “movement”, e (“intrapartum care” OR “management of labor” OR “labor”) AND (“midwi*” OR “nurs*” OR “nursing

intervention”) **AND** (“walk*” OR “ambulation in labor” OR “movement”)], as palavras foram procuradas em texto integral.

Como critérios de inclusão defini: artigos com foco na temática; artigos publicados em inglês, espanhol ou português; com texto completo. Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos com metodologia pouco clara, sem foco na temática, e repetidos nas duas bases de dados, com data de publicação anterior a Janeiro de 2000.

O processo de pesquisa foi efetuado no mês de janeiro de 2012, tendo sido realizada uma atualização no mês de abril de 2012, que foi sobreponível à pesquisa anterior. Procedi a nova atualização da pesquisa em julho de 2012, não existindo alteração relativamente às pesquisas anteriores. O resultado final da pesquisa apresenta apenas um artigo que reúne os critérios de elegibilidade. O percurso metodológico levado a cabo encontra-se exemplificado no quadro I.

Quadro I – Percurso metodológico da pesquisa na base de dados EBSCOhost.

| Pesquisa no motor de busca EBSCOhost com os descritores selecionados | | |
|---|---|--|
| intrapartum care OR management of labor OR labor | midwi* OR nurs* OR nursing intervention | walk* OR ambulation in labor OR movement |
| ▼ | ▼ | ▼ |
| Cinahl=23202 Medline=92993 Total= 116195 | Cinahl =611582 Medline=572774 Total= 1184356 | Cinahl =4243 Medline=346573 Total= 350816 |
| Conjugação dos descritores selecionados | | |
| (intrapartum care OR management of labor OR labor) AND (midwi* OR nurs* OR nursing intervention) AND (walk* OR ambulation in labor OR movement) | | |
| ▼ | | |
| Cinahl =38 | Total= 31 | Medline=3 |
| Seleção dos artigos segundo os critérios inclusão e exclusão | | |
| ▼ | | |
| Cinahl =1 | Total=1 | Medline=0 |

O artigo eleito é uma revisão sistemática da literatura, onde se pode verificar que a promoção da deambulação é uma intervenção recomendada, sem evidência de prejuízo para o TP. Corrobora, igualmente, a importância que os cuidados de enfermagem assumem, nomeadamente os cuidados prestados pelo EEESMOG, no sentido de promover escolhas informadas pela mulher/casal, baseadas na evidência científica (Romano & Lothian, 2008).

Quadro II: Resumo do artigo selecionado na pesquisa.

| AUTOR | TITULO | PALAVRAS-CHAVE | OBJETIVOS | DESENHO | LOCAL |
|---|--|---|--|-----------------------------------|--------------|
| ROMANO, Amy M.; LOTHIAN, Judith A. | Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence | Breastfeeding, Doulas, Labor support, Obstetric intervention Induction of labor Spontaneous labor | Apresentar a importância da prática baseada na evidência científica. Descrever as práticas que promovem e apoiam o parto normal | Revisão sistemática da literatura | EUA |
| ACHADOS | | | | | |
| <p>A evidência científica sugere que interferir no processo fisiológico do trabalho de parto normal aumenta o risco de complicações para mãe e bebê. As enfermeiras estão numa posição privilegiada para promover cuidados que possibilitam a mulher fazer escolhas informadas, baseadas na evidência científica. Sendo discutido o modo como as enfermeiras podem promover tais cuidados baseados na evidência científica e proporcionando às mulheres um parto normal, com todos os seus benefícios.</p> <p>São ainda descritas seis práticas, que de acordo com a evidência científica, de como promovem, protegem e apoiam o parto normal. São elas: trabalho de parto deve iniciar-se espontaneamente; liberdade de movimentos; apoio contínuo durante o trabalho de parto; sem intervenções e rotina; esforços expulsivos espontâneos em posição não supina; manter mãe e bebê juntos.</p> <p>É apresentado um estudo onde é feita uma associação entre a deambulação no trabalho de parto e diminuição do risco de parto distócico (Albers et al., 1997). Acrescentando que nenhum estudo mostrou evidências de que a deambulação no trabalho de parto fosse prejudicial (Storton, 2007).</p> <p>Refere a importância dos programas de preparação para a maternidade/paternidade, no empoderamento das mulheres e na sua própria capacidade para parir, fornecer conhecimento sobre o parto normal.</p> <p>Apresenta a importância de criarem condições que promovam e apoiem o parto normal, como por exemplo, assegurando a liberdade de movimentos e a deambulação em segurança. Sendo quer os enfermeiros têm assim a oportunidade de modificar as práticas hospitalares, pois a sua prática é baseada na evidência científica e promove resultados saudáveis.</p> | | | | | |

2.2.2. Estudo Empírico

A investigação traz para a enfermagem o aumento de conhecimentos de forma a melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Para Polit e Hungler (1995, p.24): “A pesquisa em enfermagem é a investigação sistemática, destinada a desenvolver conhecimentos sobre os temas de importância para as enfermeiras, incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem”.

O desenho de investigação permite ao investigador traçar um plano que visa dar resposta aos objetivos e consequentemente à questão de partida (Fortin, 2009). A minha escolha recaiu no desenho descritivo simples, uma vez que é um dos desenhos utilizados na investigação não experimental, e “(...) visa fornecer uma descrição e uma classificação detalhada de um fenómeno determinado (...)” (Fortin, 2009, p. 236), tendo verificado que este se adequou ao estudo em questão.

Para dar resposta à questão de partida, decidi completar a minha experiência com um estudo empírico de abordagem qualitativa na medida em que pretendo ter uma compressão alargada dos benefícios da promoção da deambulação durante o trabalho de parto assim como das estratégias a desenvolver na sua promoção, e, segundo Fortin (2009), este é um dos objetivos dos métodos qualitativos.

Optei pela observação participante dos cuidados prestados no bloco de partos, para o qual construí um plano de observação sendo o resultado desta observação descrita nas três notas de campo (anexo III, IV e V). Nestas notas de campo pode verificar-se a minha intervenção no sentido de promover a deambulação, tendo sempre em atenção aquela que era a escolha da parturiente/casal.

A prestação de cuidados associada à observação revelou-se um excelente meio de desenvolver competências enquanto futura EEESMOG, pois tal como refere Correia (2009) a observação participante permite uma interação com os sujeitos alvo da investigação, permitindo uma visão muito próxima das suas vivências. Ao prestar todos os cuidados inerentes ao TP, bem como ao promover a deambulação durante o TP, tive a oportunidade de observar e identificar os seus benefícios, estando o relato desta observação nas notas de campo elaboradas (anexo III, IV e V). Considero que esta estratégia foi uma mais-valia para a concretização deste objetivo.

As participantes foram as parturientes internadas no bloco de partos do Hospital Dr. José de Almeida - HPP Cascais em fase ativa do trabalho de parto, e que cumpram os critérios de inclusão. Sendo estes os seguintes: parturientes ao meu cuidado; primíparas; idade gestacional de termo (trinta e sete – quarenta e duas semanas); feto único com apresentação cefálica; início espontâneo de trabalho de parto; se rutura de membranas, a apresentação deve estar apoiada e sem suspeita de procedência do cordão. Inicialmente tinha projetado que um dos critérios de inclusão seria sem analgesia epidural, contudo devido ao grande número de parturientes que eram sujeitas a analgesia epidural, tive necessidade de alterar este critério e incluir parturientes com analgesia epidural, que não apresentassem alterações motoras ou sensitivas dos membros inferiores. Uma vez que as parturientes são submetidas a uma técnica de epidural (*walking epidural*) que permite a deambulação. Como critérios de exclusão considere as complicações durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

No início da UC ER criei algumas expectativas quanto à disponibilidade das parturientes em deambular durante o trabalho de parto, pois pensei que estariam dispostas a fazê-lo, contudo das cento e catorze parturientes ao meu cuidado, apenas três aceitaram deambular durante o trabalho de parto. Considero que este facto foi um constrangimento para o desenvolvimento deste projeto.

Para Fortin (2009, p.371) a observação é uma fonte de dados, existindo vários meios de registar o resultado das observações efetuadas, e “(...) constitui frequentemente o meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou acontecimentos”. A autora distingue observação entre *Observação não estruturada*, e *Observação estruturada*, tendo a minha escolha recaído sobre esta última, uma vez que “(...) consiste em observar e em descrever, de forma sistemática, comportamentos e acontecimentos que dizem respeito ao problema em investigação.” (Fortin, 2009, p.371-372.),

Segundo Fortin (2009) o investigador deve planificar cuidadosamente as observações para que estas sejam consideradas como científicas e para tal recomenda a construção de um plano de observação. Assim elaborei um plano de observação que se encontra no anexo II que foi cumprido com todo o rigor no sentido de minimizar o risco de ocorrência de erros, pois, de acordo com Fortin (2009, p. 374), “(...) um método de observação é considerado como fiel se os resultados que ele produz são precisos, exatos e constantes”.

A informação resultante do plano de observação, está exposta em notas de campo (anexo III, IV e V), que segundo Bogdan e Biklen (1994, p.150) são descritas como “(...) o relato escrito sobre o que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo”.

A análise de conteúdo é fundamental na análise de dados colhidos (Fortin, 2009), e reveste-se de alguma complexidade. Segundo a mesma autora “Trata-se de medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos.” Fortin (2009, p.379). Em seguida organizam-se os dados por categorias, sendo as características do conteúdo a avaliar são geralmente definidas e predeterminadas pelo investigador (Fortin, 2009).

Foi então, realizada análise de conteúdo dos diários de campo (III, IV e V), que, segundo Bardin (2009, p.27) “(...) não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”.

Bardin (2009) recomenda que para a organização da análise devem seguir-se três fases distintas:

- ✿ A pré-análise sendo esta caracterizada pela sistematização das ideias iniciais, direcionando a um esquema preciso do esquema de análise. Tendo por objetivo a organização dos dados colhidos;
- ✿ A exploração do material consiste principalmente em operações de codificação, de decomposição ou enumeração. Assim, a análise e interpretação dos dados colhidos foi baseada na codificação das notas de campo, onde cada uma delas foi codificada com uma letra de A a C. A cada unidade de contexto foi atribuído um código de acordo com o seu significado (por exemplo à unidade de contexto “Bem-estar/conforto por estarem a deambular.”, corresponde o código BE). A cada unidade de registo foi atribuído um número de ordem (1, 2, 3...), de acordo com o surgir no texto (por exemplo o código BE 2 A corresponde à segunda vez que a unidade de contexto “Bem-estar/conforto por estarem a deambular” surge na nota de campo codificada como A;
- ✿ O tratamento dos resultados obtidos e interpretação pretende que os resultados brutos sejam tratados de maneira a serem significativos, sendo os dados colhidos

foram organizados de forma a extrair a sua expressividade. Deste modo as três notas de campo foram analisadas e codificadas meticulosamente, tendo sido construídos quadros que permitiram agrupar a informação por categorias, unidade de contexto e unidades de registo.

Posteriormente procedi à categorização que, segundo Bardin (2009) é “(...) uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos.” (Bardin, 2009, p.145). Utilizei o critério de categorização semântica (Categorias temáticas). Permitindo assim a organização dos dados.

Após análise das três notas de campo, construí o quadro III, onde são apresentadas as categorias e unidades de contexto definidas com base no enquadramento teórico efetuado, na revisão da literatura realizada, e na definição de competências do EEESMOG. Defini duas categorias: “*Parturiente a deambular*”, e “*Competências do EEESMOG*”, com as respetivas unidades de contexto.

Quadro III: Categorias e Unidade de contexto que emergiram das notas campo.

| CATEGORIAS | UNIDADES DE CONTEXTO |
|--------------------------------|---|
| Parturiente a deambular | Bem-estar/conforto por estarem a deambular. |
| | Preferência pela deambulação versus posição de deitada. |
| | Controlo do trabalho de parto. |
| Competências do EEESMOG | Criação de condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo do trabalho de parto. |
| | Capacitação para a tomada de decisão. |
| | Respeito pelas expectativas relacionadas com o trabalho de parto. |
| | Promoção de métodos não farmacológicos de controlo da dor. |
| | Satisfação da mulher/casal. |
| | Conhecimento da parturiente sobre a importância da deambulação no trabalho de parto. |

No quadro que se segue apresento as Unidades de Contexto e Unidade de Registo, relativas à Categoria “Parturiente a deambular, onde podemos observar que emergiram as unidades de contexto: Bem-estar/conforto por estarem a deambular; Preferência pela deambulação versus posição de deitada; Controlo do trabalho de parto.

Quadro IV: Unidades de Contexto e Unidade de Registo, relativas à Categoria
“Parturiente a deambular”.

| UNIDADES DE CONTEXTO | UNIDADES DE REGISTO |
|---|--|
| Bem-estar/conforto por estarem a deambular | <ul style="list-style-type: none"> - “(...) sabia bem deambular.” (BE 1 A) - “(...) termos permitido e incentivado a deambulação, prática esta que lhe proporcionou a sensação de ter beneficiado o trabalho de parto (...)” (BE 2 A) - “Percebi que a deambulação foi sentida como vantajoso para esta parturiente, tendo sido verbalizado por esta ao longo do trabalho de parto (...)” (BE 3 A) - “(...) deambular a (ajudava a controlar a dor e a) fazia sentir-se melhor (...)” (BE 1 B) - “Senti que a possibilidade de deambular proporcionou bem-estar a esta parturiente.” (BE 2 B) - “Percebi que a deambular AS apresenta-se menos tensa (...)” (BE 1 C) |
| Preferência pela deambulação versus posição de deitada | <ul style="list-style-type: none"> - “(...) referiu que preferia deambular a estar deitada (...)” (PD 1 A) - “(...) já tinha estado a deambular (...)” (PD 1 B) - “(...) perguntou se podia deambular, pois estava “farta da cama (...)” (PD 2 B) - “(...) referiu preferir deambular relativamente a estar deitada (...)” (PD 1 C) |
| Controlo do trabalho de parto | <ul style="list-style-type: none"> - “Senti que a parturiente ficou satisfeita por estar a participar de forma ativa no seu trabalho de parto.” (CT 1 A) - “(...) deambular a ajudava a controlar a dor e a fazia sentir-se melhor (...)” (CT 1 B) |

A preferência por deambular foi unanimemente apresentado em todas as notas de campo, estando estes achados de acordo com Porto, Amorim e Souza, 2010; Baker, 2010, que relatam que os autores apresentam a deambulação como preferência da grande maioria das parturientes, apesar de não haver posições universalmente aceites como ideais.

Relativamente ao controlo do TP permitido pela deambulação, foi referenciado em duas parturientes, mas fica demonstrado que pode ser uma atividade que proporciona a “(...)participação ativa da parturiente no seu trabalho de parto(...)” (CT 1 A), e com indicação para ser estimulado, tal como referenciado por Baker (2010).

Relativamente às Unidades de Contexto e Unidades de Registo, apresento o Quadro V, referente à Categoria Competências do EEESMOG, onde podemos observar que emergiram as unidades de contexto: Criação de condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo do trabalho de parto; Capacitação para a tomada de decisão; Respeito pelas expectativas relacionadas com o trabalho de parto; Promoção de métodos não farmacológicos de controlo da dor (deambulação, e outras posições verticais massagem, bola de pilatos, hidroterapia); Satisfação da mulher/casal; Conhecimento da parturiente sobre a importância da deambulação no TP.

Quadro V: Unidades de Contexto e Unidades de Registo, relativas à Categoria Competências do EEESMOG.

| UNIDADES DE CONTEXTO | UNIDADES DE REGISTO |
|--|---|
| Criação de condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo do trabalho de parto | <ul style="list-style-type: none"> - “(...) PS estava aparentemente bem-disposta, mas o seu fácies demonstrava desconforto, pelo que lhe perguntei como se sentia, se tinha dor.” (CA 1 A) - “Foi deambulando pelo quarto, umas vezes apoiada em mim, outras vezes apoiada no marido, pelo que mantive a monitorização por CTG, ajustando os transdutores sempre que havia perda de sinal.” (CA 2 A) - “(...) ao que lhe disse que não estava ali para a julgar, mas para a cuidar e que acredito nas suas queixas (...)” (CA 3 A) - “(...) salientando a importância do facto de termos acreditado nas suas queixas e não acharmos que estava a ser “piegas”.” (CA 4 A) - “(...) monitorizada com CTG por telemetria que mantive, apesar de por vezes apresentar perdas de sinal. Fui vigiando e sempre que necessário reposicionei os transdutores para melhorar a captação de sinal.” (CA 1 B) - “Acrescentei ainda a importância da vigilância por parte de um técnico de saúde uma vez que poderia ocorrer alguma alteração a nível motor/sensitivo, tendo-me disponibilizado para o fazer.” (CA 2 B) - “Deixei-a sozinha como era seu desejo, mas mostrando novamente a minha disponibilidade, e retifiquei o lugar e alcance do dispositivo de chamada. (CA 3 B) - Reforcei que quando quisesse levantar-se era importante chamar e que eu estaria à sua inteira disposição.” (CA 4 B) - “(...) estava visivelmente cansada, pelo que sugeri que descansasse, mesmo que não dormisse, tentasse relaxar.” (CA 2 C) - “Expliquei a necessidade de realizar uma respiração controlada, focando a importância da respiração para o bebé. Verifiquei que sempre que esta se conseguia concentrar na respiração a sua agitação era menor e a dor melhor suportada, sendo este facto verbalizado por AS (...)” (CA 2 C) |
| Capacitação para a tomada de decisão | <ul style="list-style-type: none"> - “Quando me perguntou se poderia voltar a deambular, deixei sempre claro que essa era uma decisão sua, e que eu estaria disponível para apoiar no que fosse necessário.” (TD 1 A) - “Reforcei a importância de alternar períodos de atividade com períodos de descanso, sempre de acordo com o que sentisse necessidade de fazer.” (TD 1 B) - “Nesta altura aproveitei para dirigir a minha intervenção para a educação para a saúde nomeadamente relativamente à participação ativa que a parturiente pode ter durante o seu trabalho de parto, como a deambulação (...)” (TD 1 C) - “Mais uma vez estimulei a deambulação e outras posições verticais, mas sublinhando que eram apenas sugestões e que ela é que iria decidir qual seria a posição mais confortável para si.” (TD 2 C) |
| Respeito pelas expectativas relacionadas com o trabalho de parto | <ul style="list-style-type: none"> - “(...) mantendo a convicção de não querer analgesia epidural, o que respeitei sempre (...)” (RE 1 B) - “Agradeceu ainda o fato de não lhe termos imposto intervenções, como no caso da analgesia epidural (...)” (RE 2 B) - “(...) por lhe termos permitido fazer algumas escolhas, como a possibilidade de deambular.” (RE 2 B) |
| Promoção de métodos não farmacológicos de controlo da dor (deambulação, e outras posições verticais massagem, bola de pilatos, hidroterapia) | <ul style="list-style-type: none"> - “(...) aproveitei para reforçar as vantagens da deambulação. Acrescentei ainda que havia disponível também bola de pilatos, e que, se fosse o seu desejo (...)” (PM 1 A) - “(...) dirigi a minha intervenção para a educação para a saúde nomeadamente relativamente ao ensino de alguns dos meios não farmacológicos de controlo da dor que lhe poderia proporcionar, como o posicionamento, a deambulação, o uso da bola de pilatos, a massagem.” (PM 1 B) - “Voltei a sugerir a deambulação, adoção de posições verticais, uso da bola de Pilatos, e o porque da sua importância, nomeadamente como métodos não farmacológicos de controlo da dor (...)” (PM C) |
| Satisfação da mulher/casal | <ul style="list-style-type: none"> - “Voltou a frisar a importância que foi para si os cuidados que lhe proporcionamos, nomeadamente o acreditarmos que não estava a ser “piegas” (...)” (SC 1 A) - “(...) satisfação por lhe termos permitido e incentivado a deambulação (...)” (SC 2 A) - “Senti que esta mulher/casal estavam notoriamente satisfeitos com os cuidados que prestei.” (SC 1 B) - “(...) AS disse “muito obrigada por tudo”(sic).” (SC 1 C) |
| Conhecimento da parturiente sobre a importância da deambulação no TP | <ul style="list-style-type: none"> - “Encontrava-se a deambular, elogiei-a pela iniciativa, e esta sorriu e disse “no curso de preparação para o parto disseram-me que era bom”(sic) (...)” (CP 1 A) - “Acrescentou que iria alternar com a deambulação pois também tinha aprendido que era benéfico (...)” (CP 1 B) |

No quadro V podemos assim vislumbrar as competências do EEESMOG. A criação de condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo do TP exemplifica esta questão na medida em que este utiliza o seu conhecimento para o bem do outro, facilitando assim a passagem através das transições da vida e de acontecimentos desconhecidos como o é o caso do TP, como refere Swanson (1993).

Os EEESMOG são os profissionais com quem a mulher/casal mais contatam, são estes profissionais que prestam cuidados de forma individualizada, conseguindo colmatar as necessidades da cada mulher/casal, assim como providenciar cuidados de excelência à experiência de parto. Expressões como “(...) *salientando a importância do facto de termos acreditado nas suas queixas e não julgarem que estava a ser “piegas”.*” (CA 4 A), denotam o clima de confiança que consegui estabelecer com a parturiente/casal.

A disponibilidade demonstrada em expressões como “*Foi deambulando pelo quarto, umas vezes apoiada em mim, outras vezes apoiada no marido, pelo que mantive a monitorização por CTG, ajustando os transdutores sempre que havia perda de sinal.*” (CA 2 A), e “*Acrecentei ainda a importância da vigilância por parte de um técnico de saúde uma vez que poderia ocorrer alguma alteração a nível motor/sensitivo, tendo-me disponibilizado para o fazer.*” (CA 2 B), são igualmente exemplo das competências do EEESMOG, e que manifestam o proporcionar de condições de acordo com as necessidades de cada parturiente/casal, uma vez que a mobilidade, nomeadamente a deambulação foram uma necessidade avaliada. Facto corroborado por Swanson (1991), em citação de Mártires (2003) que refere que estar com envolve “estar lá”, comunicando uma disponibilidade contínua, e partilhando sentimentos de alegria ou sofrimento”.

Fica demonstrado em expressões como “*Mais uma vez estimulei a deambulação e outras posições verticais, mas sublinhando que eram apenas sugestões e que ela é que iria decidir qual seria a posição mais confortável para si.*” (TD 2 C), que a educação para a saúde efetuada foi no sentido de proporcionar informação que permite a parturiente decidir de uma forma esclarecida, e que, tal como refere Swanson (1993), quem cuida deve colocar o seu conhecimento científico ao dispor dos seus clientes permitindo, assim, à parturiente/casal a capacidade de decisão.

Foi igualmente demonstrada a disponibilidade, para acompanhar a parturiente, o que se coaduna com o defendido por Swanson (1993) quando refere que estar emocionalmente

presente para o outro, envolve *estar lá*, transmitindo uma disponibilidade contínua e partilhando sentimentos. Esta competência fica patente em expressões como *“Quando me perguntou se poderia voltar a deambular, deixei sempre claro que essa era uma decisão sua, e que eu estaria disponível para apoiar no que fosse necessário.”* (TD 1 A).

Relativamente ao respeito pelas expectativas relacionadas com o TP, e apesar de só se encontrarem expressas na nota de campo B são expressões como *“Agradeceu ainda o facto de não lhe termos imposto intervenções, como no caso da analgesia epidural (...)”* (RE 2 B) que demonstram que foram desenvolvidas competências que permitiram o estabelecimento de uma relação terapêutica com a parturiente/casal.

A promoção de métodos não farmacológicos de controlo da dor é uma recomendação de cuidado ao parto normal, expressa pela OMS desde 1996, no Manual Maternidade Segura, e igualmente salientado pela OE (2012) no documento *“Pelo direito ao Parto Normal – Uma visão partilhada”*, e também apresentada como critério de avaliação das competências do EEESMOG pela OE (2011a). É evidente o meu empenho em promover este cuidado, por expressões como *“Voltei a sugerir a deambulação, adoção de posições verticais, uso da bola de Pilatos, e o porque da sua importância, nomeadamente como métodos não farmacológicos de controlo da dor (...)”* (PM C).

Relativamente à satisfação da parturiente/casal esta é notória em expressões como *“(...) satisfação por lhe termos permitido e incentivado a deambulação (...)”* (SC 2 A), e *“Senti que esta mulher/casal estavam notoriamente satisfeitos com os cuidados que prestei.”* (SC 1 B), sendo este contentamento resultante dos cuidados por mim prestados durante a UC ER, demonstrando o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMOG. Mais uma vez faço referência ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011b), onde a satisfação do cliente é indicador da qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMOG. Relativamente a este ponto, também Hodnett (2002, p.163) refere que *“A satisfação materna com o parto não está tão relacionada com o alívio da dor, mas sim mais intimamente relacionada com as atitudes e comportamentos dos seus cuidadores*

(...)”, sendo esta satisfação ficado evidenciada por expressões como *“Voltou a frisar a importância que foi para si os cuidados que lhe proporcionamos, nomeadamente o acreditarmos que não estava a ser “piegas”(...)”* (SC 1 A).

De referir que o conhecimento prévio sobre a importância da deambulação do trabalho de parto apenas é mencionado em duas notas de campo, este facto está relacionado com a educação para a saúde durante a gravidez, sendo esta uma área dos cuidados onde é importante investir, corroborando o que é mencionado por Baker (2010).

2.3 Desenvolvimento de competências na área da formação

Chiavenato (1993) refere que o conhecimento muda a cada instante, em função da mudança e da inovação, é uma atualização contínua para que este não se torne obsoleto e ultrapassado nos seus conceitos, logo a formação assumiu sem dúvida uma importante atividade no desenvolver de competências a que me propus.

No planeamento das minhas atividades fazia parte uma ação de formação em serviço com o objetivo de partilhar a evidência científica encontrada ao longo do desenvolvimento do meu projeto relacionada com a temática em estudo: a deambulação durante o TP. Formação que aconteceu mas conjuntamente com as restantes mestrandas a realizar a UC ER no Hospital Dr. José de Almeida - HPP Cascais, uma vez que todas desenvolvemos temáticas que se interligam de alguma forma. Foram elas: O *empowerment* da mulher durante o trabalho de parto; Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto; Contributo da Bola de Nascimento durante o trabalho de parto (anexo IX). O grupo optou também por apresentar de uma forma resumida o documento apresentado pela OE a 5 de maio de 2012 “Pelo direito ao parto normal – Uma visão partilhada”. Decorreu na sala de reuniões do Bloco de Partos a 24 de maio de 2012.

Esta sessão de formação tornou-se mais uma atividade de extrema importância neste percurso formativo na medida em que consegui comunicar os aspetos mais importantes relativamente à deambulação durante o TP, nomeadamente a abordagem das questões

em torno da analgesia epidural, uma vez que a maioria das parturientes é submetida a este tipo de analgesia, e ainda subsistem algumas dúvidas por parte dos EEESMOG em torno desta temática. Realcei o que a literatura evidencia relativamente a este tipo de analgesia (*walking epidural*) e os cuidados de enfermagem inerentes a essa prática.

Foi uma excelente oportunidade de partilha, uma vez que a troca de experiências entre os elementos participantes, de uma forma bidirecional resultou num estupendo momento de reflexão sobre a prática dos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstetrícia no que concerne à temática em questão. Senti como gratificante a possibilidade de a minha intervenção, através desta formação, ter funcionado como agente facilitador no reconstruir de conhecimentos e saberes, com o fim de promover mudanças de atitudes e de comportamentos por parte dos profissionais.

Considero que desenvolvi da melhor maneira competências ao nível da formação, indo assim de encontro ao que refere a OE (2009) ao referir que as áreas da formação e da investigação são de fundamental importância para o desenvolvimento da Enfermagem. Também a OE (2011a), p.8653) refere que é competência do enfermeiro especialista alicerçar “(...) a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (...)”, deste modo considero muito importante a concretização deste objetivo II, por permitir o desenvolvimento de competências nestas áreas, nomeadamente o preconizado no ponto D2. do Regulamento das competências específicas do EEESMOG..

2.4. Considerações éticas

A Ética é a fundamentação do agir humano, contribuindo para a orientação da conduta humana. Segundo Renaud citado por Reis e Rodrigues (2002, p.43) a Ética “(...) visa o projeto e o dinamismo intrínseco do agir humano, na medida em que abrange o domínio da realização ou afirmação do sujeito por ele próprio”.

A Ética é uma reflexão crítica contínua sobre o nosso agir, ou seja, do nosso íntimo, que se vai traduzir em atitudes do próprio perante a vida e perante os outros, não se impondo a ninguém, como refere Queirós (2001, p.80), a Ética “(...) dá-nos as ferramentas para enfrentarmos as difíceis decisões com adequação e pensamento organizado”. Para Reis e Rodrigues (2002, p.77) a enfermagem “(...) é uma profissão que mobiliza todo o nosso ser, exige da nossa parte uma grande doação e disponibilidade a tempo inteiro”. São

inerentes à enfermagem o respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos, sem distinção de raça, religião, idade, sexo, ideologia política ou posição social.

O cuidar em enfermagem é um processo complexo e que requer a articulação com várias áreas do saber. Cuidar de seres humanos, pressupõe lidar com um ser único, com diferentes formas de agir, com crenças e valores próprios. O enfermeiro na sua prestação de cuidados tem de estar consciente de que tem um conjunto de normas ético jurídicas das quais o CDE. O mesmo é facilitador da promoção da saúde e prevenção da doença, pois só assim se garante a qualidade da prestação de cuidados de excelência.

Durante todos os cuidados que prestei à mulher/casal tive sempre o cuidado de que todas as intervenções de enfermagem fossem “(...) realizadas com a preocupação da defesa e da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (...)” tal como previsto no CDE, no nº 1 do Artigo 78º do Decreto-Lei nº 104/98 (1998, p.1754). Tive sempre presente a importância de me identificar como enfermeira de cuidados gerais e estudante do CMESMO.

Nesta perspetiva, o enfermeiro deverá basear a sua intervenção, na defesa dos interesses dos RN/mulher/casal e suas famílias, com a preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade e respeito pela pessoa humana, visando a excelência do exercício profissional (Artigo 78º e 79º do CDE/Decreto-Lei nº 104/98). Exige-se cada vez mais que o enfermeiro, para além de respeitar e promover a normativa moral do seu código deontológico, desenvolva também um espírito de reflexão ética que lhe permita agir sempre visando o respeito pela condição humana de quem está a ser alvo dos seus cuidados.

A enfermagem com o objetivo de promover a saúde, prevenir a doença e cuidar de pessoas assume a responsabilidade perante a comunidade, a família e os indivíduos de apresentar uma conduta ideal. O REPE no artigo 4º, ponto 1 do Decreto-Lei nº 104/98 (1998), refere ainda que Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como

objetivo prestar cuidados de enfermagem ao Ser Humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Ainda segundo o REPE/ Decreto-Lei nº

104/98, artigo 8º, ponto 1, capítulo IV no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

Reconhecendo-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência. Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade. A investigação em enfermagem não exclui estas exigências e requisitos, devendo obedecer aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos. Estes princípios, sendo comuns a qualquer investigação, têm no entanto particularidades inerentes à disciplina científica que lhe serve de base (Martins, 2008).

Citando Martins (2008, p.63) a ética é “(...) um conjunto de valores e princípios que permitem optar pelo melhor para o investigado (...)”, tendo como objetivo o dever de respeitar a pessoa. Não podem, por isso, existir dúvidas que à investigação em enfermagem se aplicam os princípios universais da ética. Seja qual for a natureza do projeto de investigação, os princípios éticos universais em saúde, da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça, deverão ser respeitados e orientarão todos os momentos dessa investigação.

Em todas as etapas deste estudo de investigação e da prestação de cuidados foram salvaguardados os princípios éticos acima descritos, nomeadamente o da confidencialidade também ela descrita no CDE/ Decreto-Lei nº 104/98 (1998, p.1755) na alínea d) no artigo 85º Artigo que afirma o dever de “(...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados”.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da UC ER constituiu uma excelente oportunidade de desenvolvimento de competências, na medida em que permitiu que os conteúdos teóricos previamente adquiridos fossem aplicados na prestação de cuidados e permitiu, também, consecutivamente, o desenvolvimento de competências essenciais ao meu desempenho, enquanto futura EEESMOG contribuindo para o desenvolver conhecimento prático (saber fazer).

No decurso desta UC ER tornou-se evidente a importância de ter um projeto que servisse de fio condutor para o percurso que queria fazer, e eixo estruturante relativamente às estratégias e atividades que pretendia realizar visando o desenvolvimento de competências, tendo este sido sustentado pela evidência científica. Foi fundamental alicerçar o meu cuidar no modelo teórico de Kristen Swanson, uma vez que é uma teoria globalizante, que tem em conta a unicidade do outro, na qual me identifiquei no que se refere ao nosso conceito de cuidar em Enfermagem. A relação de parceria que estabeleci, a implicação mútua no cuidar, a abertura emocional para o outro, o fazer pelo outro, e com o outro, facilitando assim a passagem por mudanças de vida, neste caso a vivência da maternidade/paternidade. Sempre com o objetivo de proporcionar esperança e confiança na capacidade da mulher/casal, o que permitiu dar visibilidade à minha atuação enquanto futura EEESMOG.

Este Relatório de Estágio foi o culminar de uma jornada formativa muito intensa. A sua elaboração foi uma experiência agradável, positiva e enriquecedora, na medida em que permitiu refletir a prática das estratégias e atividades projetadas, e os seus contributos para o meu desenvolvimento enquanto futura EEESMOG.

Desde sempre a enfermagem tem estado ligada a dois aspetos fundamentais, o **cuidar**, a essência da profissão, e o facto do seu percurso histórico se confundir com a imagem feminina. Desde a antiguidade que o nascimento esteve associado a uma prática de cuidados femininos, ancorada a um saber empírico transmitido de geração em geração (Collière, 2003).

A prática de cuidados dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia tem um percurso efetuado sob os desígnios das alterações socioeconómicas e culturais. Estes

assumem grande importância no âmbito dos cuidados de saúde, pois influenciam o comportamento humano e condicionam atitudes em diferentes contextos. A gravidez, parto e nascimento, têm sido encaradas de diversas maneiras ao longo dos tempos, desde os conhecimentos empíricos da antiguidade passando posteriormente sob a influência da medicina institucionalizada a uma prática mais mecanicista e dicotômica da mulher.

A OMS (1996), a APEO (2009) e mais recentemente a OE (2012) detêm recomendações expressas sobre a importância da liberdade de movimentos, nomeadamente a deambulação devido às suas inúmeras vantagens. A pesquisa efetuada sobre a temática denota as vantagens e os benefícios para a mãe e bebé, através da sua recomendação expressa, sendo, uma forma de cuidado benéfica, que deve ser encorajada. Todavia, apesar da evidência concreta das vantagens da mobilidade materna, as ideias preconcebidas e os costumes continuam a prevalecer, com predomínio da posição dorsal, independente do desejo da parturiente.

Atendendo que as ações de enfermagem correspondem a tudo o que melhora as condições e que favorece o desenvolvimento da saúde, prevenindo e limitando a doença, importa referir que, quando não há doença, segundo Collière (1999) os enfermeiros devem cuidar no sentido de desenvolver as capacidades do indivíduo/família face aos vários acontecimentos que surgem ao longo da vida. Assim o enfermeiro especialista assume a responsabilidade e dever de desenvolver competências específicas no sentido de promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto (OE, 2011a).

É cuidado do enfermeiro especialista acompanhar a mulher/casal nesta experiência única e irrepetível, que é parir, procurando estabelecer uma relação ao ser um ponto de referência constante. Assim, é gratificante observar nas notas de campo, a satisfação que as mulheres/casal expressaram relativamente aos cuidados de enfermagem. A importância do cuidar do enfermeiro especialista é fulcral. Como refere Coutinho (2004, p.62), “A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental sendo determinante que o enfermeiro veja o corpo da mulher, não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de outros cuidados.”

De acordo com a revisão sistematizada da literatura, encontrei escassa bibliografia sobre a deambulação durante TP, uma vez que apenas foram selecionados dois artigos, e a deambulação apenas surge como recomendação para o trabalho de parto, enquadrada naquelas que são as recomendações para o parto normal, tal como refere a OE (2012). No entanto, não foram encontrados estudos que descrevam os benefícios da deambulação.

Na informação obtida é recomendado que a deambulação seja uma prática a ser promovida pelos EEESMOG, apesar de existirem poucos estudos científicos sobre os seus benefícios. Penso que poderia ser de elevada pertinência a realização de um estudo sobre esta questão, que permitisse reforçar a importância da deambulação durante TP através da evidência científica que a investigação produz.

Através da análise reflexiva das estratégias desenvolvidas, constatei que a promoção da deambulação traz benefícios à parturiente sendo, para tal, importante a relação estabelecida entre o EEESMOG e a mulher/casal. Verifiquei ainda que a deambulação durante o TP melhora a experiência de parto da mulher, e apoia a fisiologia normal do nascimento. Referências como a preferência pela deambulação e a sensação de bem-estar mencionadas pelo facto de lhes ser permitida a deambulação, denotam a importância da mesma durante o TP, na medida em que proporcionam satisfação e conforto à mulher durante o seu TP, sendo que a satisfação do cliente, de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. (OE, 2011b) é um ponto importante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMOG.

Relativamente às limitações do estudo, as mesmas são importante que as limitações sejam vistas como oportunidades para melhorar o trabalho efetuado, devendo ser encaradas como possíveis caminhos para investigações futuras. Durante o desenvolvimento deste relatório surgiram algumas limitações, que se relacionaram com as minhas características pessoais e, também, com fatores externos que apresento de seguida.

A minha experiência enquanto investigadora não é muito vasta, pelo que constituiu uma dificuldade que procurei ultrapassar, através da aquisição de conhecimentos e da

realização de pesquisa bibliográfica aprofundada relativamente a todas as questões ligadas a um estudo de investigação.

Existem um grande número de fatores que se encontram envolvidos durante o TP e que o podem influenciar, quer positivamente, quer negativamente, desde o estado emocional e físico da parturiente, o ambiente físico do serviço, entre outras, sendo estes fatores na maioria das situações impossíveis de controlar, impedindo assim resultados claros sobre a questão colocada.

Durante a UC ER de entre as parturientes que cuidei apenas três parturientes aceitaram deambular durante o trabalho de parto. Relaciono este facto com o desconhecimento, a insegurança e algumas motivações culturais, das parturientes, pois demonstraram pouco interesse pela deambulação durante TP.

O desenvolvimento deste projeto fomentou momentos de discussão sobre as recomendações no cuidado ao parto normal, nomeadamente no que concerne à deambulação durante o TP. A prática deste cuidado e a realização da sessão de formação em serviço permitiu a discussão sobre a importância destas práticas no seio da equipa de enfermagem, deu origem, por sugestão da EEESMOG responsável do serviço, a que no futuro sejam elaboradas normas de orientação clínica relativamente aos cuidados ao parto normal.

São os EEESMOG que permanecem vinte e quatro horas por dia junto da parturiente e, estar com a parturiente, inclui estar lá emocionalmente, envolvido no evoluir do TP, partilhar sentimentos, mostrar disponibilidade, permitindo-lhe expor os seus sentimentos, dando-lhe tempo, escutando-a atentamente, tal como exposto por Swanson (1993), de modo que a parturiente compreenda a preocupação e a atenção do enfermeiro. O cerne dos cuidados de enfermagem são a prestação de cuidados individualizados, que promovam conforto e a satisfação das necessidades emocionais dentro de uma abordagem holística modelo de saúde e, também, promovendo a educação para a saúde e o autocuidado. Pode mesmo significar simplesmente estar com as mulheres, respondendo às necessidades emocionais e físicas.

Atualmente, o grande desafio do EEESMOG consiste na promoção das práticas recomendadas nos cuidados ao parto normal, onde está incluída a deambulação, pois as

unidades de cuidados obstétricos estão muito bem equipadas. Porém os protocolos necessariamente instituídos não são os ideais para uma filosofia de cuidados ao parto normal, sendo este na maioria das situações muito intervencionadas. Os EEESMOG são os profissionais melhor posicionados para potenciar o uso de práticas de cuidado que suportam o parto normal, pelas suas competências científicas, técnicas e relacionais. No presente é perceptível a tentativa de mudança nas práticas que favorecem os cuidados ao parto normal, uma vez que o cuidar do enfermeiro especialista assenta na evidência científica, pretendendo, pois, reposicionar a mulher como protagonista do seu trabalho de parto.

Neste sentido é importante o desenvolvimento de projetos de investigação realizados por EEESMOG, com objetivo de auscultar a mulher/casal sobre as suas experiências de parto. Igualmente fundamental é a criação de recomendações das práticas de cuidado ao parto normal, nomeadamente sobre a deambulação durante TP, de modo a extrair daí conclusões sobre estas mesmas práticas, pois segundo Benner (2005, p.57) “(...) à medida que as especialistas documentam os seus atos, será possível avançar nos estudos e desenvolver novos domínios de conhecimento (...)”.

Pelo que fará parte do meu desenvolvimento profissional futuro, um projeto de investigação no sentido de conhecer quais as experiências de trabalho de parto das mulheres/casal, relacionadas com as práticas recomendadas no cuidados ao parto normal, pois desenvolvo a minha atividade profissional no âmbito dos cuidados de saúde primários, e tenho como alvo dos meus cuidados a mulher/família, nomeadamente no pós-parto, parece-me pois, que este momento será o *timing* ideal para auscultar as experiências de parto da mulher/casal.

Gostaria de sugerir a importância e pertinência da articulação entre as várias unidades de saúde, ou seja entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares, no sentido de dinamizar os processos de comunicação e garantir a continuidade de cuidados prestados nas diferentes unidades de saúde. Pretendo propor ao representante do ACES Sintra-Mafra, na Unidade Coordenadora Funcional a criação de grupos de trabalho constituídos por elementos das várias instituições de saúde que prestam cuidados à mulher/casal, no sentido de identificar e desenvolver as estratégias a

implementar nas várias unidades de saúde, visando a implementação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito dos cuidados ao parto normal, nomeadamente a educação para a saúde que pode ser efetuada em torno desta temática. Bem como a criação de manuais de boas práticas e normas de orientação clínica relacionadas com o parto normal.

Enquanto futura EEESMOG, para além dos cuidados inerentes ao cuidar do EEESMOG e às competências que estão atribuídas, pretendo também, desenvolver atividades de educação para a saúde em torno dos cuidados ao parto normal, contribuindo assim, para o empoderamento da mulher/casal, através de sessões de educação para a saúde no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Espero que as reflexões aqui apresentadas, sustentadas na evidência científica, possam contribuir para o desenvolvimento das Ciências de Enfermagem, pela importância que o conhecimento dos benefícios da deambulação durante TP proporciona à mulher/casal, como alvo dos cuidados do EEESMOG. Reforçando assim a importância da deambulação durante TP como recomendação expressa do cuidado ao parto normal.

Tendo presente tudo o que foi referido pude confirmar como é determinante a relação que o enfermeiro especialista estabelece com a mulher/casal, sendo fundamental que não a veja apenas como uma simples rotina de trabalho de parto que se está a desenrolar e que irá culminar no nascimento de um bebé.

Considero que os objetivos propostos em projeto para o desenvolvimento de competências, foram atingidos no finalizar da UC ER, sendo notória a sua repercussão na minha prestação de cuidados especializados às mulheres/casais, evidenciado pela evolução de um nível iniciada para um nível de competente, de acordo com Benner (2005). Globalmente penso que o trabalho desenvolvido e os resultados obtidos foram muito bons, proporcionando-me momentos de aprendizagem importantes que irão transitar para a minha prática diária, tendo sido merecedora na avaliação final a classificação qualitativa **EXCELENTE** (anexo XI).

Não quero deixar de realçar o ambiente salutar promovido pela equipa de enfermagem do HPP Cascais, que proporcionou o bom desenvolvimento das minhas atividades, contribuindo assim para a prossecução dos meus objetivos enquanto mestranda.

Considero ter atingido plenamente os objetivos do relatório, descrevendo, analisando e refletindo sobre as atividades desenvolvidas de uma forma sintética.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, O. M. (2007). *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Apóstolo, J. L., & Gameiro, M. G. (2005). Referências ontoepistemológicas da investigação em enfermagem: uma análise crítica. *Referência*, pp. 29-38.
- Associação dos enfermeiros obstetras. (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Loures: Lusociência.
- Baker, K. (2010). Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*, pp. 492-497. Obtido em 20 de 5 de 2011, de <http://www.chimat.org.uk/resource/item.aspx?RID=94327>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Botelho, M. A. (2011). Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Carvalho, G. S. (2006). *Actividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.
- Chiavenato, I. (1993). *Introdução à teoria geral da administração*. São Paulo: McGraw.Hill.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a Vida*. Loures: Lidel.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Correia, M. d. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar em Enfermagem*, pp. 30-36.

- Costa, G. A., Pereira, L. F., & Silva, T. F. (2011). CUIDADOS DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO PARTO NORMAL. *Cogitare Enfermagem*, pp. 82-87.
- Coutinho, E. C. (2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu - Revista Millenium*, pp. 29-37.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática baseada na evidência - Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Decreto-lei nº 104/98. (21 de Abril de 1998). *Diário da Republica I - Série A. 93(Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).)*, 1739-1753. Ministério da Saúde.
- Decreto-lei nº 107/98. (21 de Abril de 1998). *Diário da Republica I Série A(Código Deontológico dos Enfermeiros)*, 1753-1756. Ordem dos Enfermeiros.
- Dias, M. F. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências*. Loures: Lusociências.
- Dicionário da Língua Portuguesa. (2012). Porto: Porto Editora.
- Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório. (2012). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Freitas, M. P. (2011). *Comadres e Matronas*. Loures: Lusociência.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-fetal*. Lisboa: Lidel.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, pp. 160-172.

- Hospitais Privados de Portugal - Cascais. (2012). Obtido de <http://www.hppcascais.pt/pt/Cuidamos/Paginas/maternidade.aspx>
- Internacional Confederation of Midwives. (2002). *COMPETÊNCIAS ESSENCIAS PARA A PRÁTICA BÁSICA DAS PARTEIRAS*. (C. d. Ordem dos Enfermeiros, Trad.) Internacional Confederation of Midwives.
- Kitzinger, S. (1996). *Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo as competências dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Oeiras: Gráfica 2000.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade (7ª Edição ed.)*. Loures: Lusociência.
- Mamede, F. V., Gomes, F. G., Almeida, A. M., Panobianco, M. S., & Nakano, A. M. (2007). O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, 11, pp. 466-471. Obtido em 20 de 5 de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000300011&script=sci_arttext
- Martins, J. C. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, pp. 62-66.
- Mártires, M. A. (2003). Ser pessoa na prática dos cuidados de enfermagem. *Nursing*, pp. 25-26.
- Nunes, L. (2009). Unidade Curricular de Enfermagem (Documento de apoio). Escola Superior de Saúde de Setúbal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Perfil de Competências comuns e específicas das Especialidades Clínicas em Enfermagem. *Caderno Temático - Modelo de desenvolvimento profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011 a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da Republica nº 35 - II Série*, 8662-8666.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011 b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011 c). Parecer Nº 16 / 2011. *Realização e posicionamento da grávida durante a monitorização/registo cardiotocográfico electrónico externo em consulta de vigilância pré-natal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal - Uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Assistência ao parto Normal: um guia prático*. Genebra: Unidade de Maternidade Segura.
- Osava, R. H., & Tanaka, A. C. (1997). Os paradigmas da enfermagem obstétrica. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, pp. 96-108.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e profissionais de Saúde.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Porto, A. M., Amorim, M. M., & Souza, A. S. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *FEMINA*, pp. 527-497. Obtido em 20 de 05 de 2011, de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1709.pdf>
- Queirós, A. A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Ramalho, A. (2006). Estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, pp. 51-56.
- Reis, F. F., & Rodrigues, V. M. (2002). *A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem*. Lisboa: Climepsi.
- Rezende, J. (2005). *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, pp. 94-105.
- Sabatino, H., Dunn, P. M., & Caldeyro-Barcia, R. (2000). *Parto Humanizado: Formas Alternativas*. São Paulo: Editora Unicamp.
- Santos, M. J., & Baptista, M. A. (2000). Importância da deambulação durante o trabalho de parto. *Revista APEO*, pp. 21-26.
- Sardo, D. (2006). O olhar da parteira!... *Revista APEO*, pp. 39-40.
- Serrano, M. T., Costa, A. S., & Costa, N. M. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 13-23.
- Serrão, D., & Nunes, R. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, pp. 161-166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 352-357.
- Vargens, O. M., Progianti, J. M., & Silveira, A. C. (2008). O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 339-346.

ANEXOS

ANEXO I – Quadro de atividades programadas e realizadas.

QUADRO DE ATIVIDADES PROJETADAS/REALIZADAS

A prestação de cuidados especializados foi uma das estratégias definidas para a concretização do projeto Estágio com Relatório, assim projetei atividades a realizar para cada objetivo definido para este EC ER. Tendo sempre como fio condutor o plano de estudos do CMESMO da ESEL, o Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG, a OE, e o ICM.

Sendo o desenvolvimento do projeto um processo dinâmico é necessariamente flexível, pelo que foi forçoso adicionar atividades (assinaladas com *), devido à sua pertinência para o desenvolvimento do projeto na perspetiva de cumprir os objetivos e competências implícitas na ação de um EEESMOG. Apresento em seguida as atividades projetadas em paralelo com as atividades realizadas.

| OBJETIVO I | |
|--|--|
| Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem, à mulher/família durante o período pré-natal, o trabalho de parto e o período pós-natal. | |
| ATIVIDADES PROJETADAS | ATIVIDADES REALIZADAS |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Pesquisa bibliográfica. ☼ Consulta dos processos clínicos. <p>Consulta de documentos existentes no serviço, guias orientadores, projetos, protocolos, normas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☼ Atuação de acordo com as orientações do Hospital Dr. José de Almeida - HPP Cascais e as competências específicas do EEESMOG. | <p>No início do EC consultei as normas do serviço e sempre que necessário recorri a estes documentos para esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Durante do EC ER recorri à pesquisa bibliográfica no sentido de fundamentar e articular conhecimento teórico com a prática.</p> <p>Atuei de acordo com o regulamentado pelas competências específicas do EEESMOG, tendo em atenção as orientações do Hospital Dr. José de Almeida - HPP Cascais.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Acolhimento da mulher/casal, estabelecendo uma relação de ajuda. ☼ Colheita de dados para anamnese (antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos). ☼ Avaliação da grávida de acordo com a idade gestacional. ☼ Consulta do Boletim Individual de Grávida e Exames Complementares de diagnóstico realizados durante o período pré-natal, nomeadamente os resultados analíticos relativamente serologias da rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, hepatite B e C, VIH I e II, VDRL e pesquisa de estreptococos do grupo B no exsudado rectal e vaginal. ☼ Avaliação da frequência de cursos de preparação para o | <p>Realizei as atividades descritas a todas 114 mulheres que estiveram ao meu cuidado durante a admissão/acolhimento no bloco de partos do Hospital Dr. José de Almeida - HPP Cascais. Permitindo a aplicação dos conteúdos teóricos, previamente adquiridos, através das atividades projetadas, na prestação de cuidados e, consecutivamente, o desenvolvimento de competências essenciais ao meu desempenho, enquanto futura EEESMOG tendo, também, sido cruciais para atingir os objetivos previamente definidos.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>nascimento/parentalidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☼ Avaliação física inicial de modo a monitorizar alterações fisiológicas, avaliar risco e identificar complicações. ☼ Realização do Exame obstétrico: <ul style="list-style-type: none"> • Realização das Manobras de Leopold; • Avaliação da altura do fundo do útero; • Determinação do local da auscultação cardíaca fetal. ☼ Avaliação do bem-estar fetal (auscultação dos batimentos cardíacos fetais e/ou monitorização por CTG de acordo com idade gestacional). ☼ Realização do exame bimanual para avaliação do colo uterino, pavimento pélvico e alterações obstétricas/ginecológicas. | |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Promoção da participação do convivente significativo durante o trabalho de parto, e de acordo com as expectativas e desejos de ambos. * | <p>Atividade desenvolvida durante todo o EC ER.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Informação acerca das estratégias farmacológicas para alívio da dor. ☼ Promoção de estratégias não farmacológicas no alívio da dor e redução da ansiedade, como deambulação, hidroterapia, musicoterapia, jatos de água quente, técnicas respiratórias e de relaxamento na bola de Pilatos, entre outros. ☼ Redução da luminosidade e o ruído, mantendo música suave, se possível, e de acordo com a preferência da mulher/casal. ☼ Colaboração nas técnicas de analgesia epidural. ☼ Administração de terapêutica prescrita. | <p>Estas atividade foram colocadas em prática, tendo sempre em consideração as necessidades e preferências da mulher/casal.</p> <p>As medidas não farmacológicas são melhor aceites nas mulheres que têm conhecimento prévio, dos seus benefícios, adquirido nos cursos de preparação para a maternidade/parentalidade.</p> <p>Neste EC ER a totalidade das mulheres/casal que cuidei optaram pela analgesia epidural, tendo colaborado e apoiado a parturiente durante a técnica.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Vigilância da evolução do trabalho de parto tendo em conta: <ul style="list-style-type: none"> • Características de contratilidade uterina; • Características de batimentos cardíacos fetais; • Avaliação da monitorização por CTG; * • Toque obstétrico e avaliar características do colo; • Observação da integridade das membranas; • Observação das características do líquido amniótico; * • Avaliação da apresentação fetal e respetiva descida, variedade, posicionamento; * • Queixas verbalizadas pela parturiente. ☼ Colaboração em técnicas, como amniotomia, RABA, monitorização interna. * ☼ Monitorização dos parâmetros de infeção no caso de RPM. ☼ Preparação do material necessário para a realização de parto eutócico. ☼ Realização de 40 partos eutócicos, no mínimo. ☼ Colaboração nos partos distócicos, das parturientes ao meu cuidado. * | <p>Tive ao meu cuidado 114 mulheres/casais, onde efetuei todas as atividades de vigilância da gravidez e/ou trabalho de parto. Estes não foram apenas momentos de aquisição de competências, mas sim, experiências gratificantes, pela vivência de sentimentos positivos e avassaladores que surgem no momento em que nasce um bebé.</p> <p>Sempre que foi necessário efetuar RABA, foram tomadas medidas de exclusão de prolapso do cordão umbilical, bem como a avaliação das características do líquido amniótico.</p> <p>Realizei 41 partos eutócicos.</p> <p>Colaborei em 12 partos distócicos.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Vigilância da grávida com patologia associada. ☼ Prestação de cuidados à grávida/ parturiente de acordo com a patologia. | <p>Durante a UC ER prestei cuidados a duas puérperas com diagnóstico de</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>eclampsia, e a três parturientes com diagnóstico de Diabetes Gestacional</p> <p>Colaborei com a equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados a duas parturientes em trabalho parto pré-termo.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Verificação do material necessário aos cuidados imediatos ao RN, nomeadamente o aspirador de secreções, fonte de oxigénio, entre outros.* ☼ Verificação do material necessário a reanimação do RN. * ☼ Prestação de cuidados imediatos ao RN. * ☼ Avaliação da adaptação a vida extrauterina pelo Índice de Apgar. * ☼ Colaboração com o neonatologista nos cuidados imediatos ao RN de parto distócico (ventosa, fórceps, cesariana. * ☼ Observação física do RN, nomeadamente para deteção e avaliação de malformações existentes. * ☼ Administração da Vitamina K via intramuscular para profilaxia da doença hemorrágica do RN. * ☼ Promoção da amamentação precoce. * ☼ Promoção do contacto pele-pele RN-mãe e/ou pai. * ☼ Informação à mulher/casal sobre os cuidados prestados ao RN. * ☼ Identificação do RN com as pulseiras de identificação preconizadas pelo Hospital Dr. José de Almeida - HPP Cascais. * | <p>Durante a UC ER foram desenvolvidas todas estas atividades de acordo com as necessidades identificadas.</p> <p>Prestei cuidados imediatos a 67 RN.</p> <p>Colaborei com o neonatologista na prestação de cuidados ao RN em 18 situações.</p> <p>Não ocorreu nenhuma situação em que tenha sido necessário proceder às manobras de reanimação neonatal.</p> <p>Houve um RN a quem prestei cuidados, que apresentava hipospádicas, pelo que comuniquei à mãe que o RN tinha uma malformação, que seria avaliado pela pediatria e que a seu tempo se procederia à sua correção, se necessário.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Promoção da relação precoce entre a díade/tríade. ☼ Promoção do contacto pele a pele, entre a díade/tríade, se este for o desejo da mulher/casal. ☼ Promoção amamentação precoce se for o desejo da mulher. ☼ Proporcionar o corte do cordão umbilical pelo convivente significativo, se for esse o seu desejo. | <p>Promovi a relação precoce, tendo a preocupação de conhecer, previamente os desejos e expectativas da mulher/casal em relação a estas atividades.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Realização de episiotomia, quando necessário, e respetiva episiorrafia. ☼ Realização de revisão do canal vaginal e suturar lacerações se verificar sua existência. ☼ Verificação da integridade da placenta e membranas amnióticas. ☼ Verificação das características e integridade do cordão umbilical. ☼ Realização revisão uterina manual, quando for necessário. | <p>Efetuei 30 episiotomias, e 6 perineorrafias resultantes de lacerações de grau II.</p> <p>Durante a dequitação natural, optei pela conduta passiva. A administração de ocitocina após dequitação de acordo com as normas do serviço.</p> <p>Verifiquei sempre a integridade da placenta e das membranas amnióticas, ocorreram dois casos de suspeita de membranas fragmentadas, pelo que foi pedida observação pelo obstetra de serviço. Ocorreu ainda um caso em que foi necessário revisão uterina manual, foi igualmente solicitada a observação pelo obstetra de serviço. Em ambas as situações específicas seria este o profissional mais competente para o fazer.</p> <p>Não se proporcionaram mais situações em que fosse necessária revisão uterina</p> |

| | |
|--|---|
| | manual, pelo que foi uma atividade não realizada. |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Monotorização da formação do globo de segurança de Pinard. ☼ Monotorização das características e quantidade das perdas hemáticas. ☼ Prestação de cuidados perineais. | Realizei 98 revisões de puerpério imediato, onde foram realizadas todas as atividades projetadas. |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Transmissão de todas as informações de forma individualizada tendo em conta as suas necessidades e o seu contexto social-económico-familiar. ☼ Mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas. ☼ Comunicar e esclarecer cuidados especializados a prestar, procedimentos a efetuar consoante as necessidades detetadas. ☼ Esclarecimentos das duvidas verbalizadas pela mulher/casal ou identificadas pelo EEESMOG, conforme a situação, e adequando as informações. ☼ Identificação das necessidades/problemas da grávida/casal, e sua validação junto destes. ☼ Planeamento de cuidados de enfermagem à grávida/casal tendo em conta as prioridades a as suas necessidades. | <p>Durante a minha prestação de cuidados mostrei total disponibilidade, quer no esclarecimento de dúvidas, quer no apoio presencial.</p> <p>Utilizei sempre linguagem compreensível, adequada à mulher/casal que cuidava, garantindo assim o seu efetivo esclarecimento.</p> <p>Identifiquei de forma correta as necessidades de cada mulher/casal e respetivo RN, colocando em prática o plano de cuidados de enfermagem.</p> <p>Realizei educação para a saúde de acordo com as necessidades detetadas.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Detecção precoce de complicações. ☼ Referenciação de situações que estão para além da minha área de atuação. | Sempre que ocorreram sinais de desvio na normalidade do trabalho de parto, estes foram comunicados à restante equipa multidisciplinar, como foram as situações de suspeita de sofrimento fetal, incompatibilidade feto-pélvica, paragem da progressão de trabalho de parto, membranas amnióticas fragmentadas, entre outras. |
| ☼ Colaboração com a equipa multidisciplinar, nos tratamentos instituídos durante o internamento. | Colaborei em todos os tratamentos instituídos, como a administração de medicação, realização de amnioinfusão. Realizei também algumas técnicas utilizadas na vigilância do bem-estar fetal, como a colocação de monitorização interna. |
| <ul style="list-style-type: none"> ☼ Elaboração de registos de enfermagem. ☼ Participação nas ocorrências orais durante a passagem de turno. * | <p>Elaborei registos de enfermagem nos documentos existentes no serviço, bem como realizei registos informáticos no programa em utilização no Hospital Dr. José de Almeida HPP - Cascais.</p> <p>Participei em todas as passagem de turno, efetuando ocorrências orais completas e com a linguagem científica adequada.</p> |
| ☼ Reflexão sobre as atividades desenvolvidas, através de reuniões informais e programadas com os orientadores da UC ER. | <p>Elaborei dois diários de aprendizagem.</p> <p>Sempre que oportuno discuti e refleti sobre situações vivenciadas na prática dos cuidados com a minha OL.</p> <p>Realizei duas avaliações formativas e uma avaliação formal com o OL e com docente orientador.</p> |

OBJETIVO II

Desenvolver competências técnicas, científicas, de investigação e de formação no âmbito da promoção da deambulação durante o trabalho de parto.

| ATIVIDADES PROJETADAS | ATIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">☼ Acolhimento personalizado à mulher/casal e família, estabelecendo uma relação de ajuda.☼ Estabelecimento de uma comunicação terapêutica. | Realizei as atividades descritas a todas 114 mulheres que estiveram ao meu cuidado durante a admissão/acolhimento e restante internamento no bloco de partos do Hospital Dr. José de Almeida -HPP Cascais. |
| <ul style="list-style-type: none">☼ Promoção da deambulação durante o trabalho de parto.☼ Promoção da participação do pai/acompanhante no estímulo da deambulação.☼ Realização de educação para a saúde sobre os benefícios da deambulação.☼ Esclarecimento de todas as dúvidas sobre a deambulação durante o trabalho de parto.☼ Mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas. | <p>Realizei as atividades descritas a todas 114 mulheres que estiveram ao meu cuidado no bloco de partos do Hospital Dr. José de Almeida - HPP Cascais.</p> <p>As medidas não farmacológicas são melhor aceites nas mulheres que têm conhecimento, prévio dos seus benefícios, adquirido nos cursos de preparação para a maternidade/parentalidade.</p> <p>Apenas três parturientes aceitaram deambular durante o trabalho de parto, pois referiam que se sentiam melhor a deambular versus posição de deitada.</p> |
| <ul style="list-style-type: none">☼ Implementação e execução de intervenções promotoras do parto normal. | Nas situações de baixo risco desenvolvi a atividade projetada, tendo sempre em atenção as orientações do Hospital Dr. José de Almeida – HPP Cascais. |
| <ul style="list-style-type: none">☼ Reflexão sobre as atividades desenvolvidas, através de reuniões informais e programadas com os orientadores da UC ER. | <p>Elaborei dois Diários de Aprendizagem.</p> <p>Sempre que oportuno discuti e refleti sobre situações vivenciadas na prática dos cuidados com a minha OL.</p> <p>Realizei duas avaliações formativas e uma avaliação formal, com o OL e com docente orientador.</p> <p>Realizei reuniões de orientação tutorial.</p> |
| <ul style="list-style-type: none">☼ Realização de uma sessão de formação em serviço sobre a deambulação durante o trabalho de parto. | Realizei uma formação em serviço com o tema “A deambulação durante o trabalho de parto”. Tendo esta sessão de formação sido um excelente momento de partilha com todos os elementos participantes, e conseqüentemente, proporcionou alguns momentos de reflexão sobre a prática dos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstetrícia no que concerne à temática em questão. |
| <ul style="list-style-type: none">☼ Realização de observação participante durante os meus cuidados a parturientes que aceitem deambular. * | Éfetuei observação participante a três parturientes. |

- ☼ Elaboração de notas de campo com vista a registar os dados obtidos através da observação participante. *
- ☼ Análise do conteúdo das notas de campo elaboradas. *
- ☼ Apresentação dos resultados obtidos com o estudo de abordagem qualitativa. *
- ☼ Realização de revisão sistematizada da literatura.
- ☼ Elaboração do relatório de estágio com vista à obtenção do grau de mestre. *

Elaborei três notas de campo, e respetiva análise de conteúdo.

Elaborei uma análise crítica e reflexiva sobre os achados na literatura.

Elaborei o relatório de estágio.

ANEXO II – Plano de observação.

PLANO DE OBSERVAÇÃO

O QUE OBSERVAR

- ↳ Idade;
- ↳ Ocupação;
- ↳ Grau de escolaridade.
- ↳ Adesão da parturiente à deambulação.
- ↳ Sensação da parturiente em relação à deambulação.
- ↳ Presença de dor (avaliação através de escala numérica em uso).
- ↳ Duração da fase ativa do trabalho de parto.
- ↳ Avaliação da apresentação fetal.
- ↳ Avaliação do bem-estar através da cardiotocográfica.
- ↳ Intervenções autónomas da enfermagem, de alívio da dor.
- ↳ Intervenções médicas (Oxitocina, RABA, epidural)
- ↳ Tipo de parto
- ↳ Apgar do RN no 1º e 10º minuto de vida.

QUANDO ANOTAR AS OBSERVAÇÕES

↳ Vou anotar os dados observáveis no início do contacto com a parturiente, e à medida que estes forem sucedendo, anotando também a hora a que sucedessem. As anotações serão complementadas no final de cada turno.

COMO SERÃO ANOTADAS AS OBSERVAÇÕES

↳ Num bloco de notas, e posteriormente transcreve-las para a nota de campo correspondente a cada participante, e se necessário complementa-las com mais informação.

ONDE SE FARÃO AS OBSERVAÇÕES

↳ A observação será efetuada no bloco de partos do HPP Cascais Dr. José de Almeida, onde decorrerá o Estágio com Relatório.

QUEM FARÁ AS OBSERVAÇÕES

↳ As observações serão realizadas por mim.

ANEXO III – Nota de campo A.

NOTA DE CAMPO A

| | |
|---|---------------------|
| LOCAL: Bloco de partos do HPP Cascais | |
| OBSERVADOR: ECMESMO Adelaide Bento | TURNO: Noite |
| ANAMNESE | |
| <p>Nome fictício: PS Idade: 28 anos. Grau de escolaridade: Ensino Superior (Mestrado). Ocupação: Professora do ensino secundário. Índice Obstétrico: 0000. Tempo de Gestação: 39 semanas + 6 dias. Gravidez Viguada. Acompanhada durante TP: SIM (marido) Frequência de curso de preparação maternidade/parentalidade: Sim Antecedentes Pessoais: Não relevantes. Internada com diagnóstico de início do trabalho de parto. Toque obstétrico na admissão: permeável a dois dedos. Apresentação alta e móvel. CTG: Boa variabilidade, com FCF+/- 140bpm. Dinâmica uterina regular de amplitude média-alta, 3-4 contrações em 10 minutos. Duração da fase ativa do trabalho de parto: 3:30</p> | |

| DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO | COMENTÁRIOS DO OBSERVADOR |
|---|--|
| <p>Entrei às 23h para fazer o turno da noite. Após a passagem de ocorrências a minha orientadora disse-me que iria cuidar da parturiente internada na sala de partos.</p> <p>PS tinha sido internada durante o turno da tarde por início do trabalho de parto. Apresentava sinais vitais dentro de parâmetros normais, apirética. CTG com boa variabilidade, com FCF+/- 140ppm. Dinâmica uterina regular de média amplitude, cerca de 3-4 contrações por minuto. No último toque obstétrico realizado pela colega do turno da tarde, apresentava colo permeável a 2 dedos com 80 % de apagamento.</p> <p>Cerca das 23:15, logo após a passagem de turno, dirigi-me à sala. PS encontrava-se acompanhada pelo seu marido pelo que me apresentei ao casal. PS estava aparentemente bem-disposta, mas o seu fácies demonstrava desconforto, pelo que lhe perguntei como se sentia, se tinha dor. Esta respondeu que tinha dores relacionadas com a contractilidade, mas que a dor era suportável.</p> <p>Aproveitei para explicar a escala de dor utilizada no serviço e que a iria questionar sobre a dor ao longo do trabalho de parto de modo a poder ajuda-la com os meios de controlo da dor disponíveis no serviço. Nesta altura refere um score de dor 4-5, aproveitei para lhe perguntar se desejaria analgesia epidural, assim que o trabalho de parto o permitisse, ao que me respondeu que sim, mas que me diria quando o desejasse.</p> <p>Encontrava-se a deambular, elogiei-a pela iniciativa, e esta sorriu e disse "<i>no curso de preparação para o parto disseram-me que era bom</i>"(sic), nesta altura aproveitei para reforçar as vantagens da deambulação. Acrescentei ainda que havia disponível também bola de pilatos, e que, se fosse o seu desejo, também poderia utilizar, ao que esta me respondeu que talvez experimentasse, mas que lhe sabia</p> | <p>Senti que a parturiente ficou satisfeita por estar a participar de forma ativa no seu trabalho de parto, por estar a deambular.</p> |

bem deambular.

Cerca das 0:10 refere agravamento das queixas álgicas, com score de dor 7-8, e perguntou se já poderia realizar analgesia epidural. Pedi-lhe que se deitasse para fazer toque obstétrico, no sentido de avaliar a evolução do trabalho de parto, apresentava o colo apagado com 3-4 cm de dilatação, bolsa amniótica tufada. Apresentação bem apoiada, no plano II de HODGE. CTG: mantinha boa variabilidade com FCF+/- 140-150 bpm. Dinâmica uterina regular 4-5 contrações/10 minutos.

Chamei o anestesiologista e PS foi submetida à colocação de cateter epidural que lhe permitiu iniciar a analgesia epidural. Analgesia epidural cerca das 0:30, sob "Protocolo B" sendo. Esta foi, inicialmente, eficaz, pois PS referiu score de dor 1-2 após a administração da mesma.

Cerca das 0:50 perguntou-me se poderia voltar a deambular, ao que lhe respondi que se sentisse controlo total das pernas sim, mas sempre com a minha supervisão/acompanhamento, e disponibilizei-me para a acompanhar. Foi deambulando pelo quarto, umas vezes apoiada em mim, outras vezes apoiada no marido, pelo que mantive a monitorização por CTG, ajustando os transdutores sempre que havia perda de sinal.

Aproveitei mais uma vez para reforçar a importância da deambulação e das posições verticais durante o trabalho de parto. Foi seu desejo levantar-se e referiu que preferia deambular a estar deitada, tendo tolerado muito bem o levantar e deambulação.

Cerca das 1:10 apresenta REBA com saída de líquido claro. Após a REBA refere agravamento da dor e disse "*eu juro que não estou a ser piegas, mas as dores estão muito fortes de novo*"(sic), referindo score de dor 8-9, ao que lhe disse que não estava ali para a julgar, mas para a cuidar e que acredito nas suas queixas.

Pedi-lhe, novamente, que se deitasse para poder realizar novo toque obstétrico, e apresentava colo com 9 cm de dilatação. A apresentação no plano de II de HODGE. Nesta altura preferiu permanecer deitada, recomendei que ficasse em decúbito lateral. Efetuei nova administração analgésica pelo cateter epidural apenas com o analgésico correspondente ao "Protocolo B", sendo moderadamente eficaz, pois PS manteve score de dor 5-6.

Comentou que não estava a espera que o trabalho de parto fosse tão rápido, e que achava que era devido à deambulação, manifestando o seu agrado pela situação e referindo que era uma boa sensação, apesar da dor. Acrescentou ainda que não estava a ser "piegas" referindo sentir dor muito intensa.

Cerca das 1:45 referiu vontade de fazer "força". Apresentava já dilatação completa e a apresentação ao nível do plano III HODGE, pelo que iniciou esforços expulsivos em posição lateral esquerda.

Às 2:26 ocorreu parto eutócico, expulsão de feto-vivo sexo masculino com 3,615 Kg, IA: 8/9/10, sem malformações aparentes. Dequitação natural.

Após terminar a episiorrafia, perguntei se queria dar de mamar a G,

Quando me perguntou se poderia voltar a deambular, deixei sempre claro que essa era uma decisão sua, e que eu estaria disponível para apoiar no que fosse necessário.

Penso que preferia o apoio físico do marido, por isso mantive-me apenas a supervisionar.

Percebi que a deambulação foi sentida como vantajoso para esta parturiente, tendo sido verbalizado por esta ao longo do trabalho de parto.

respondeu afirmativamente, e pedi que escolhesse um decúbito lateral, G adaptou-se muito facilmente à mama, com bons reflexos de sucção e deglutição. PS agradeceu todos os cuidados que foram prestados por mim e pela minha OL, salientando a importância do facto de termos acreditado nas suas queixas e não julgarem que estava a ser “piegas”.

Uns dias mais tarde encontrava-me a fazer turno da manhã, e, por necessidades de serviço, a minha OL ficou escalada na triagem e fiquei a ser orientada por outra EEESMOG no bloco de partos. Cerca das 10:00 fui chamada à triagem pela minha OL, pois estaria alguém para me cumprimentar. Fiquei agradavelmente surpreendida quando visualizei PS, com um grande sorriso. Referiu que tinha vindo a uma consulta de urgência (por queixas sugestivas de infeção urinária) e que estava muito contente por encontrar a minha OL e a mim e gostaria que vissemos G. Voltou a frisar a importância que foi para si os cuidados que lhe proporcionamos, nomeadamente o acreditarmos que não estava a ser “piegas”, e a satisfação por lhe termos permitido e incentivado a deambulação, prática esta que lhe proporcionou a sensação de ter beneficiado o trabalho de parto.

Fiquei muito satisfeita com estas palavras, pois mostram que o meu cuidar teve um efeito positivo na experiência desta família

ANEXO IV – Nota de campo B.

NOTA DE CAMPO B

| | |
|---|---------------------|
| LOCAL: Bloco de partos do HPP Cascais | |
| OBSERVADOR: ECMESMO Adelaide Bento | TURNO: Noite |
| ANAMNESE | |
| <p>Nome fictício: SV Idade: 26 anos. Grau de escolaridade: Ensino secundário. Ocupação: Cabeleireira. Índice Obstétrico: 0000. Tempo de Gestação: 40 semanas + 2 dias. Gravidez Viglada. Acompanhada durante TP: SIM (companheiro) Frequência de curso de preparação maternidade/parentalidade: Sim Antecedentes Pessoais: Não relevantes. Internada por rotura prematura de membranas. Toque obstétrico na admissão: colo permeável a um dedo com 20% apagamento. Apresentação alta e móvel. CTG: Boa variabilidade, com FCF+/- 130bpm. Dinâmica uterina irregular de baixa amplitude. Duração da fase ativa do trabalho de parto: 5:00</p> | |

| DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO | COMENTÁRIOS DO OBSERVADOR |
|---|---------------------------|
| <p>Fui fazer turno da noite e foi-me atribuída a parturiente SV, internada na sala de partos. Tinha sido internada no bloco de partos cerca das 12:30, com diagnóstico de rotura prematura de membranas.</p> <p>Na admissão o toque obstétrico apresentava colo centrado, permeável a 1 dedo com 2 cm de trajeto. Cerca das 20:00 apresentou início de alguma contractilidade regular de média amplitude, não dolorosa e sem evolução das características do colo. Sinais vitais dentro de parâmetros normais, apirética. Instituída antibioterapia segundo protocolo de “Bolsa rota”, com ampicilina endovenosa. Apresentava CTG com boa variabilidade, com FCF+/- 130ppm. Sem dinâmica uterina.</p> <p>Após a passagem de turno dirigi-me à sala 9, para me apresentar a SV, esta encontra-se acompanhada pelo seu companheiro e pai da bebé. SV encontrava-se visivelmente impaciente, questionando se o trabalho de parto iria demorar. Ao que lhe respondi que isso seria imprevisível.</p> <p>Perguntei se tinha queixas algicas, tendo referido que as “moinhas” lombares estavam a aumentar de intensidade. Expliquei-lhe a escala de dor utilizada no serviço e que a iria questionar sobre a dor ao longo do trabalho de parto, referiu, então, score de dor 3-4. Perguntei também se queria ser submetida a analgesia epidural quando o trabalho de parto o permitisse, ao que me respondeu que não, que pelo menos ia tentar não ser submetida a analgesia epidural. Nesta altura dirigi a minha intervenção para a educação para a saúde nomeadamente relativamente ao ensino de alguns dos meios não farmacológicos de controlo da dor que lhe poderia proporcionar, como o posicionamento, a deambulação, o uso da bola de pilatos, a massagem.</p> <p>SV mostrou-se muito interessada pois tinha participado no curso de preparação para a maternidade/parentalidade realizado pela unidade de cuidados de saúde primários a que pertencia, e referiu que estava apenas a descansar um pouco que já tinha estado a deambular, o que elogiei. Reforcei a importância de alternar períodos de atividade com períodos de descanso, sempre de acordo com o que sentisse</p> | |

necessidade de fazer.

Já se encontrava monitorizada com CTG por telemetria que manteve, apesar de por vezes apresentar perdas de sinal. Fui vigiando e sempre que necessário repositionei os transdutores para melhorar a captação de sinal.

Cerca das 23:40 referiu agravamento das queixas álgicas, com score de dor 6-7, mas que era suportável, mantendo a convicção de não querer analgesia epidural, o que respeite sempre. Nesta altura realizei toque obstétrico, o colo apresentava-se permeável a 2 dedos com 80% de apagamento. Líquido amniótico mantinha-se claro. CTG: mantinha boa variabilidade com FCF+/- 130-145 bpm. Dinâmica uterina irregular.

Após a minha avaliação quis utilizar a bola de pilatos, disse-me que tinha aprendido nas aulas do curso de preparação para a maternidade/parentalidade. Acrescentou que iria alternar com a deambulação pois também tinha aprendido que era benéfico. Sugerii que o companheiro lhe massajasse as costas, nomeadamente na região lombar onde apresentava mais queixas álgicas. Nesta altura voltou a referir que as dores estavam a aumentar, referindo um score de dor 7-8, e que possivelmente iria querer analgesia epidural, mas que para já ainda desejava esperar mais um pouco.

SV questionou-me se poderia continuar a mexer-se livremente depois da colocação do cateter epidural, ao que lhe respondi que isso iria depender de vários fatores, nomeadamente a mobilidade e sensibilidade dos membros inferiores, a sua capacidade de equilíbrio, se a técnica decorresse sem complicações, e etc. Acrescentei ainda a importância da vigilância por parte de um técnico de saúde uma vez que poderia ocorrer alguma alteração a nível motor/sensitivo, tendo-me disponibilizado para o fazer.

Às 0:00 voltei ao quarto para avaliar sinais vitais, e encontrei SV sozinha no quarto, a deambular, perguntei pelo seu companheiro, ao que me respondeu "*pedi-lhe para sair um pouco, estou a precisar de ficar sozinha*"(sic). Deixei-a sozinha como era seu desejo, mas mostrando novamente a minha disponibilidade, e retifiquei o lugar e alcance do dispositivo de chamada.

Cerca das 1:00, chamou e referiu que já não conseguia suportar a dor, referindo score de dor 9, e que queria a analgesia epidural. O colo apresentava 3-4 cm de dilatação, apresentação ao nível do plano II de HODGE pelo que chamei o anestesista. CTG: mantinha boa variabilidade com FCF+/- 130-145 bpm. Dinâmica uterina regular 3-4 contrações/10 minutos.

Foi submetida a colocação de cateter epidural tendo iniciado analgesia epidural cerca das 1:30 com "Protocolo A", toda a técnica decorreu sem intercorrências, mantendo o completo controle dos membros inferiores nível motor e sensitivo, como era seu desejo, uma vez que queria manter a mobilidade. Após analgesia referiu score de dor 0.

Mostrou desejo de se deitar um pouco, pois estava cansada e queria dormir um pouco, práticas estas que foram incentivadas por mim, e reforcei a importância de o fazer salientando que mesmo que não dormisse podia fechar os olhos e relaxava. Reforcei que quando quisesse levantar-se era importante chamar e que eu estaria à sua

inteira disposição.

Cerca das 2:30 chamou e referiu novamente queixas álgicas intensas que já estaria a aguentar há alguns minutos, referiu score de dor 8, fiz novo toque obstétrico e o colo apresenta então 5-6 cm de dilatação, apresentação ao nível do plano II de HODGE pelo que fiz administração de analgesia pelo cateter epidural, de acordo com "Protocolo A" prescrito, tendo sido igualmente muito eficaz. Após a administração da analgesia SV referiu score de dor 0. CTG: mantinha boa variabilidade com FCF+/- 130-145 bpm. Dinâmica uterina regular 3-4 contrações/10 minutos.

Cerca das 3:00 chamou e perguntou se podia deambular, pois estava "farta da cama", fiquei então com SV a dei-lhe as minhas mãos de modo a apoiar a deambulação e os seus movimentos. Nesta altura já o seu companheiro estava presente e alternei com ele, ficando sempre na sala a supervisionar.

SV verbalizou por diversas vezes que tinha aprendido que os movimentos eram bons para o trabalho de parto, que deambular a ajudava a controlar a dor e a fazia sentir-se melhor, pelo que reforcei a educação para a saúde neste sentido.

Cerca das 4:15 referiu vontade de fazer "força". Apresentava já dilatação completa, e a apresentação ao nível do plano III HODGE, pelo que iniciou esforços expulsivos em posição semelhante a cócoras em cima da cama (colocado o plano inferior da cama numa posição mais baixa), posição que SV verbalizou como muito confortável.

Às 5:07 ocorreu o parto eutócico, expulsão de feto-vivo sexo feminino com 2,985 Kg, IA: 9/9/10, sem malformações aparentes. Dequitação natural.

Após terminar a episiorrafia, perguntei se queria dar de mamar a L. pedi que escolhesse um decúbito lateral, L adaptou-se muito facilmente à mama. SV agradeceu todos os cuidados prestados por mim e pela minha OL, e por lhe termos permitido fazer algumas escolhas, como a possibilidade de deambular. Agradeceu ainda o fato de não lhe termos imposto intervenções, como no caso da analgesia epidural.

Senti que a possibilidade de deambular proporcionou bem-estar à parturiente.

Senti que esta mulher/casal estavam notoriamente satisfeitos com os cuidados que prestei.

ANEXO V – Nota de campo C.

NOTA DE CAMPO C

| | |
|--|---------------------|
| LOCAL: Bloco de partos do HPP Cascais | |
| OBSERVADOR: ECMESMO Adelaide Bento | TURNO: Noite |
| ANAMNESE | |
| <p>Nome fictício: AS Idade: 33 anos. Grau de escolaridade: Ensino secundário. Ocupação: Assistente de estomatologia. Índice Obstétrico: 0000. Tempo de Gestação: 40 semanas + 6 dias. Gravidez Viglada. Acompanhada durante TP: SIM (Marido) Frequência de curso de preparação maternidade/parentalidade: Não Antecedentes Pessoais: Não relevantes. Internada com diagnóstico de início do trabalho de parto. Toque obstétrico na admissão: colo mole com 3 cm de dilatação. Apresentação alta e móvel. CTG: Boa variabilidade, com FCF+/- 145bpm. Apresentou algumas desacelerações precoces de rápida recuperação, coincidentes com compressão do polo fetal. Dinâmica uterina regular de amplitude média-alta, 2-3 contrações em 10 minutos. Duração da fase ativa do trabalho de parto: 4:30</p> | |

| DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO | COMENTÁRIOS DO OBSERVADOR |
|---|--|
| <p>A situação desenrolou-se durante o turno da noite. AS foi internada cerca da 1h, encontrava-se em fase ativa do trabalho de parto e ficaria ao meu cuidado.</p> <p>Realizei o acolhimento, AS encaminhou-se para a casa de banho, para tomar um duche, pedi-lhe que chamasse quando estivesse pronta, para lhe colocar o soro e dar continuidade aos cuidados que tinha de lhe prestar.</p> <p>Quando AS chamou dirigi-me à sala, onde a monitorizei por CTG. O CTG apresentava-se com boa variabilidade, com FCF+/- 145ppm. Dinâmica uterina regular de intensidade variável. Avaliei os sinais vitais que se encontravam dentro de parâmetros normais, apirética. Expliquei a escala de dor utilizada no serviço, e esta referiu score de dor 9. Canalizei um acesso periférico para soroterapia.</p> <p>AS, encontrava-se muito queixosa com algias causadas pela contratilidade, referiu o desejo de ser submetida a analgesia epidural, pelo que chamei o anestesista. Cerca da 1:20 foi submetida a colocação de cateter epidural tendo sido utilizada a técnica de analgesia sequencial após o que seguiria com analgesia epidural com "Protocolo B". A analgesia sequencial foi eficaz, uma vez que AS referiu alívio da dor (score de dor 2).</p> <p>Nesta altura aproveitei para dirigir a minha intervenção para a educação para a saúde nomeadamente relativamente à participação ativa que a parturiente pode ter durante o seu trabalho de parto, como a deambulação, adoção de posições verticais, uso da bola de Pilatos, e o porquê da sua importância, mas AS recusou e não se mostrou interessada, estava visivelmente cansada, pelo que sugeri que descansasse, mesmo que não dormisse, tentasse relaxar.</p> <p>Cerca das 3:00 chamou e referiu que a dor estava novamente a voltar</p> | <p>Constatei a utente muito renitente em qualquer atitude mais ativa em relação ao TP.</p> <p>Senti que seria importante a</p> |

(score de dor de 7-8), pelo que realizei toque obstétrico no sentido de avaliar a analgesia a administrar, apresentava colo fino com 5-6 cm. A apresentação encontrava-se no plano I de HODGE. Fiz a repicagem seguindo o “protocolo B”, mas desta vez o seu efeito analgésico foi menor, mantendo-se AS sempre com dor (score de dor 5-6), o que provocou em AS ansiedade e agitação.

Expliquei a necessidade de realizar uma respiração controlada, focando a importância da respiração para o bebé. Verifiquei que sempre que esta se conseguia concentrar na respiração a sua agitação era menor e a dor melhor suportada, sendo este facto verbalizado por AS.

Voltei a sugerir a deambulação, adoção de posições verticais, uso da bola de Pilatos, e o porque da sua importância, nomeadamente como métodos não farmacológicos de controlo da dor, que AS voltou a recusar e eu respeitei a sua decisão.

Cerca das 4:00 AS mantinha queixas de dor muito intensa (score de dor 8-9), pelo que fiz novamente toque obstétrico onde verifiquei que o colo apresentava 8 cm de dilatação, foi contactado o anestesista, que deu indicação para fazer nova repicagem só com o anestésico correspondente ao “protocolo B”. Este foi, novamente, pouco eficaz. Nesta altura, procurei mais uma vez, estimular a deambulação e outras posições verticais, que AS recusou, preferindo permanecer deitada.

Foi efetuada RABA (por indicação médica), com saída de líquido claro, a apresentação progrediu e ficou bem apoiada, ao nível do plano II de HODGE, foi verificada a não proclividade do cordão.

Cerca das 4:30 referiu não ter tido qualquer alívio da dor (mantendo score de dor 8-9) e que estava muito cansada das dores e que queria “despachar”(sic) o parto. Nesta altura apresentava dilatação completa, a apresentação encontrava-se ainda no plano II de HODGE pelo que lhe expliquei que agora sempre que tivesse vontade de “fazer força” poderia fazê-lo no intuito de ajudar o bebé a progredir no canal de parto.

Mais uma vez estimei a deambulação e outras posições verticais, mas sublinhando que eram apenas sugestões e que ela é que iria decidir qual seria a posição mais confortável para si. Pediu então para deambular, manteve-se apoiada no companheiro, apesar de se manter queixosa (score de dor 7-8), referiu preferir deambular a estar deitada.

Tolerou muito bem a deambulação, mas ficou cansada, e cerca das 5:00 pediu para descansar um pouco ficando em decúbito lateral esquerdo, a realizar esforços expulsivos.

Às 5:15 ocorreu parto eutócico, expulsão de nado-vivo sexo masculino com 4025 Kg, IA: 9/9/10, sem malformações aparentes. Dequitação natural.

Após terminar a episiorrafia, posicionei AS em decúbito lateral direita para que esta pudesse amamentar o seu RN, antes de sair do quarto para efetuar os registos, felicitei o casal pelo nascimento, ao que ambos sorriram e AS disse “muito obrigada por tudo”(sic).

minha presença no quarto.

Mais uma vez senti AS muito renitente a ter qualquer participação ativa no seu trabalho de parto. Mais uma vez senti que era muito importante a minha permanência junto de AS.

Percebi que a deambular AS apresenta-se menos tensa, apesar de manter o score de dor.

Fiquei muito satisfeita com estas palavras, pois mostram que o meu cuidar teve um efeito positivo na experiência desta família.

ANEXO VI – Diário de aprendizagem I

2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Saúde Materna e Obstetrícia

- Estágio com Relatório -

- DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I -

Mestranda: Adelaide Batista Luís Bento

Orientador do Local: Sênior Midwife Felipe Cardona

Docente Orientador: Prof. Mário Cardoso

Londres

Abril de 2012

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I | 3 |
| 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 9 |
| BIBLIOGRAFIA | 11 |

1. DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I

O presente documento, surge no âmbito da Unidade Curricular - Estágio com Relatório, onde foi solicitado a realização de dois diários de aprendizagem, sendo este o Diário de Aprendizagem I. O diário de aprendizagem é um instrumento de trabalho onde ficam registadas, por escrito, as situações vividas na prática dos cuidados, e respetiva reflexão, fazendo parte do processo de aprendizagem reflexiva.

A elaboração do diário de aprendizagem alicerçou-se no Modelo Reflexivo de Gibbs, por considerar ser este, aquele que poderá ser uma mais-valia, no que concerne ao desenvolvimento de capacidades reflexivas promotoras do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

De acordo com o proposto pelo departamento de relações internacionais da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa surgiu a possibilidade de realizar um estágio de observação no Barkantine Birth Centre (BBC). Sinto-me privilegiada pela aprendizagem e desenvolvimento de competências proporcionados por esta oportunidade

O centro de nascimentos de BBC é uma unidade de saúde do Royal London Hospital, que faz parte do serviço de saúde nacional britânico (NHS - National Health Service). Foi inaugurado em janeiro de 2008 e tem como missão a prestação de cuidados em ambiente familiar, proporcionando uma abrangente gama de serviços de qualidade pré-natais, intraparto e pós-parto.

Os cuidados são assegurados por midwives (algumas também com formação de enfermagem) e que possuem total autonomia na vigilância da gravidez e do trabalho de parto de baixo risco. Perante a ocorrência de alguma alteração que altere o grau de risco a mulher/casal são encaminhados para o Royal London Hospital.

A instituição tem como filosofia, uma abordagem do nascimento centrada na mulher/família, perspetivando o parto como um processo fisiológico normal, alicerçando a prestação de cuidados na evidência científica e apoiando, assim, o parto normal com competência e confiança.

É notório o ambiente acolhedor, em que é envolvido o cuidar da mulher/família, sendo este sempre dirigido às suas necessidades individuais. É objetivo dos profissionais de

saúde que a mulher se sinta segura, confiante e totalmente envolvida nos cuidados que lhe estão a ser prestados. Swanson (1991) refere que qualquer ambiente influencia e/ou é influenciado pelo cliente. Esta influência pode surgir em diferentes aspetos podendo incluir fatores culturais, políticos, económicos, sociais, biofísicos, psicológicos e espirituais. De acordo com a mesma autora é ainda referido que o sujeito que em determinada situação é o cliente, noutra pode passar para a condição de ambiente.

A minha permanência no BBC teve a duração de 3 dias no período compreendido entre as 8h e as 20,30h. Foi-me possibilitado observar as consultas de vigilância pré-natal, *workshops* de educação para a saúde e consultas de vigilância de puerpério. Tive, ainda, oportunidade de observar todos os cuidados prestados à puérpera e recém-nascido (RN), no âmbito do puerpério imediato e respetivas altas. Infelizmente não tive oportunidade de observar a fase ativa de um trabalho de parto uma vez que, durante a minha permanência no BBC, não ocorreu nenhum.

A primeira consulta de vigilância é constituída por uma extensa entrevista que permite uma adequada avaliação do risco da gravidez. São, efetuadas as primeiras análises de sangue, requisitada a 1ª ecografia e é ainda feita a recomendação de que a grávida consulte o seu médico de família para realizar um *check-up* cardiopulmonar. Numa fase posterior são efetuadas as consultas de vigilância, de acordo com as necessidades previamente definidas para cada mulher/casal e, também, mediante o preconizado, relativamente à vigilância da gravidez, pelo serviço nacional de saúde britânico.

Às 36 semanas é efetuada a consulta de referência, destinada a todas as mulheres que pretendem parir no BBC. Algumas grávidas realizam, igualmente, a consulta de referência no hospital, de modo a que lhes seja permitido escolher qual dos serviços preenche os requisitos e as suas expectativas em relação ao trabalho de parto. Para mim foi de grande importância verificar o carácter imparcial como todas as informações são transmitidas assim como o respeito que existe pelas decisões tomadas pela mulher/casal, de modo que gostaria de ressaltar este aspeto.

Durante esta consulta, para além de todos os parâmetros a avaliar decorrentes da vigilância de saúde, é também discutido o plano de parto de uma forma muito pormenorizada, sendo todas as dúvidas da mulher/casal esclarecidas. Este aspeto vai de encontro ao referido por Swanson (1991) quando refere que se torna importante criar um

ambiente favorável para permitir que a parturiente possa verbalizar todos seus medos e receios, especialmente nesta fase de ansiedade ou seja “é estar emocionalmente com o outro” (Swanson, 1991, p.163). Torna-se, pois, pertinente não esquecer a importância de assegurar um clima de confiança entre a mulher/casal e a equipa assim como dar resposta a todas as suas dúvidas e necessidades (Swanson, 1991).

Vargens, Progianti, e Silveira, 2008, apontam o EEESMOG (Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecológica) como o profissional com competência de empoderar a mulher, tornando-a um elemento ativo em todos os acontecimentos relacionados com o parto. Assim proporcionam a oportunidade a todas as mulheres/casais de fazerem escolhas verdadeiramente informadas e que vão de encontro às suas expectativas, em vez de se sujeitarem ao imposto pelos profissionais de saúde. Sendo uma competência do EEESMOG assegurar que aquilo que a mulher deseja para o seu trabalho de parto seja respeitado, seja um plano de parto por escrito, seja este mental e apenas verbalizado (OE, 2011a), foi particularmente importante para mim validar a possibilidade de ocorrência desta situação na prática dos cuidados.

Em todas as consultas de vigilância a educação para a saúde é realizada de forma muito cuidada e, sempre, de acordo com as necessidades de cada mulher/família, tal como refere Carvalho (2006) ao defender que a promoção do desenvolvimento de competências pessoais e sociais é necessário para a escolha de comportamentos saudáveis por parte dos clientes.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998) define literacia em saúde como sendo o conjunto de competências cognitivas e sociais e, também, a capacidade dos indivíduos para adquirirem acesso à compreensão e a usarem a informação de forma que lhes permita promover e manter um estado de boa saúde. Proporcionando assim a aptidão para tomar decisões em saúde fundamentadas na medida em que possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde assim como a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades. Pelo que me foi possível observar as mulheres/casais que recorrem a estes serviços estão, de um modo geral, muito bem informados e com uma atitude muito pró-ativa relativamente à sua saúde.

Pude verificar que é depositada uma grande confiança nos profissionais de saúde, nomeadamente na midwife, no que concerne à vigilância da gravidez e parto normal, o

que se torna pertinente uma vez que também a OMS (1996), a par com outros autores (Vargens, Progianti, & Silveira, 2008), referem o EEESMOG como o profissional de saúde responsável pela vigilância da gravidez e parto normal, incluindo a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações, com melhor custo-efetividade. Relativamente a este facto pude observar um caso concreto de uma grávida a quem foi diagnosticado um índice de massa corporal elevado, sendo este um fator determinante para não estarem reunidas todas as condições para parir no BBC. O grau de confiança daquela mulher naqueles profissionais era tão elevado que pude constatar a sua expressão de descontentamento e tristeza quando lhe foi comunicado que devido aquela condição não poderia usufruir dos cuidados prestados no BBC.

Tive, ainda, a oportunidade de assistir ao *workshop* sobre a participação ativa da mulher/casal durante o trabalho de parto que ocorre por volta das 36 semanas de gestação. De acordo com o sénior midwife que nos acompanhava, é objetivo de todos os profissionais que a mulher /casal estejam plenamente informados relativamente a cada estágio do trabalho de parto de modo a poderem ser elementos ativos dos cuidados que lhes são prestados. Mais uma vez verifiquei o interesse e a informação que as mulheres/casais possuíam assim como o modo como se envolviam em todas as questões levantadas.

Gostaria de realçar o modo como todos os cuidados são sujeitos a consentimento informado, livre e esclarecido, conjugando os três elementos que, de acordo com, Serrão & Nunes (1998, p.27) são necessários para que este consentimento aconteça: “competência na esfera da decisão”, “informação apropriada” e “inexistência de coerção (...)”. O consentimento informado, livre e esclarecido é um processo compartilhado de troca de informações e respetivo consenso entre os profissionais e os clientes, pois como refere Almeida (2007, p.27) “O consentimento informado é definido como a livre aceitação da intervenção médica por parte do doente, após adequada exposição pelo profissional de saúde da natureza da intervenção, suas vantagens e desvantagens, assim como das alternativas com os seus riscos e benefício (...)”. No BBC em todas as situações de cuidados, como a colheita de sangue ou a realização das manobras de Leopold, são explicados todos os procedimentos e tais intervenções, apenas são realizadas com total consentimento da mulher/casal, nunca lhes sendo impostas.

Ao proporcionar informação à mulher/casal, para além de respeitarmos a sua individualidade, estamos também a permitir que façam escolhas autónomas, que podem alterar o rumo da sua vida futura, tornando-se, por isso, fundamental esta participação em todas as decisões. Almeida (2007) reforça esta importância ao referir que todos os cuidados prestados deverão ser acompanhados da informação necessária para que a mulher/casal possam decidir, uma vez que esta informação não tem como objetivo diminuir a distância científica e técnica existente entre o profissional e o doente, mas sim criar condições para uma decisão verdadeiramente livre e responsável.

No BBC as mulheres só ficam internadas quando entram em fase ativa do trabalho de parto, enquanto se encontram em fase latente do trabalho de parto (ruptura espontânea de membrana amniótica, contrações irregulares), são convidadas a deslocarem-se a esta instituição para avaliação do bem-estar materno-fetal. É realizada ABCF intermitente sendo esta avaliação considerada segura. Tal procedimento é igualmente recomendado em Portugal conforme o descrito no Parecer Nº 16/2011, da Mesa do Colégio de Especialidade de enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011c). É ainda proposto toque obstétrico e se a mulher/casal recusar é apenas efetuada avaliação do plano da apresentação através de manobras externas. Relativamente a esta abordagem gostaria, mais uma vez, de salientar o respeito pela decisão da mulher /casal, caso esta/estes recusem submeter-se a intervenções mais invasivas como é o caso do toque obstétrico.

Se esta avaliação do bem-estar materno-fetal for considerada “normal”, a mulher/casal é convidada a voltar para o seu domicílio sendo, mais uma vez, reforçada a educação para a saúde adequada a cada situação, nomeadamente em relação às características da fase ativa do trabalho de parto e motivos de recorrência ao BBC sendo, contudo, salvaguardada a disponibilidade do BBC para efetuar qualquer esclarecimento através do telefone ou pessoalmente.

No que diz respeito aos métodos de controlo da dor a mulher/casal tem ao seu dispor várias formas não farmacológicas de controlo da dor, como a hidroterapia (piscina ou duche), musicoterapia, aromaterapia (óleo de lavanda ou os previamente escolhidos pela mulher) e, também, algumas formas farmacológicas, tal como o Etonox (mistura de Oxido Nítrico + Oxigénio) e Petidine intramuscular, no caso da mulher/casal desejar analgesia epidural é transferida para o Royal London Hospital.

Durante o trabalho de parto, a mulher é aconselhada a deambular e adotar outras posições verticais, uma vez que a posição vertical no parto tem sido considerada benéfica devido às vantagens fisiológicas sobre a posição supina, proporcionadas pelos efeitos da gravidade nomeadamente a diminuição dos riscos de compressão da artéria aorta e veia cava que melhoram os indicadores sanguíneos do equilíbrio ácido-base nos recém-nascidos. Estas vantagens verificam-se, ainda, relativamente à força e eficiência das contrações uterinas, à acomodação do feto durante seu trajeto pela pélvis e mediante a evidência radiológica de maiores diâmetros pélvicos de saída, como o ântero-posterior e transversal (Costa, Pereira, & Silva, 2011; Lowdermilk & Perry, 2008).

No decorrer do trabalho de parto a mulher é incentivada a comer e a beber, pelas necessidades energéticas que estão inerentes ao mesmo, situação esta que provocou a minha admiração, uma vez que a realidade que conheço é de total interdição a qualquer ingestão via oral. Esta medida alicerça-se nas recomendações da OMS (1996) onde é referido que não se deve interferir com o desejo da parturiente em alimentar-se durante o trabalho de parto. A OMS (1996) acrescenta ainda que as perfusões endovenosas interferem com o processo normal do parto e restringem os movimentos da parturiente.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de cuidados em Saúde Materna e Obstetrícia tem um percurso efetuado sob os desígnios das alterações socioeconômicas e culturais. Estes assumem grande importância no âmbito dos cuidados de saúde, pois influenciam o comportamento humano e condicionam atitudes em diferentes contextos. A gravidez, parto e nascimento, têm sido encaradas de diversas maneiras ao longo dos tempos, desde os conhecimentos empíricos da antiguidade passando posteriormente, sob a influência da medicina institucionalizada, a uma prática mais mecanicista e dicotômica da mulher.

Atendendo a que as ações de enfermagem se referem a tudo o que melhora as condições e que favorece o desenvolvimento da saúde, prevenindo e limitando a doença, importa referir que, quando não há doença, segundo Collière (1999, p.290) “ o campo de competências das enfermeiras situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento (...) ”. Assim, o EEESMOG assume a responsabilidade e dever de desenvolver competências específicas no sentido de promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto (OE, 2011a).

Segundo a OMS (1996) os cuidados prestados à mulher durante o ciclo gravídico/puerperal, compreendem um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis assim como a prevenção das complicações materno-fetais devendo, para tal, respeitar-se o processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento. Assim o EEESMOG, pelas competências inerentes à sua especialidade, tem a responsabilidade de melhorar as intervenções de enfermagem que visem proporcionar cuidados especializados e de excelência, baseados na reflexão e na evidência científica.

Considero que esta foi uma experiência muito enriquecedora e relevante para o meu crescimento pessoal e profissional, permitindo o desenvolvimento de competências às quais me propus quando abracei este projeto formação na EEESMOG. Proporcionou-me a consolidação de conteúdos teóricos relacionados com a temática “parto normal” lecionados em sala de aula assim como da pesquisa que tenho vindo a realizar em torno desta temática. Isto deve-se ao facto de ter tido a oportunidade de constatar que a evidência científica é colocada em prática no BBC, sendo esta abordagem extremamente pertinente e importante de modo a proporcionar uma experiência positiva de parto normal

à mulher/casal. Permitiu-me, ainda, interiorizar que o parto dito “normal” existe, que é, efetivamente, uma verdade, ainda que em Portugal, esta seja uma realidade distante tendo em conta a medicalização/instrumentalização na qual está envolto. Permitiu-me, também, constatar que, de facto, a tecnologia é importante, mas apenas em situações clinicamente justificadas, e não de forma banalizada.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, O. M. (2007). O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carvalho, G. S. (2006). Actividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.
- Collière, M.-F. (1999). Promover a Vida. Loures: Lidel.
- Costa, G. A., Pereira, L. F., & Silva, T. F. (2011). CUIDADOS DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO PARTO NORMAL. *Cogitare Enfermagem*, pp. 82-87.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). Enfermagem na Maternidade (7ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- OE (2011). Parecer N° 16/2011. Realização e posicionamento da grávida durante a monitorização/registo cardiotocográfico electrónico externo em consulta de vigilância pré-natal. Portugal.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). Assistência ao parto Normal: um guia prático. Genebra: Unidade de Maternidade Segura.
- Regulamento nº127/2011. (18 de Fevereiro de 2011). Diário da Republica nº 35 - II Série, 8662-8666.
- Serrão, D., & Nunes, R. (1998). Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora.
- Swanson, K. M. (Maio/Junho de 1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, pp. 161-166.
- Swanson, K. M. (Maio de 1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 352-357.
- Vargens, O. M., Progianti, J. M., & Silveira, A. C. (2008). O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 339-346.

WHO. (1998). Health Promotion Glossary. Geneva: Division of Health promotion, Education and Communications.

ANEXO VII – Diário de aprendizagem II

2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Saúde Materna e Obstetrícia

- Estágio com Relatório -

- DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II -

Mestranda: Adelaide Batista Luís Bento

Orientador do Ensino Clínico: Enfª Especialista Mª Amália Cabral Semedo

Docente Orientador: Prof. Mário Cardoso

Cascais

Junho de 201

ÍNDICE

| | |
|------------------------------------|---|
| 1. DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II | 3 |
| BIBLIOGRAFIA | 8 |

1. DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II

O presente documento, surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, onde foi solicitado a realização de dois diários de aprendizagem, sendo este o Diário de Aprendizagem II. O diário de aprendizagem é um instrumento de trabalho onde ficam registadas, por escrito, as situações vividas na prática dos cuidados, e respetiva reflexão, fazendo parte do processo de aprendizagem reflexiva.

A elaboração do diário de aprendizagem alicerçou-se no Modelo Reflexivo de Gibbs, por considerar ser este, aquele que poderá ser uma mais-valia, no que concerne ao desenvolvimento de capacidades reflexivas promotoras do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Neste diário de aprendizagem pretendo descrever uma situação que me levou a estabelecer uma relação de ajuda que se revelou fundamental para que uma mulher vivenciasse um parto eutócico, quando tudo levava a crer que poderíamos estar, perante uma situação de distócia.

A situação desenvolveu-se durante o turno da noite, cerca da 1h. Tinha terminado a realização de um parto, quando a minha orientadora me informou que havia sido internada, na sala 1, mais uma mulher em trabalho de parto, que ficaria ao meu cuidado. TA 33 anos, IO:1001 (Parto distócico com ventosa e fórceps 2006); ARh+, 40 semanas internada por início de trabalho de parto. Ao toque obstétrico apresentava colo centrado com 3cm de dilatação, bolsa amniótica íntegra.

CTG: com boa variabilidade, com FCF+/- 140ppm. Dinâmica uterina irregular de intensidade variável, pelo que se iniciou perfusão de Ocitocina a 10ml/h, que provocou uma dinâmica uterina regular de média-alta amplitude. Sinais vitais sempre dentro de parâmetros normais, apirética.

TA encontrava-se muito queixosa com algias motivadas pela contratilidade. O alívio da dor é uma prioridade para qualquer profissional de saúde, quando os métodos não farmacológicos de controlo da dor não são suficientemente eficazes, é importante a implementação de um método farmacológico como alternativa ou complemento. A analgesia epidural, como refere a OMS (Organização Mundial de Saúde) (1996), fornece

um alívio mais potente e duradouro da dor do que os agentes administrados por via sistémica. Deste modo, cerca da 1:00, TA foi submetida à implementação da técnica de analgesia sequencial e após o que seria aplicada analgesia epidural com “Protocolo A”. A analgesia sequencial foi moderadamente eficaz, tendo a TA referido sempre alguma dor (score de dor 5-6), pelo que, cerca de 45 minutos após, esta referiu aumento da intensidade da dor (score de dor 8-9) após o que lhe foi novamente administrada analgesia.

Sempre que tinha uma contração, TA descontrolava-se e ficava muito agitada, referindo não ser capaz de aguentar as dores. Como salienta a OMS (1996), os métodos farmacológicos nunca devem substituir a atenção pessoal e o cuidado para com a utente, ainda mais no que se refere à vigilância do bem-estar materno e fetal durante o trabalho de parto e no parto. Assim, mantive-me sempre no quarto, enfatizando a necessidade de TA realizar uma respiração controlada e a sua importância para o bebé. Verifiquei que sempre que esta se conseguia concentrar na respiração a sua agitação era menor e a dor melhor suportada, tendo este facto sido verbalizado por TA. Sugeri igualmente algumas medidas não farmacológicas de alívio da dor, como a deambulação, adoção de posições verticais, uso da bola, que TA foi recusando e que eu respeitei.

Cerca das 3h, TA mantinha-se muito queixosa e apresentava colo fino com 5-6 cm. Tinham sido administradas duas doses de analgesia epidural com curto intervalo entre elas (por indicação do anestesista) que surtiram pouco efeito (manteve-se o score de dor) pelo que foi novamente contactado o anestesista que retirou o cateter e colocou um novo cateter, deixando indicação que se não fosse eficaz não se poderia administrar mais nada.

Cerca das 4:00 ao toque obstétrico apresentava colo com 8cm de dilatação, foi efetuada rutura artificial de membrana amniótica, houve saída de líquido claro, a apresentação desceu e ficou bem apoiada, ao nível do plano II de HODGE.

Nesta altura, TA mantinha queixas de dor muito intensa, procurei mais uma vez, implementar algumas medidas não farmacológicas de controlo da dor e que também beneficiassem a progressão do trabalho de parto, já anteriormente sugeridas e que esta voltou a recusar, preferindo permanecer deitada.

Cerca das 4:30 apresentava dilatação completa, a apresentação encontrava-se ainda no plano II de HODGE pelo que lhe expliquei que, nesta fase, sempre que tivesse vontade de “fazer força” poderia fazê-lo no intuito de fazer o bebê descer.

Mais uma vez TA referiu que “não seria capaz de aguentar mais as dores” (SIC), e que a experiência de parto anterior tinha sido similar, havia sido muito difícil, pelo que houve necessidade de utilizar ventosa e fórceps. Perguntei-lhe se queria que este bebê também nascesse com ventosa e fórceps, ao que me respondeu que não, com um ar muito assustado. Disse-lhe que era uma mulher corajosa e com força para aguentar tudo o que se estava a passar, e que tinha reunidas todas as condições para que este parto fosse “normal”.

A mulher deve ser vista como um todo, que para além dos cuidados inerentes ao trabalho de parto e parto, necessita de ser acompanhada, ter alguém que a escute, com quem possa falar ou simplesmente alguém que lhe segure na mão e permaneça junto dela. Mais importante que dizer à grávida que não está sozinha, como tantas vezes, erradamente, fazemos devemos mostrar-lhe, que estamos lá, com ela e “para ela (Swanson, 1991). A mesma autora acredita, ainda, que o enfermeiro que cuida do outro o ajuda a manter a esperança, e a acreditar que consegue ultrapassar os momentos difíceis.

Mais uma vez voltei a estimular a deambulação e outras posições verticais, mas sublinhando que eram apenas sugestões e que ela poderia decidir qual seria a posição mais confortável para si. Apesar de não haver uma posição universalmente aceite e perfeita para todas as mulheres em trabalho de parto, a maioria das parturientes prefere deambular trabalho de parto (Porto, Amorim & Souza, 2010). Santos & Baptista (2000, p.22) referem ainda que “não existe nenhuma posição mais ou menos correta. Existem sim posições que podem influenciar a evolução do trabalho de parto (...)”.

(Mamede, Gomes, Almeida, Panobianco, & Nakano (2007), ressaltam que as parturientes que foram estimuladas a deambular durante o trabalho de parto, apesar de terem total liberdade de não o fazerem, foram todas unânimes na preferência em deambular, em vez de optarem por uma posição horizontal. No entanto ressalta-se a importância de estimular a parturiente a escolher a posição que é mais confortável para si (Porto, Amorim & Souza, 2010; Santos & Baptista, 2000; Mamede, Gomes, Almeida, Panobianco, & Nakano, 2007).

Após a minha explanação e sugestão TA pediu, então, para deambular. Dei-lhe as minhas mãos e acompanhei-a nos passos que foi dando perto da cama (pois neste quarto não estava disponível o CTG por telemetria). Sugeri que fosse o companheiro a fazer este acompanhamento, mas ambos declinaram essa hipótese. Tolerou muito bem a deambulação, mas ficou cansada, pelo que escolheu colocar-se de cócoras, alternando com a posição de quatro apoios. Cerca das 5:00 referiu estar cansada e mencionou o desejo de se deitar, pelo que lhe recomendei o decúbito lateral esquerdo uma vez que, de acordo com a OMS (1996), é esta a posição recomendada, caso a posição adotada seja a horizontal, ficando TA a realizar esforços expulsivos.

Nesta altura ausentei-me do quarto para realizar alguns registos. A certa altura ouvi uns gritos mais estridentes e dirigi-me rapidamente à sala, quando entrei, vi a apresentação a coroar, (confesso que fiquei nervosa, mas ao mesmo tempo tinha de atuar e foi o que fiz), pedi-lhe que não fizesse esforços expulsivos e chamei ajuda, neste instante entrou uma EEESMOG (Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecológica) que me disse “deixa estar, que eu faço” (SIC). Ainda coloquei umas luvas, mas não me foi dada qualquer hipótese de participar nesta fase do período expulsivo, senti-me muito frustrada uma vez que acompanhei este trabalho de parto todo e, no final, não tive oportunidade de o concretizar.

A EEESMOG no final pediu-me desculpa por me ter “roubado” (SIC) o parto, mas como não era minha orientadora não aceitava que eu participasse num parto realizado por si.

Cerca das 6:30 fui ao quarto, com o intuito de felicitar o casal pelo nascimento. Aproveitei para brincar com TA, dizendo-lhe “afinal quem é que não era capaz?” (SIC), ao que esta sorriu e disse “tinha razão, as dores estavam muito difíceis de suportar, se não fosse a sua ajuda... se não estivesse ficado aqui... muito obrigada por tudo”(SIC). Fiquei muito satisfeita com estas palavras, pois mostram que o meu cuidar teve um efeito positivo na experiência desta família. Citando Hodnett (2002, p.163) “A satisfação materna com o parto não está tão relacionada com o alívio da dor, mas sim mais intimamente relacionada com as atitudes e comportamentos dos seus cuidadores (...)”.

Este foi um aspeto positivo e muito valorizado por mim. Perceber que fui importante para o casal naquele momento difícil e que os pude ajudar de alguma forma. Para mim

significou que estou a conseguir mobilizar os meus conhecimentos relativamente ao cuidar durante o trabalho de parto assim como a aplicá-los em função da mulher/casal.

A profissão de enfermagem, em particular a Saúde Materna e Obstetrícia impõe que se estabeleça com a grávida/família, uma relação que permita influenciar positivamente a sua vivência deste momento, baseado no respeito pelo outro, na partilha de informação com a mulher, que contribui para aumentar a sua confiança e segurança, encorajando-a a optar e a aceitar, com fundamento, os cuidados que recebe.

BIBLIOGRAFIA

- Hodnett, E. (Maio de 2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, p. 160-172.
- Mamede, F. V., Gomes, F. G., Almeida, A. M., Panobianco, M. S., & Nakano, A. M. (9 de 2007). O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, 11, pp. 466-471. Obtido em 20 de 5 de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000300011&script=sci_arttext
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Assistência ao parto Normal: um guia prático*. Genebra: Unidade de Maternidade Segura.
- Porto, A. M., Amorim, M. M., & Souza, A. S. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *FEMINA*, pp. 527-497. Obtido em 20 de 05 de 2011, de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1709.pdf>
- Santos, M. J., & Baptista, M. A. (2000). Importância da deambulação durante o trabalho de parto. *REVISTA APEO*, pp. 21-26.
- Swanson, K. M. (Maio/Junho de 1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, pp. 161-166.
- Swanson, K. M. (Maio de 1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 352-357.

**ANEXO VIII – Sessão expositiva sobre o estágio em Barkatine Birth
Center (PowerPoint)**

BARKANTINE
BIRTH
CENTRE
ROYAL LONDON HOSPITAL
NHS
(NATIONAL HEALTH SERVICE)



Mestrandas:
Adelaide Bento, nº 3813
Domingas d' Orey nº 3825

BARKANTINE BIRTH CENTRE
ENTRADA PRINCIPAL



VIGILÂNCIA DE SAÚDE MATERNA:
PELA MIDWIFE

- **1ª Consulta:** realizada uma entrevista onde é preenchido o boletim da grávida, colhido sangue para rotinas, e ecografia para efetuar as 12 semanas.
- **16 semanas:** consulta com GP (*médico de família*), *check up* geral, com 2 pontos importantes: auscultação cardíaca e pulmonar da grávida (única consulta com este profissional).
- **20 semanas** : realiza a 2ª ecografia (morfológica).
- **25 semanas:** Consulta de vigilância, intermédia direcionada essencialmente às primíparas, uma vez que as múltiparas podem ser dispensadas desta consulta.
- **28 semanas:** consulta de vigilância, colheita de sangue (avaliação de hemoglobina e teste de tolerância à glicose - PTGO), administração de Imunoglobulina anti-D se necessário.

VIGILÂNCIA DE SAÚDE MATERNA:
PELA MIDWIFE

- **34 semanas:** consulta de vigilância.
- **36 semanas:** consulta de referência, onde é discutido, ao pormenor, o *plano de parto*, sendo este preenchido em conjunto com a grávida, agendada próxima consulta para as 41 semanas para possível stripping. *Efetuada no Barkantine centre.*
- **38 semanas e 40 semanas:** *consulta de vigilância na clinica.*
- **41 semanas:** consulta de vigilância, onde é efetuado stripping com intervalo de 3 dias, se grávida não entrar em trabalho de parto, é enviada para hospital para indução (+/- 42 semanas).

CONSULTA DE REFERÊNCIA ÀS 36
SEMANAS NO
BARKANTINE CENTRE

- Verificação de gravidez de baixo risco.
- “Discutir” o plano de parto.
- Análises de rotina.
- ABCF, manobras de Leopold, onde é verificada a posição do feto por manobras externas.
- Agendada consulta das 41 semanas, no caso de não entrar em trabalho de parto.

- Todos os assuntos são discutidos com a participação do casal, mesmo as situações de risco, estes estão bem informados e tomam decisões.

Ex. *Por exemplo a administração da vit K que pode ser IM ou PO (por 3 tomas) o casal é que decide.*

Ex. *Na observação vaginal o casal é que decide, todo o parto pode ser acompanhado apenas com manobras externas.*

AVISO COLOCADO NO WC ONDE IAM AS GRÁVIDAS PARA COLHEITA DE URINA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



CONSULTA ÀS 41 SEMANAS NO BARKANTINE CENTRE

- ✧ Às 41 semanas se ainda não há sinais de parto a utente é convidada a efetuar um stripping por 2 tentativas com espaço de 3 dias.
- ✧ Se estes não forem eficazes, a grávida é então enviada para hospital para indução (já está com 42 semanas).
- ✧ Esta indução é inicialmente com misoprostol, depois RABA e só depois iniciam Ocitocina em perfusão.

BARKANTINE BIRTH CENTRE



BARKANTINE BIRTH CENTRE



BARKANTINE BIRTH CENTRE



BARKANTINE BIRTH CENTRE



BARKANTINE BIRTH CENTRE



BARKANTINE BIRTH CENTRE



BARKANTINE BIRTH CENTRE



BARKANTINE BIRTH CENTRE



BARKANTINE BIRTH CENTRE



BARKANTINE BIRTH CENTRE



Na cozinha, o casal pode servir-se do que houver.

BARKANTINE BIRTH CENTRE



Cada quarto tem um terraço para uso do casal

BARKANTINE BIRTH CENTRE

- ❖ **FASE LATENTE DE TRABALHO DE PARTO:** (Contrações ou REBA) é-lhe sugerido a vir ao Centro, onde é avaliado o bem estar fetal (ABCF) e proposto a observação, que pode ser com toque obstétrico ou apenas observação externa, de acordo com vontade da grávida.
- ❖ **FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO:** A grávida só fica internada quando estiver em trabalho de parto ativo, com contrações regulares.

BARKANTINE BIRTH CENTRE

- ❖ Só durante o TP é que existe a permanência total do *midwife*, que acompanha o casal.
- ❖ A ABCF é efetuada inicialmente de 15' em 15', e durante o período expulsivo, que pode demorar até 2 horas, é de 5' Em 5'.
- ❖ No parto na água, não há estimulação do feto para que este não respire, por isso é sempre "hands off".
- ❖ Só se necessário (no caso de uma distócia) a mãe é colocada fora de água, com um pé num degrau (tipo Mc Roberts) e é ajudada na extração dos ombros.

BARKANTINE BIRTH CENTRE

- ❖ A parturiente tem ao seu dispor várias formas não farmacológicas de alívio da dor: como a hidroterapia (piscina ou duche), musicoterapia, aromaterapia (óleo de lavanda ou os previamente escolhidos pela mulher).
- ❖ É aconselhada a deambular e adotar outras posições verticais, são desaconselhadas posições de deitada ou semideitada, pois promovem posições posteriores.
- ❖ É incentivada a comer e beber.

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR DISPONÍVEIS

- ❖ ETONOX: óxido nítrico com oxigénio.
- ❖ PETIDINA (IM)
- ❖ Se a grávida desejar epidural é transferida para o hospital, mas como não é uma situação urgente, pode demorar até 1 hora.

ESTATÍSTICAS EM 2009

Partos

- 421 partos no centro
- 48% das mulheres tiveram parto na água
- 84% das mulheres pariram em posição vertical ou em 4 apoios

Alívio da dor

- 81% das mulheres usaram a água como forma de alívio da dor
- 37% das mulheres não precisaram de nenhuma droga para alívio da dor
- 1% das mulheres foram transferidas para receberem uma analgesia epidural

Transferências

- 19% das mulheres foram transferidas para o Royal London Hospital:
- 1/3 tiveram parto eutócico
- 1/3 tiveram parto assistido (ventosa ou forceps)
- 1/3 tiveram cesariana

OCITOCINA (IM)

⊗ Apenas no puerpério imediato, se:

- Grande múltipara
- Perdas aumentadas (> 500ml)
- Situação avaliada durante a gravidez:

Ex. houve um caso que a grávida tinha uma “fissura” no útero diagnosticada nas ecografias de vigilância, e o midwife sugeriu ocitocina no pós parto.

ALTA

- ⊗ A puérpera/RN/Casal podem ter alta com, 6-12 ou 24 horas de puerpério, de acordo com a sua escolha/necessidade.
- ⊗ Alta da puérpera pela Midwife.
- ⊗ Alta do RN pela Midwife: Que tem uma formação específica de 6 meses em avaliação do RN, onde além dos reflexos normais, ausculta e vê o fundo do olho).
- ⊗ Garantia de continuidade de cuidados no domicílio, pois é feita referenciação à equipa de Midwives da comunidade ,que farão visita domiciliar no dia seguinte à alta, e respetivo acompanhamento de acordo com as necessidades, incluindo contraceção no pós-parto.
- ⊗ Sempre que se justifique são efetuadas referenciação (tal como em Portugal), situações sociais, adolescentes, suspeita de violência doméstica, etc.
- ⊗ As puérperas saem pelo seu pé com aspeto fresco e autónomo...

CONSULTAS DE VIGILÂNCIA NO PUERPÉRIO

⊗ Para os pais que quiserem, esta vigilância pode ser efetuada no Barkentine Centre.

⊗ Realizado o diagnóstico precoce (*teste de Guthrie*) entre o 5º e o 8º dia de vida do bebé (doenças).

⊗ Avaliação estado-ponderal do bebé.

⊗ Validação da educação para saúde, e esclarecimento de duvidas dos pais.



**ANEXO IX – Sessão de formação em serviço (Plano de sessão e
PowerPoint)**

PLANO DE SESSÃO

DATA: 11 de Julho de 2012 entre 15:00 às 16:00 horas. **LOCAL:** Sala de formação do bloco de partos do HPP Cascais. **Duração:** 60 minutos.

DESTINATÁRIOS: Profissionais de enfermagem do bloco de partos do HPP Cascais.

FORMADORAS: Adelaide Bento, Alexandra Almeida, Domingas d'Orey e Vanessa Furão.

TEMA: *EMPOWERMENT* DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO - *Um desafio para o cuidar do EEESMOG*

OBJETIVO:

- Contribuir para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde materna e obstetrícia.
- Partilhar a evidência científica.
- Facilitar a partilha de experiências e conhecimentos entre os participantes sobre:
 - O contributo do EEESMOG para o *empowerment* da mulher/casal;
 - Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto;
 - A deambulação durante o trabalho de parto;
 - Contributo da Bola de Nascimento durante o trabalho de parto

| | CONTEÚDOS | METODOLOGIA | RECURSOS PEDAGÓGICOS | DURAÇÃO |
|-----------------|--|-----------------------|---|---------|
| INTRODUÇÃO | <ul style="list-style-type: none">• Apresentação.• Objetivos da sessão | Expositiva | <i>Data show (PowerPoint)</i> Computador | 5 min. |
| DESENVOLVIMENTO | <ul style="list-style-type: none">• O <i>empowerment</i> da mulher durante o trabalho de parto• Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto• Deambulação durante o trabalho de parto• Contributo da Bola de Nascimento durante o trabalho de parto• Iniciativo parto normal da OE• Considerações finais | Expositiva | <i>Data show (PowerPoint)</i> Computador | 35 min. |
| CONCLUSÃO | <ul style="list-style-type: none">• Discussão | Discussão participada | <i>Data show (PowerPoint)</i> Computador | 20 min. |

EMPOWERMENT DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Um desafio para o cuidar do EEESMOG

Julho 2012

Mestrandas:
Adelaide Bento, nº 3813
Alexandra Almeida, nº 3812
Domingas d' Orey nº 3825
Vanessa Furão, nº 3855

1

SUMÁRIO

- Objetivos
- O *empowerment* da mulher durante o trabalho de parto
- Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto
- Deambulação durante o trabalho de parto
- Contributo da Bola de Nascimento durante o trabalho de parto
- Iniciativa parto normal da OE
- Considerações finais
- Discussão
- Bibliografia

2

OBJETIVOS

- Contribuir para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde materna e obstétrica.
- Partilhar a evidencia científica.
- Facilitar a partilha de experiências e conhecimentos entre os participantes sobre:
 - O contributo do EESMO para o *empowerment* da mulher/casal;
 - Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto;
 - A deambulação durante o trabalho de parto;
 - Contributo da Bola de Nascimento durante o trabalho de parto

3

O CONTRIBUTO DO EEESMOG PARA O EMPOWERMENT DA MULHER/CASAL

Mestranda Domingas d' Orey

4

O CONTRIBUTO DO EESMO PARA O EMPOWERMENT DA MULHER/CASAL

- *Empowerment* está relacionado com o acréscimo do poder pessoal mediante aumento de conhecimentos, e da perceção das necessidades pessoais, que permitem a capacidade para tomar decisões aumentando a autoestima e a confiança em si próprio.

SCHMID (2010)

5

O CONTRIBUTO DO EESMO PARA O EMPOWERMENT DA MULHER/CASAL

- O enfermeiro, torna-se fundamental, na promoção do *empowerment* **possibilitando** que a parturiente faça opções ao longo do trabalho de parto
- A relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a parturiente, desde o acolhimento até ao puerpério imediato, ajuda a tranquilizar a mulher, oferecendo confiança, favorecendo o relaxamento, e promovendo um ritmo mais fisiológico do parto.

BRANDEN (2000)

6

O CONTRIBUTO DO EESMO PARA O EMPOWERMENT DA MULHER/CASAL

- Os níveis elevados de epinefrina/ adrenalina desencadeados pela ansiedade materna, podem reduzir a atividade uterina e prolongar o trabalho de parto.
- Devem ser criadas condições para a mulher libertar a suas hormonas naturais, a ocitocina endógena. Esta hormona leva à produção de endorfinas que ajuda na diminuição da dor.

ODENT (2010)

7

O CONTRIBUTO DO EESMO PARA O EMPOWERMENT DA MULHER/CASAL

- Incentivar a deambulação, mudanças de posição, o uso da bola de pilatos e a utilização de duchas de água quente, são medidas eficazes que reduzem a tensão central e consequentemente a dor

ROCHA et al (2009)

8

😊 HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO

Mestranda Alexandra Almeida

9

HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO

- Trata-se de um tema em expansão em Portugal e é relevante que toda a comunidade da área esteja atenta e tenha interesse em obter o máximo de informação possível sobre o assunto.

10

HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO

- A hidroterapia durante o trabalho de parto promove a sensação de relaxamento e de alívio da dor



- Minimizando os riscos relacionados com as intervenções farmacológicas
- Para a OMS é de extrema importância que os métodos não farmacológicos, passem a ser utilizados, por serem mais seguros e menos invasivos.

OMS (2009)

11

HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO

EFEITOS DA HIDROTERAPIA:

Sistema Termorregulador - A manutenção do calor da água diminui a sensibilidade da fibra nervosa diminuindo a dor

Sistema Cardiorrespiratório - Melhoria das trocas gasosas, melhoria na irrigação sanguínea, reeducação respiratória

Sistema Músculo-Esquelético - Redução dos espasmos e dores, diminuição da fadiga muscular, melhoria da resistência e da força muscular

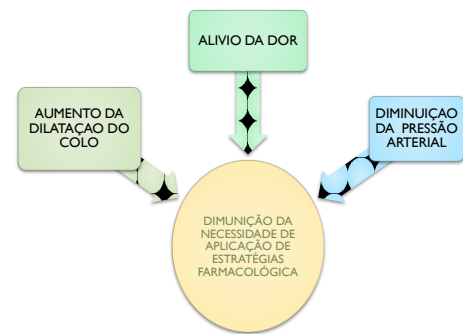
12

HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO



13

HIDROTERAPIA COMO TÉCNICA DE RELAXAMENTO NO TRABALHO DE PARTO



14

DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Mestranda Adelaide Bento

15

DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- A promoção da deambulação é uma intervenção considerada, por vários autores, como indicada num processo fisiológico como o trabalho de parto, devendo por isso ser estimulada.

OMS (1996); Santos e Batista (2000); APEO (2009); Baker (2010)

- “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.”

Regulamento nº 127/2011 (2011, p. 8664)

16

DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- Existem recomendações expressas sobre a importância da liberdade de movimentos, nomeadamente a deambulação durante o 1º estágio do trabalho de parto, devido às suas inúmeras vantagens.

(OMS, 1996; APEO, 2009)

- A posição horizontal da parturiente durante o trabalho de parto tem sido adotada para comodidade dos profissionais.

(Mamede, 2004)

17

DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- Maior sensação de bem-estar durante o trabalho de parto, devido à liberdade de movimentos que oferece;
- Regularização das contrações uterinas aumentando a sua eficácia relativamente a dilatação do cervical;
- Diminuição do período de dilatação independente da paridade da mulher;
- Diminuição do número de partos distócicos vaginais, nas grávidas que deambulavam;
- Ausência de alterações significativas no estado do feto ao nascer.

Sabatino e Caldeyro-Barcia (2000); Batista e Santos (1998)

18

WALKING EPIDURAL

- Consiste na administração de uma baixa concentração de anestésico local e um opióide, no espaço epidural, através de injeções em bólus ou uma contínua perfusão.
- É uma técnica que permite suficiente função motora de pacientes para deambular.
Schrock e Harraway-Smith (2012)
- Estudo de Gomes et al (2009), todas as 23 parturientes incluídas no estudo todas deambularam e não houve casos de dificuldade ou queda.

19

WALKING EPIDURAL

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Vigiar a tensão arterial.
- Vigiar o controlo motor e sensitivo dos membros inferiores.
- Acompanhar a parturiente durante a deambulação.

20

CONTRIBUTO DA BOLA DE NASCIMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Mestranda Vanessa Furão

21

A Bola de Nascimento

- A bola de nascimento é uma bola de exercício que permite à mulher um posicionamento diferente, promovendo o relaxamento, aumentando a sua sensação de conforto e encorajando a mobilidade, de modo a favorecer o trabalho de parto
- A bola deve ter o tamanho suficiente que permita à mulher estar sentada e fazer um ângulo de 90° com os membros inferiores fletidos.

22

Formas de utilização da bola de nascimento

Existem três posições possíveis:

- Sentada em cima da bola.



- De pé apoiada sobre a bola.



- Na posição genito-peitoral (na cama ou no chão) sobre a bola.



23

EXERCÍCIOS

- Sentada, com os membros inferiores em abdução, fazer movimentos de lateralização em cima da bola.
- Sentada, com os membros inferiores fletidos em ângulo recto, realizar movimentos verticais ou movimentos circulares.
- De pé apoiada sobre a bola realizar movimentos circulares com a estrutura pélvica.

B. de Gasquet (2006)

24

MEDIDAS DE SEGURANÇA

- Sempre que está sentada na bola a mulher, preferencialmente, deve ser apoiada por um profissional de saúde ou pelo acompanhante.
- A utilização da bola é ponderada mediante uma avaliação física da mulher.
- Pode ser utilizada por mulheres com bolsa rota desde que a apresentação esteja apoiada
- Não é recomendada nas mulheres com bloqueio sensitivo e motor dos membros inferiores, ou a que tenha sido administrada petidina.

25

VANTAGENS

- A bola é um dos melhores meios de mobilizar a bacia. O material é instável, pelo que a pélvis que está em cima também o é
- Existe uma semelhança entre a bola que se move em todas as direções e as articulações da bacia, que também é multidirecional
- É um meio que ajuda a mobilizar e orientar a cabeça fetal ao mesmo tempo que o efeito da força da gravidade e a verticalidade tornam as contrações uterinas muito eficazes.

CALAIS-GERMAIN (2009, p. 164)

26

VANTAGENS (cont)

- Sentada numa “bola de nascimento”, a estrutura pélvica da grávida abre 1-2 cm mais que noutras posições.
Livingstone (2005)
- Promove a mobilidade pélvica e facilita a realização de movimentos rítmicos. Um posicionamento correto reduz a dor durante as contrações.
Perez (2000)
- Facilita o relaxamento pélvico e promove um suporte ao períneo sem muita pressão.
Perez (2000); Simkin (1995)

27

VANTAGENS (cont)

- O uso da “bola de nascimento” pode proporcionar a rotação de uma variedade occipito-posterior para uma variedade anterior.
Perez (2000); Simkin (1995)
- Na posição genito-peitoral, o bebé tem 85% de probabilidade de rodar para a posição anterior.
Livingstone (2005)
- É possível a monitorização fetal contínua externa e a administração de soroterapia e medicação EV.
- Auxiliada por um acompanhante, a parturiente realiza uma série de movimentos que encurtam o tempo do TP, o que promove a sensação de pertença por parte do casal em todo o processo do TP.
SALMI (2009, p.12)

28

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A pesquisa efetuada sobre a deambulação durante o trabalho de parto apresenta vantagens e benefícios para a mãe e bebé, sendo uma prática a ser encorajada.
- A bola de nascimento durante o 1º estágio do TP: Favorece a adopção de posições verticais (liberdade de movimentos) e torna as contrações mais eficientes, mas menos perceptíveis para a mulher.
SALMI (2009, p.12)

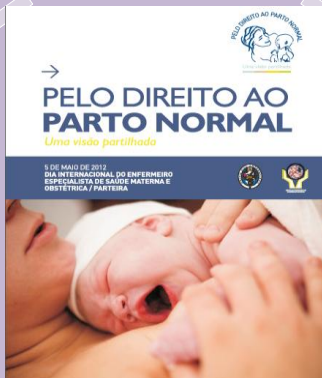
29

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A parteira é considerada pelos autores como o profissional de saúde responsável pela gravidez e o parto normais, incluindo a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações, com melhor custo efetividade.

OMS (1996); VARGENS, PROGNIATI E SILVEIRA (2008); APEO (2009); BAKER (2010)

30



O Bastonário da OE sublinhou que «nunca, como hoje, o Direito ao Parto Normal pelos casais foi tão atual. As mulheres grávidas e suas famílias continuam a encontrar nas maternidades públicas e privadas um excesso de medicalização e instrumentalização do parto, sem conhecerem ainda o direito a um parto normal, como é defensável pela Organização Mundial de Saúde e pela Ordem dos Enfermeiros».

(OE, 2012)

31

Algumas recomendações

PELO DIREITO AO PARTO NORMAL

- Utilizar o partograma para registar a evolução do trabalho de parto
- Oferecer líquidos claros a gosto durante o trabalho de parto
- Apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que facilitem a posição vertical
- Possibilitar o contacto pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e de amamentação.
- Evitar a utilização por rotina em parturientes de baixo risco de práticas e procedimentos cujo benefício não esteja demonstrado:
 - Exames vaginais repetidos
 - Restrição de alimentos e água
 - Confinamento à cama
 - Administração de fluidos intravenosos
 - Algaliação
 - Posição de litotomia
 - Esforços expulsivos dirigidos pelo pessoal de saúde

32



OBRIGADA
PELA
ATENÇÃO

33

BIBLIOGRAFIA

- APEO – Iniciativa Parto Normal. Loures: Lusociência, 2009. ISBN: 978-972-8930-49-3.
- B. de Gasquet, 2006 ??
- BAKER, Karen - Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery* [em linha]. Volume 18, nº 8 (Agosto, 2010) p. 492-497. [Acedido em 20/05/2011]. Disponível em: <http://www.bjmidwifery.com/abstract/18080492>
- Branden, P. S. (2000). *Enfermagem Materno-Infantil*. Rio de Janeiro: Reichmann & Alfonso Editores.
- CALAIS-GERMAIN, Blandine; PARÉS, Njara Vives – Parir en movimiento – Las movioidades de la pelvis en el parto. Espanha, La Liebre de marzo, 2009. ISBN 978-84-92470-12-9
- LININGSTON, Connie – The Birth Ball Source Book. A Guide For Parents and Health Care Professionals. Nuova Vita Publishing Co. Ohio, 2005.
- MAHEDE de al – O efeito da desmobilização na duração do fase ativo do trabalho de parto. Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem [em linha]. Volume 11, nº 3 (Setembro, 2007), p. 466-471. ISSN: 1414-8145. [Acedido em 20/05/2011] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-8145\(200703\)11\(3\)<466-471>_htm](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-8145(200703)11(3)<466-471>_htm)
- Odinc, M. (14 de Novembro de 2010). Partos mais naturais precisam de. (E. Pato, Entrevistador)
- Ordem dos Enfermeiros. (Maio de 2012). Documento do consenso "Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada" assinado e acordado a 28 janeiro de 2010. Consenso. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra: Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família, 1996.
- Perez, 2000 ??
- REGULAMENTO n.º 127/2011. D.R. II Série. 35 (2011-02-18) 8662-8666.
- Rocha, A. H., Monteiro, C. S., Ferreira, M., & Duarte, J. (2009). Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente. *Centro de Estudos em Educação, Formação e Saúde*, 299-309. Vieta.
- SABATINO, Hugo; DIJNN, Peter M.; CALDEYRO-BARCIA, R. – Parto Humanizado-Formas Alternativas. São Paulo: Editora Unicamp, 2001. ISBN: 8524805118.
- SALMI, Gabriela Sanchez; SILVA, Juliana dos Santos; CLUIZIOL, Karen Toccolli – Metodos de controle da dor no parto: Uma abordagem do enfermeiro. São Paulo, 2009.
- SANTOS, Maria João B.; BAPTISTA, Margarida A. – IMPORTÂNCIA DA DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO. REVISTA AFPO. Lisboa. ISSN: 1640-3625 Nº 2, (2008), p. 21-24.
- SIMKIN, Penny – Simkin's Ratings of Comfort Measures for Childbirth. Childbirth Graphics, Texas, 1997. ISBN 38647-4817-0797
- Schmid, V. (2010). *El Dolor del Parto*. España: OB Scare.

34

**ANEXO X – Proposta de atualização da folha de registo de balanço
hídrico.**

BLOCO DE PARTOS
Registo de Balanço Hídrico

Identificação da Utente
(Colar Vinheta)

Data ___/___/___

| | SINAIS VITAIS | | ADMINISTRADOS | | | | Total/h | ELIMINADOS | | Total/h | BH |
|------|---------------|----|---------------|----|----|----|---------|------------|--------|---------|----|
| HORA | TA | FC | EV | EV | EV | PO | | URINA | Outros | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Notas/Observações: _____

Enf.º _____

Hora da Transferência: _____

ANEXO XI – Avaliação Final

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA
ANO LECTIVO 2011-2012

2.º Ano / 4.º Semestre

AVALIAÇÃO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DE ESTÁGIO: BLOCO PARTOS HOSPITAL HPP CASCAIS

DATAS: INICIO 27 FEV 2012 FIM 27 JUL 2012

ESTUDANTE: ADELAIDE BATISTA LUIS BENTO

ENFERMEIRO ORIENTADOR: ENFª ESMO AMÁLIA MARIA JESUS CABRAL SEMEDO

DOCENTE ORIENTADOR: ENFº ESMO MÁRIO CARDOSO

A estudante Adelaide Bento no final deste Ensino Clínico Estágio com Relatório revelou uma Excelente capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico, assim como na elaboração do seu projecto pela pertinência e adequação.

Na autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades o nível atingido correspondeu ao Muito Bom.

Promoveu a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados a um nível de excelência, assim como para os indicadores de desenvolvimento de processos de educação em saúde ao indivíduo / família e prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

Na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido a sua prestação o nível atingido foi de Muito Bom.

Na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, na demonstração de autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados, na revelação de capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas, na revelação de capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem, na análise e discussão de situações vividas e demonstração de atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados o nível atingido foi de Excelência.

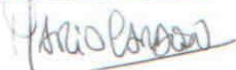
Partos efectuados: 41

Partos participados: 12

Classificação Final: Excelente

O Docente: Enfº ESMO Mário Cardoso

Data 26 JUL 2012



Estudante: Adelaide Baptista Luis Bento

| Estágio com Relatório | Docente | | | | |
|---|---------|------------|-----|-----------|------------|
| | Insuf. | Suficiente | Bom | Muito Bom | Exce-lente |
| Nível Atingido | | | | | |
| Indicadores para Avaliação | | | | | |
| Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico | | | | | X |
| Elabora projecto pertinente e adequado | | | | | X |
| Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades | | | | X | |
| Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados | | | | | X |
| Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família | | | | | X |
| Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal | | | | | X |
| Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto | | | | X | |
| Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; | | | | | X |
| Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados | | | | | X |
| Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas | | | | | X |
| Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem. | | | | | X |
| Analisa e discute as situações vividas | | | | | X |
| Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão | | | | | X |

O DOCENTE: Yara Esnora

Data: 26, 07, 2012

PARCOS (41)

PARCOS PARTICIPADOS (12)

AUTOAVALIAÇÃO - Adelaide Bento

O presente documento, constitui-se como uma breve autoavaliação sobre o caminho percorrido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, que decorreu no Bloco de partos do HPP Cascais, durante 20 semanas. Pretendo, deste modo e de uma forma resumida, realizar uma análise crítica, relativamente aos objetivos atingidos, bem como ao desenvolvimento de competências previsto para esta Unidade Curricular Estágio com Relatório.

Quanto à integração no serviço creio ter sido efetuada de forma positiva no que concerne ao reconhecimento do espaço físico e, também, relativamente à interação com os elementos da equipa multidisciplinar. Adquiri autonomia na prestação de cuidados, sempre com a supervisão da orientadora local, enfermeira especialista Amália Cabral Semedo.

Quanto ao meu desempenho na prestação de cuidados à grávida/casal no bloco de partos, penso ter um nível de conhecimentos adequados às diversas situações com as quais me tenho depararei. Nas situações que suscitaram algumas dúvidas tive sempre o cuidado de questionar a minha orientadora, "discutindo" com esta as várias formas de atuar perante as referidas situações. Considero ter uma comunicação adequada e pauto o meu exercício profissional pelos princípios éticos que me foram incutidos.

As oportunidades de aprendizagem proporcionadas durante o ensino clínico foram extraordinariamente enriquecedoras para o meu crescimento profissional na medida em que permitiram a aplicação dos conteúdos teóricos, previamente adquiridos, na prestação de cuidados e, consecutivamente, o desenvolvimento de competências essenciais ao meu desempenho, enquanto futura EEESMOG.

Considero que os objetivos propostos em projeto para o desenvolvimento de competências, foram atingidos no finalizar desta Unidade Curricular Estágio com Relatório, sendo notória a sua repercussão na minha prestação de cuidados especializados às mulheres/casais, evidenciado pela evolução de um nível iniciada para um nível de competente, de acordo com Benner (2005). Globalmente acho que o trabalho desenvolvido e os resultados obtidos foram muito bons, proporcionando-me

momentos de aprendizagem importantes que irão transitar para a minha prática diária, tendo sido merecedora na avaliação final a classificação qualitativa muito bom.

Não quero deixar de realçar o ambiente salutogénico promovido pela equipa de enfermagem do HPP Cascais, o que proporcionou o bom desenvolvimento das minhas atividades, contribuindo assim para a prossecução dos meus objetivos enquanto mestranda.

Cascais, 26 de Julho de 2012
