

Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia

**Estratégias não farmacológicas utilizadas pelo EESMOG
no alívio da dor/desconforto no trabalho de parto**

FILIPA ALEXANDRA RIBEIRO HEITOR

2014

Não contempla as alterações resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia

**Estratégias não farmacológicas utilizadas pelo EESMOG
no alívio da dor/desconforto no trabalho de parto**

Filipa Alexandra Ribeiro Heitor

Relatório de Estágio Orientado pela Docente

Irene Maria Trindade Soares

2014

AGRADECIMENTOS

À Professora **Irene Soares** pela sua orientação, dedicação, disponibilidade e apoio ao longo deste meu percurso de aprendizagem.

Aos **EESMOG** dos locais de EC pelas experiências proporcionadas repletas de aprendizagens, em especial à EESMOG orientadora deste ER.

À minha **família**, pelo apoio e incentivo ao longo de todo este percurso.

À minha grande amiga **Joana Vieira**, companheira deste difícil percurso de aprendizagem, pelo apoio e motivação.

A todos aqueles que contribuíram para que este percurso fosse possível...

...O meu muito Obrigada.

RESUMO

Este relatório contém a evolução do percurso de aprendizagem percorrido ao longo da UC estágio com relatório. Para obtenção das competências preconizadas para esta UC foi delineado um objetivo geral: aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de EESMOG no cuidado à mulher, feto/recém-nascido e família durante a gravidez, trabalho de parto, puerpério e em situação de doença ginecológica.

Concomitantemente ao desenvolvimento destas competências gerais foi selecionada uma temática de interesse: *Estratégias não farmacológicas utilizadas pelo EESMOG no alívio da dor/desconforto no trabalho de parto* e foi estabelecido um objetivo específico: aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no alívio da dor/desconforto da parturiente em trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas.

Face a esta temática foi delineada a questão de investigação: *Quais as estratégias não farmacológicas que o EESMOG pode implementar para o alívio da dor/desconforto da mulher em trabalho de parto?*

Para dar resposta a esta questão foram analisados vários estudos. Após análise e discussão dos resultados, foi comprovada na evidência científica selecionada a eficácia da utilização das estratégias não farmacológicas, por EESMOG, no alívio da dor e desconforto durante o trabalho de parto.

Como forma de orientar o pensamento foi selecionado um modelo concetual, a **teoria de conforto de Kolcaba** em que o conforto surge como resultado positivo e mensurável das intervenções de enfermagem no alívio da dor. Desta forma, segundo esta teoria, o conforto é considerado o objetivo principal das intervenções de enfermagem.

Palavras-chave: EESMOG, competências, conforto, alívio da dor, estratégias não farmacológicas

ABSTRACT

This report contains the description of evolution of the learning path traversed along a nursing internship including curricular units culminating in a report. To obtain the recommended skills for this and internship course, a general purpose was established, i.e. to deepen knowledge and develop skills of midwife in caring for woman, fetus / newborn and family during pregnancy, labor, puerperium and in situations of gynecological disease.

Concurrently with the development of these general skills it was selected a theme of interest, i.e. nonpharmacological strategies used by midwives to relieve pain/discomfort during labor. For this theme a specific goal was set, i.e. to deepen knowledge and develop skills in the relief of pain / discomfort the pregnant woman in labor through non-pharmacological strategies. The research question was then delineated. *What non-pharmacological strategies that the midwife can implement to relieve the pain / discomfort of the woman in labor?*

To answer this question several studies were analyzed. After analyzing and discussing the results, it was proven in selected scientific evidence of the effectiveness of using non-pharmacological strategies by the midwife in relieving pain and discomfort during labor.

In order to guide the thinking a Conceptual model was selected, i.e. the theory of Kolcaba comfort. In this theory, comfort comes as a positive and measurable nursing intervention to ease and relief pain. Thus, according to this theory, the comfort is considered the main goal of nursing interventions.

KeyWords: Midwife, skills, comfort, pain relief, non-pharmacological strategies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF	Auscultação dos batimentos cardiofetais
BSG	Boletim de saúde da grávida
CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
CTG	Cardiotocografia
DIP	Doença inflamatória pélvica
EC	Ensino Clínico
ER	Estágio com relatório
EESMOG	Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica
ENF	Estratégias não farmacológicas
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FCF	Frequência cardíaca fetal
HGO	Hospital Garcia de Orta
HTA	Hipertensão arterial
ICM	International Confederation of Midwives (Confederação Internacional de Parteiras)
IG	Idade gestacional
RABA	Rutura artificial da bolsa de águas
REBA	Rutura espontânea da bolsa de águas
RPM	Rutura prematura de membranas
RN	Recém-nascido
SUOG	Serviço de Urgência obstétrica e ginecológica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OL	Enfermeiro Orientador do local do Ensino clínico
TP	Trabalho de parto
UC	Unidade Curricular

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O	38
Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão	39
Tabela 3 – Descritores utilizados e respetiva combinação	39
Tabela 4 – Processo de selecção dos estudos de investigação	40
Tabela 5 – ENF implementadas	44

ÍNDICE

	Pág.
LISTA DE SIGLAS	
LISTA DE TABELAS	
1. INTRODUÇÃO	9
2. TEORIA DE CONFORTO DE KOLCABA	12
3. PERCURSO DE APRENDIZAGEM	15
3.1 Objetivo nº1	16
3.2 Objetivo nº2	20
3.3 Objetivo nº3	22
3.4 Objetivo nº4	29
3.5 Objetivo nº5	31
3.6 Objetivo nº6	33
3.6.1. Metodologia e plano de trabalho	35
3.6.1.1 Revisão narrativa da literatura	35
3.6.1.2 Revisão sistemática da literatura	38
3.6.2 Atividades planeadas	40
3.6.3 Recursos utilizados	41
3.6.4 Resultados obtidos	41
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICES	
Apêndice I – Projeto de Aprendizagem	
Apêndice II – Artigos selecionados	
Apêndice III – Cronograma de atividades	
Apêndice IV – Folheto informativo sobre as ENF	

1. INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da UC de estágio com relatório, referente ao 4.º CMESMO. Este documento trata-se dum instrumento de avaliação desta UC e posteriormente irá servir de suporte escrito na defesa pública para obtenção do grau de mestre, com a orientação da Professora Irene Soares.

O ER decorreu no Serviço de Bloco de partos e Serviço de Urgência Obstétrica de um hospital central da região de Lisboa e Vale do Tejo. Este ER teve um total de 750 horas (500 horas de contacto e 250 horas de orientação tutorial/trabalho autónomo), decorreu entre o dia 17-03-2014 e o dia 11-07-2014.

Segundo Lopes et al (1999) “ aquilo que se pede, no núcleo do relatório crítico é que cada um possa realizar uma autocrítica e auto-apreciação, que faça uma análise do trabalho realizado, que estabeleça uma comparação entre os resultados desejados e os resultados atingidos e procure as razões dos desvios entre eles (...) ele é também um instrumento de análise e serve como inventário de dificuldades. E se o relatório surge como uma “ponte” do passado para o presente e encontradas as dificuldades, lança para o futuro um plano para as ultrapassar (...) ”. (LOPES et al, 1999, p.27) Desta forma, este relatório de estágio é um importante instrumento de reflexão, que vai permitir uma análise crítica acerca de todo o percurso de aprendizagem desenvolvido, constituindo assim uma mais-valia no desenvolvimento das competências preconizadas para este ER.

Neste sentido, ambiciono com a realização deste relatório o desenvolvimento da minha capacidade de análise crítica, descrição de todas as atividades desenvolvidas no ER, tendo em conta os objetivos que delinee no projeto de aprendizagem (apêndice I) e reflexão acerca dos contributos deste ER na aquisição e desenvolvimento de competências.

Para a obtenção das competências preconizadas para este ER foi delineado um objetivo geral e objetivos específicos, tendo em conta os meus interesses e necessidades pessoais de aprendizagem e as necessidades e recursos existentes na instituição.

Desta forma, o meu objetivo geral foi aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de EESMOG no cuidado à mulher, feto/recém-nascido e família durante

a gravidez, trabalho de parto, puerpério e em situação de doença ginecológica. Os objetivos específicos delineados foram:

- Objetivo específico nº1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família durante o período pré-natal, que recorre ao serviço de urgência obstétrica.
- Objetivo específico nº2: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família a vivenciar processo de doença ginecológica, que recorre ao serviço de urgência ginecológica.
- Objetivo específico nº3: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à parturiente e família durante os diferentes estádios do trabalho de parto.
- Objetivo específico nº4: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família durante o período pós-parto imediato.
- Objetivo específico nº5: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado ao recém-nascido e família durante o período pós-parto imediato e adaptação à vida extra-uterina.
- Objetivo específico nº6: Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no alívio da dor/desconforto da parturiente em trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas.

Segundo a OE (2010) compete ao EESMOG a promoção da saúde da mulher/RN/família, diagnóstico precoce e prevenção de complicações no período pré-natal, durante o trabalho de parto, período pós-natal e em situação de doença ginecológica (OE, 2010, p. 4-8).

Do mesmo modo, segundo o ICM (2011) “As parteiras possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé; assim, prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde; prestam cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis; prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o

nascimento até aos dois meses de idade.”. (ICM, 2011, p.3-16) Desta forma, é possível perceber o relevante papel do EESMOG no cuidado à mulher/casal e RN no período pré-natal, durante o trabalho de parto, período pós-natal, de forma a potenciar a saúde, através da educação para a saúde, e diagnosticar e prevenir complicações para a saúde da mulher/casal e RN.

Foi-me proposto a seleção de uma área de interesse e o desenvolvimento de um projeto de mestrado e pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, decidi desenvolver o trabalho com o tema *Estratégias não farmacológicas utilizadas pelo EESMOG no alívio da dor/desconforto no trabalho de parto*.

A seleção desta temática relaciona-se com o meu especial interesse pela área em estudo. Sendo o objetivo principal na minha prestação de cuidados a promoção do conforto e bem-estar do cliente, torna-se bastante pertinente para mim conhecer quais as intervenções que poderei realizar e desenvolver competências que contribuam para a promoção do conforto e alívio da dor da mulher durante o trabalho de parto. Tendo em conta que a dor é um sintoma que se encontra presente na maioria das situações patológicas que necessitam de cuidados de saúde e noutras situações fisiológicas, com algum desconforto como o trabalho de parto, reveste-se da maior importância perceber de que forma se poderá promover o alívio da dor.

Considero que o quadro de referência que melhor se adequa é a Teoria do Conforto de Kolcaba (teoria de médio alcance), que define a Enfermagem como “a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, (...)” (Alligood, Tomey, 2004, p. 485) e o conforto como “um resultado holístico desejável relativo à disciplina de enfermagem.” (Alligood, Tomey, 2004, p. 486).

No que diz respeito à estrutura, esta inclui a introdução, a finalidade e objetivos, o desenvolvimento onde farei uma breve descrição e avaliação de todas as atividades desenvolvidas e reflexão sobre o percurso de aprendizagem desenvolvido, considerações finais e referências bibliográficas.

2. TEORIA DE CONFORTO DE KOLCABA

As teorias de enfermagem são um importante instrumento para prática de enfermagem, constituindo a base das intervenções de enfermagem. “A teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos.” (Alligood, Tomey, 2004, p.12)

A enfermagem desde os tempos mais antigos esteve intimamente relacionada com a noção de conforto. Desta forma, segundo Apóstolo (2009) “o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem”. (Apóstolo, 2009, p.62). De acordo com o mesmo autor, este conceito tem sido relevante no contexto dos cuidados de enfermagem estando diretamente relacionado com a sua origem e desenvolvimento.

O termo conforto deriva do latim *confortare*, que significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar. (Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa, 2001) Apóstolo (2009) defende que “o controlo e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto, enquanto que a presença e sensação de dor, descrevem, várias vezes, o sentido da palavra desconforto”. (Apóstolo, 2009, p.62).

A **teoria de conforto de Kolcaba** é uma teoria de médio alcance que define as necessidades de cuidados de saúde como as necessidades de conforto. As medidas de conforto incluem medidas fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas. (Alligood, Tomey, 2004, p.29)

Kolcaba define conforto como “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de **alívio, tranquilidade e transcendência** que emergem de situações causadoras de stresse” (Kolcaba, 1994, p. 1178). Mais tarde considerou o conforto como um estado imediato de fortalecimento das necessidades humanas através do alívio, tranquilidade e transcendência em quatro diferentes contextos de experiência: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003).

O **alívio** é o estado em que uma necessidade específica foi satisfeita, aliviada ou mitigada sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. A **tranquilidade**, é o estado de calma ou de contentamento, necessário para

um desempenho eficiente. A **transcendência**, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. (Kolcaba, 1994, p. 1179)

Estes três tipos de conforto podem ser experimentados em quatro contextos diferentes: **físico**, relativo às sensações do corpo e aos mecanismos homeostáticos; **psicoespiritual**, refere-se à consciência de si próprio, incluindo a auto-estima, sexualidade e o significado da vida, e à relação com uma ordem ou um ser mais elevado; **sociocultural**, pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais, assim como as tradições familiares e as circunstâncias financeiras; **ambiental**, relativo ao meio, às condições e influências externas, englobando a luz, o barulho, as cores, a temperatura e os elementos naturais e sintéticos (Kolcaba, 2003).

Os pressupostos que fundamentam a teoria do conforto de Kolcaba são: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejável relativo à disciplina de Enfermagem; os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto; o conforto melhorado dá ânimo ao doente para adotar comportamentos de procura de saúde; os doentes a quem são atribuídos poderes para procurarem ativamente a sua saúde, estão mais satisfeitos com os seus cuidados de saúde; e a integridade institucional baseia-se num sistema de valores, orientado para os recetores dos cuidados. (Kolcaba, 2003)

A seleção desta teórica relaciona-se com o fato de Kolcaba dar uma visão holística do cuidar em enfermagem proporcionando uma prática centrada nas necessidades dos clientes. Neste sentido, a teoria do conforto de Kolcaba aplica-se de forma adequada à temática em estudo, uma vez que o conforto surge como resultado positivo e mensurável das intervenções de enfermagem. Apesar de ser uma teoria de médio alcance, esta teoria pode ser aplicada em diversas áreas, nomeadamente a obstetrícia.

No que diz respeito aos conceitos meta paradigmáticos que constituem a teoria, a enfermagem é vista como “a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base” (Alligood, Tomey,, 2004, p. 485). Assim, tendo em conta a minha problemática, na avaliação inicial da parturiente o EESMOG avalia a dor/desconforto, implementa medidas de conforto, e avalia os níveis de conforto após implementação das medidas.

O doente é definido por Kolcaba como “o indivíduo, família, instituição ou comunidade que necessita de cuidados de saúde” (Alligood, Tomey, 2004, p.485). As intervenções do EESMOG têm como objetivo proporcionar conforto à parturiente durante o TP.

Relativamente ao ambiente, Kolcaba defini-o como “qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pelo enfermeiro ou pelos entes queridos para melhorar o conforto” (Alligood, Tomey, 2004, p.485). Numa situação de internamento em BP, o EESMOG tem de ter consideração o excesso de luminosidade, o ruído e a privacidade, assim como tranquilizar a parturiente e família de modo a proporcionar um ambiente mais harmonioso.

Por último, a teórica defende saúde como “o funcionamento ótimo conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade” (Alligood, Tomey, 2004, p.486). O EESMOG deve ter em conta os fatores comportamentais internos e externos da parturiente para responder às necessidades identificadas e assim contribuir, positivamente e holisticamente, para a plenitude do conforto.

Tendo em conta tudo o que foi referido, o conforto é considerado o objetivo principal das intervenções de enfermagem, assim, como o meu projeto visa o alívio da dor e desconforto no trabalho de parto, é objetivo das minhas intervenções a promoção do conforto da parturiente durante o trabalho de parto através da implementação de estratégias não farmacológicas.

3. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

O ER decorreu no Serviço de urgência obstétrica e ginecológica e Bloco de partos de um hospital central da região de Lisboa e Vale do Tejo. Trata-se de um hospital central com área de abrangência de três concelhos. No que diz respeito à área de saúde materna e infantil, a área de intervenção desta instituição também compreende uma área mais vasta para situações de risco materno, neonatal e infantil.

Este serviço localiza-se no piso 1 do Hospital. No que diz respeito à sua estrutura física, o bloco de partos é constituído por:

- 1 Sala de dilatação com capacidade para três camas (onde se poderá efetuar o parto em caso de necessidade),
- 4 Boxes (salas onde se efetuam os partos),
- 2 Blocos operatórios (para cesarianas, partos instrumentais e outras intervenções cirúrgicas)
- 1 Sala para prestação dos cuidados imediatos ao RN
- 1 Sala de recobro (prestação de cuidados intensivos a grávidas/puérperas com pre-eclâmpsia, síndrome de Hellp, coagulopatias).

O SUOG é constituído por:

- 1 Gabinete de secretariado
- 1 Sala para realização de ecografia
- 1 sala para realização de CTG
- 3 Sala de observação
- 2 Salas de internamento (curta duração) com capacidade para duas camas
- 1 Pequeno bloco operatório (para realização de curetagens e outras pequenas intervenções cirúrgicas).

No que diz respeito aos recursos humanos a equipa de enfermagem é constituída por 44 enfermeiros: 34 EESMOG e 9 enfermeiros generalistas. Sendo que estes se distribuem entre o serviço de urgência obstétrica e bloco de partos.

No SUOG são prestados cuidados de enfermagem a mulheres do foro ginecológico e obstétrico em situação de saúde/doença (patologia ginecológica, grávidas, parturientes, puérperas).

O serviço de Bloco de partos admite grávidas/parturientes provenientes do SUO e do serviço de medicina materno-fetal em fase ativa do TP. Admite ainda, mulheres para realização de cesarianas eletivas e intervenções cirúrgicas do foro ginecológico.

Numa fase inicial deste ER, foi possível conhecer a dinâmica organo-funcional dos dois serviços, procedimentos habituais, consulta de documentos existentes nos serviços (guias orientadores, protocolos, normas, folhetos informativos), consulta de processos clínicos conhecimento do sistema informático utilizado (SAPE e ALERT) e do trajeto efetuado pelas mulheres que recorrem ao SUOG e BP, o que facilitou a minha integração. No período de integração apenas realizei observação participada das intervenções da OL, posteriormente prestei cuidados especializados sob supervisão da OL, desenvolvendo autonomia e independência de forma crescente das intervenções realizadas.

Ao longo de todo o ER foi feita pesquisa bibliográfica e mobilização dos conhecimentos adquiridos nas UC, assim como reflexões individuais, com peritos e docente orientador no sentido de responder aos objetivos formulados.

3.1 Objetivo nº1

Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família durante o período pré-natal, que recorre ao serviço de urgência obstétrica

Ao longo do ER tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados à grávida e família, implementando as atividades que delineei no projeto de aprendizagem (apêndice I). Prestei desta forma cuidados a 15 mulheres/família no período pré-natal com patologia associada e/ou complicações na gravidez (APPT, HTA induzida pela gravidez, suspeita de infeções urinárias, REBA, RPM), seguindo os pressupostos da teoria de conforto de Kolcaba.

O primeiro contacto da grávida quando recorre ao SUOG é com a administrativa que realiza a sua inscrição, posteriormente aguarda a chamada da equipa de enfermagem. A enfermeira chama a grávida e posteriormente realiza a triagem de

Manchester e avalia os sinais vitais. Para realização de uma correta triagem é fundamental uma observação rápida e objetiva, e um conhecimento científico e responsabilidade que permitam realizar uma identificação das situações e do seu grau de risco. De acordo com a triagem realizada é atribuída uma cor representando a gravidade e necessidade de cuidados urgente/emergente, que determina a ordem da chamada do médico.

Numa fase inicial, pude observar de forma participativa a realização de triagens pela OL. Posteriormente realizei triagem de forma autónoma a cerca de 15 grávidas.

Numa situação de stress, como a recorrência ao SUOG, considero importante a realização do acolhimento da grávida/família, estabelecendo uma relação de confiança. Assim como refere Hesbeen (2010) “Tecer laços de confiança com uma pessoa que acaba de ser admitida no hospital (...) precisa de todas aquelas pequenas coisas que constituem os cuidados de enfermagem. (...) a primeira etapa que conduz à confiança é a que permite diminuir a ansiedade associada a um ambiente que não se conhece ou a uma situação inquietante.” (Hesbeen, 2010, p. 105)

Em todas as situações apresentei-me de forma empática, demonstrando disponibilidade para perceber a situação que trazia as mulheres ao SUOG. Realizei colheita de dados para anamnese (identificação, história familiar, antecedentes pessoais, ginecológicos, obstétricos, história social) e consulta de informação referente à vigilância de saúde da mulher (BSG e Exames Complementares de Diagnóstico), com o objetivo de perceber a história da gravidez atual e a existência de intercorrências relevantes.

As razões mais frequentes para a recorrência ao SUOG foram: algias pélvicas, diminuição da perceção dos movimentos fetais, HTA, RPM, APPT, hemorragia, contratilidade dolorosa e regular. Em todas as situações foi avaliado o risco Gravídico, no sentido de permitir uma identificação precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher neste período. “A finalidade dos cuidados no período pré-natal é identificar a existência de fatores de risco e outros desvios do normal para que a gravidez termine com êxito.” (Lowdermilk, 2008, p.253)

De acordo com o regulamento do EESMOG, o EESMOG “diagnostica e monitoriza a gravidez, informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco, identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à

gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.” (OE, 2010, p.4)

Tendo em conta a situação e IG de cada mulher fiz também a avaliação da estática fetal (manobras de Leopold) e do bem-estar materno-fetal através da ABCF e vigilância e monitorização da FCF e contratilidade uterina através do CTG. Através da realização das manobras de Leopold foi possível perceber o número de fetos, a apresentação, o grau de descida na pélvis a posição e atitude fetal. A ABCF permite a avaliação do ritmo e qualidade da FCF e reveste-se da maior importância uma vez que são indicadores da saúde fetal.

Em situações em que havia suspeita de TP em fase ativa realizei o exame vaginal para avaliar a dilatação e apagamento do colo uterino, variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas e características do líquido amniótico (se bolsa de águas rota), e colaborei na transferência para o BP. Acompanhei a grávida e família ao BP, dando-lhe a conhecer as instalações e procedimentos habituais.

Colaborei também no internamento de grávidas no serviço de medicina materno-fetal por vigilância de HTA, APPT entre outros.

Tive a oportunidade de colaborar no tratamento das grávidas no SUOG através da realização de intervenções interdependentes: administração de terapêutica via endovenosa e intramuscular, colheita de produtos para análise laboratorial (sangue e urina), avaliação de parâmetros vitais.

De acordo com cada situação e IG foi realizada uma adequada educação para a saúde, de acordo com as necessidades da grávida e IG, acerca dos seguintes temas: alimentação, higiene, atividade física, atividade sexual, estilos de vida saudáveis, vestuário, desconfortos da gravidez, sinais e sintomas de alerta, prevenção de infeção, exames pré-natais (ecografias, análises laboratoriais), curso de preparação para a parentalidade, recursos da comunidade e legislação.

Segundo o ICM (2011) “ As parteiras prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a deteção precoce e tratamento ou referenciação de certas complicações.” (ICM, 2011, p. 8) Desta forma, “ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva” (ICM, 2011, p.6)

Tanto nas situações de internamento como nas situações de alta elaborei registos de enfermagem adequados garantindo a continuidade dos cuidados nos diversos suportes informáticos.

Avaliação: A prestação de cuidados no seio de um SUOG requer do EESMOG a articulação dos conhecimentos científicos, o domínio de competências técnicas e instrumentais para uma resposta efetiva com as diferentes situações, assim como competência relacional, para fornecer apoio emocional perante uma situação desconhecida e geradora de stress para a grávida e família.

Tendo em conta, que ao longo da minha vida profissional nunca tive a experiência de trabalhar num serviço de urgência, na fase inicial senti algumas dificuldades na realização da triagem, uma vez que implicava uma rápida avaliação objetiva e sistematizada e implicava uma mobilização de conhecimentos constante de acordo com a pessoa e situação clínica. Tive algumas dificuldades em identificar os critérios de gravidade, consoante as situações e desta forma fazer a atribuição correta da prioridade clínica no atendimento. Ao longo do tempo estas dificuldades foram superadas.

Tendo em conta a diversidade de situações que podem levar a grávida a recorrer ao SUOG, consegui fazer uma correta articulação entre os conhecimentos teóricos apreendidos ao longo de todo o CMESMO e a prática da prestação de cuidados, efetuando uma gestão dos cuidados de enfermagem, estabelecendo prioridades de intervenção de acordo com as situações existentes no seio da equipa multidisciplinar. Considero ainda, que consegui desenvolver a perceção e capacidade para a deteção de situações de risco, urgentes/emergentes, que permitam uma atuação rápida e eficaz.

Por constrangimentos alheios à minha pessoa, apenas foi possível a realização de turnos neste serviço durante uma semana. Apesar desses constrangimentos penso que objetivo foi atingido, tendo desenvolvido competências preconizadas.

Segundo a OE (2010), o EESMOG “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (OE, 2010, p.4), desta forma, é possível perceber o relevante papel que o EESMOG adquire no SUOG.

3.2 Objetivo nº2

Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família a vivenciar processo de doença ginecológica, que recorre ao serviço de urgência ginecológica

Ao longo do ER tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher e família a vivenciar processo de doença ginecológica, implementando as atividades que delineei no projeto de aprendizagem (apêndice I). Prestei desta forma cuidados a 5 mulheres/famílias a vivenciar processos de patologia ginecológica, promovendo o conforto de acordo com o quadro concetual selecionado.

Segundo a OE (2010), o EESMOG “cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a sua saúde.” (OE, 2010, p.7)

O trajeto referido no objetivo anterior para a grávida é igual ao da mulher que recorre ao SUOG por patologia ginecológica. Desta forma, o primeiro contacto da mulher quando recorre ao SUOG é com a administrativa que realiza a sua inscrição, posteriormente aguarda a chamada da equipa de enfermagem. A enfermeira chama a mulher e posteriormente realiza a triagem de Manchester e avalia os sinais vitais.

Numa fase inicial, pude observar de forma participativa a realização de triagens pela OL. Posteriormente realizei triagem de forma autónoma a cerca de 5 mulheres com patologia ginecológica. Durante os turnos realizados no SUOG foi possível verificar que o número de mulheres que recorreu ao SUOG por situações do foro ginecológico foi muito inferior ao número de mulheres que recorreu ao SUOG por situações do foro obstétrico.

As razões mais frequentes para a recorrência ao SUOG foram: infecções vaginais, metrorragias, abortos espontâneos, DIP.

Em todas as situações realizei o acolhimento da mulher/família, apresentando-me de forma empática, estabelecendo uma relação de confiança. Os aspetos referidos no objetivo anterior não foram descurados. Realizei a colheita de dados adequada e pertinente para anamnese (antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos), e do motivo de vinda ao SUOG. Efetuei uma sistemática avaliação física e dos sinais vitais, de modo, a monitorizar alterações fisiológicas e avaliar risco de complicações. E,

posteriormente transmiti informação e orientação de acordo com as características da mulher/família, acerca dos recursos existentes na comunidade.

Em todos os momentos foi dada especial importância à realização de uma adequada educação para a saúde de acordo com as necessidades de cada mulher e tendo em conta a sua patologia ginecológica no sentido de promover estilos de vida saudáveis, acerca dos seguintes temas: ciclo menstrual, métodos contraceptivos existentes (vantagens e desvantagens, modo de administração), vigilância periódica: rastreio do cancro do colo do útero (periodicidade da realização da citologia), rastreio do cancro da mama (autoexame da mama).

Foi possível colaborar no tratamento das mulheres com patologia ginecológica através da realização de intervenções interdependentes: administração de terapêutica via endovenosa e intramuscular, colheita de produtos para análise laboratorial (sangue e urina), avaliação de parâmetros vitais.

Tive ainda oportunidade de prestar cuidados especializados a uma mulher a vivenciar situação de aborto espontâneo, em que não houve necessidade de realização de curetagem uma vez que o feto e membranas foram completamente expulsos. Foi-lhe prestado o apoio emocional, feita vigilância da existência de possíveis complicações e esclarecimento de dúvidas.

Tanto nas situações de internamento como nas situações de alta elaborei registos de enfermagem adequados garantindo a continuidade dos cuidados nos diversos suportes informáticos.

Avaliação: Considero que consegui responder ao objetivo formulado com sucesso. Foi possível o desenvolvimento de competências no cuidado à mulher/família a vivenciar processos de doença ginecológica.

Desta forma, pude perceber que o EESMOG assume um importante papel neste âmbito pois é o profissional que detém conhecimento técnico-científico acerca da patologia ginecológica, as repercussões que poderão ocorrer na vida da mulher. Possuindo desta forma, segundo a OE (2010), competências para promover a saúde ginecológica, diagnosticar e prevenir complicações, e providenciar cuidados que facilitem a sua adaptação à sua nova situação. Desta forma, o EESMOG é o profissional mais competente nos cuidados à “mulher/família a vivenciar processos de processos de saúde/doença ginecológica”. (OE, 2010, p. 7)

3.3 Objetivo nº3

Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à parturiente e família durante os diferentes estádios do trabalho de parto

Durante o ER tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a 65 parturientes e família nos diferentes estádios do TP, implementando as atividades que delineei no projeto de aprendizagem, sempre na perspectiva do cuidar holístico de Kolcaba, tendo como objectivo o conforto. Numa fase inicial prestei cuidados através da observação participante nos cuidados prestados pelo OL. Ao longo do ER consegui progressivamente prestar cuidados de enfermagem especializados autonomamente à parturiente e família ao longo dos quatro estádios do TP.

“Para a maioria das mulheres, o TP começa com a primeira contração uterina e continua com intensas horas de trabalho durante a dilatação e o parto (...)” (Lowdermilk, 2008, p.415).

De acordo com Lowdermilk (2008), estão estipulados 4 estádios do TP. O primeiro estágio do TP inicia-se com as primeiras contrações uterinas regulares e termina quando o colo atinge a dilatação completa. O segundo estágio ocorre desde que a dilatação cervical se encontra completa até ao nascimento. O terceiro estágio decorre desde o nascimento até a expulsão da placenta. O quarto estágio inclui o pós-parto imediato (2 horas após o parto), sobre o qual me debruçarei noutro objetivo distinto.

Neste sentido, durante o **1º estágio** realizei o acolhimento da parturiente/família, incluindo a minha apresentação como estudante do CMESMO, com o objetivo de estabelecer uma relação de confiança, de modo a promover a verbalização de todas as dúvidas e receios. “A forma como o enfermeiro comunica com a mulher durante o primeiro contato, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva. Uma atitude preocupada por parte do enfermeiro encoraja a mulher a verbalizar questões e preocupações” (Lowdermilk, 2008, p.415). Durante a minha prestação de cuidados promovi sempre a privacidade e um ambiente o mais acolhedor e confortável possível, assim como, a explicação à parturiente/família de todos os procedimentos efetuados e da sua situação atual, promovendo assim o

desenvolvimento de uma relação de confiança. Encarando a parturiente como parceira de cuidados, foi sempre estabelecido um plano de cuidados individualizado e com o consentimento da mesma.

Foi feita a consulta de informação referente à vigilância de saúde da parturiente (BSG e Exames Complementares de Diagnóstico) e realização de exame físico à parturiente (avaliação geral de todos os sistemas, nomeadamente, cardiovascular, respiratório, pele, presença e extensão de edemas), para uma correta e precoce identificação de alguma alteração ou aspeto a ter em atenção.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a parturientes com patologia associada, nomeadamente diabetes gestacional, doença celíaca, HTA induzida pela gravidez, HIV, surdez congénita.

A todas as parturientes realizei as manobras de Leopold, no sentido de perceber a apresentação, a posição e atitude fetal. “Estas manobras ajudam a identificar o número de fetos, a apresentação, a posição e atitude fetal, o grau de descida da pélvis e a localização esperado do ponto de intensidade máxima da FCF”, (Lowdermilk, Perry, 2008, p.434) informação importante quando se pretende realizar uma monitorização externa da FCF.

“O trabalho de parto representa um período de stress fisiológico para o feto, pelo que a monitorização contínua do seu estado de saúde é parte essencial dos cuidados de enfermagem durante esse período.” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.389) Realizei monitorização através do CTG, a todas as parturientes, para avaliação da FCF e avaliação das contrações uterinas. E posteriormente uma avaliação do bem-estar fetal através da interpretação dos traçados do CTG. Em situações em que se verificaram desacelerações as situações foram referenciadas para a equipa médica.

Ao longo deste estágio foi realizado o exame vaginal para avaliar a dilatação e apagamento do colo uterino, variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas e características do líquido amniótico (se bolsa de águas rota). Numa fase inicial apresentei dificuldade nesta avaliação, nomeadamente na avaliação da dilatação e variedade fetal, que foi ao longo do ER foi superada com êxito.

Com as parturientes a quem prestei cuidados tive sempre presente a necessidade da identificação precoce e prevenção de complicações para a saúde da parturiente/RN durante o trabalho de parto e realizando a referência para outros profissionais de saúde quando a situação se encontra para além da área de atuação do

EESMOG. Nomeadamente em situações de REBA, em que foi necessário recorrer à equipa medica quando as parturientes apresentaram pico febril ou para a prescrição de análises sanguíneas para despiste de infeção.

Realizei 3 amniotomias a parturientes para acelerar o TP, tendo em conta que, “a amniotomia pode realizar-se para aumentar ou induzir o TP.” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.438) e nunca como procedimento padrão.

Tive ainda oportunidade de colocar 4 monitorizações internas. No sentido em que se trata de um procedimento invasivo, este apenas é efetuado em situações em que é necessário um maior rigor na avaliação de FCF e quando FCF fetal obtida através da monitorização externa não é tranquilizadora ou é falível. Desta forma, “a técnica de monitorização interna contínua permite uma avaliação rigorosa do bem-estar do feto durante o TP.” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.393) Para a realização desta técnica é necessário que tenha ocorrido rutura de membranas, dilatação cervical e que apresentação se encontre num nível em que permita a colocação do eletrodo no escalpe fetal.

Durante este estágio foi promovida a ingestão de líquidos cristalinos (água, chá, sumo) ao longo do trabalho de parto, no sentido de suprir as necessidades energéticas das parturientes. Uma vez que segundo Lowdermilk, Perry (2008), os alimentos e líquidos consumidos por via oral durante o TP conseguem satisfazer com melhor eficácia as necessidades energéticas e de hidratação da parturiente, que os líquidos administrados por via endovenosa.

Foram também administrados fluidos por via endovenosa “para manter a hidratação, principalmente quando o TP é longo e a mulher não tem capacidade para ingerir oralmente a quantidade de líquidos suficiente”. (Lowdermilk, Perry, 2008, p.445)

Tendo em conta que, “uma bexiga distendida pode inibir a descida da apresentação, inibir as contrações uterinas e provocar a diminuição do tônus da bexiga e atonia após o parto” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.445) fiz uma vigilância e estimulação da eliminação vesical frequente. Incentivei a ida ao wc ou a colocação de arrastadeira, tive ainda atenção para o potencial risco de retenção nas parturientes que realizaram analgesia loco-regional e realizei esvaziamento urinário quando se verificou retenção urinária.

No que diz respeito à deambulação e posicionamento da parturiente, foi incentivada, quando se verificou possível, e a adoção do posicionamento mais

confortável para a parturiente durante o trabalho de parto. “A liberdade para a mãe deambular sem restrições e de escolher a posição durante o TP são formas de cuidados consideradas benéficas.” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.445) As parturientes que acompanhei durante o 1º estágio do TP não possuíam o plano de parto redigido, no entanto foi sempre indagada quais seriam as vontades e desejos da parturiente relativamente ao posicionamento (de pé, sentada, gatas) e à posição idealizada para o nascimento.

Relativamente ao alívio da dor, este foi efetuado de acordo com a preferência da parturiente, sempre que esta manifestou necessidade, através da administração de terapêutica (via endovenosa e loco-regional), fazendo o despiste de possíveis complicações e intercorrências. E através da implementação de estratégias não farmacológicas, de acordo com a preferência da parturiente e durante o tempo, que esta considerou desejável. Uma vez que esta intervenção faz parte do objetivo do meu projeto irei fazer um relato mais minucioso noutro capítulo.

Foi sempre incentivada a presença da pessoa de referência durante TP, que na grande maioria dos casos se tratou do companheiro. Uma vez que a esta pessoa “é facilmente capaz de providenciar as medidas de conforto e o toque de que a mulher em TP necessita.” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.451) Sendo um direito que está contemplado na Lei n.º 15/2014 de 21 de março, que menciona o acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto.

Durante o **2º estágio** foi mantida a manutenção da monitorização através do CTG para avaliação da FCF e avaliação das contrações uterinas e realizado o exame vaginal para verificar a dilatação completa e apagamento do colo uterino, variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas e características do líquido amniótico (se bolsa de águas rota).

Na maioria das parturientes a quem prestei cuidados o sinal mais frequente de que a dilatação estava completa era a verbalização da necessidade de fazer força, reflexo de Ferguson e o aumento da pressão no períneo. “A pressão exercida pela apresentação nos recetores elásticos da face posterior da vagina estimula a libertação de ocitocina endógena que desencadeia na mulher o ímpeto para fazer força, ou reflexo de Ferguson.” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.343)

Segundo a OE (2010) o EESMOG tem competência para “aplicação das técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica.” (OE, 2010, p.5)

Do mesmo modo o ICM (2011) refere que “as parteiras prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.” (ICM, 2011, p.11)

Ao longo do ER realizei 41 partos eutócicos e colaborei ativamente em 12 partos distócicos (3 cesarianas, 6 ventosas, 3 fórceps).

Quando verifiquei a dilatação completa incentivei as parturientes a adotar a posição que haviam selecionado para o nascimento e para a realização dos esforços expulsivos. “A mulher pode querer assumir várias posições para o nascimento, e deve ser encorajada e assistida para se posicionar e manter na posição ou posições que escolheu.” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.456) Realizei 4 partos na posição litotimia e os restantes na posição de sentada.

Foi realizada a montagem e abertura de todo o material necessário. Utilização de equipamento de proteção (touca, máscara com viseira, bata esterilizada e luvas esterilizadas) e utilizada técnica asséptica para garantir um campo estéril, no sentido de minorar o risco de infeção.

Foi minha preocupação verificar o tipo de respiração adotado pela parturiente, e quando necessário, dei orientação para realização dos esforços expulsivos apenas quando sentissem necessidade de fazer força (reflexo de ferguson) e de que a força deveria ser realizada durante a expiração, e da realização de inspirações profundas no início e fim de cada contração. “O enfermeiro deve avaliar a respiração da mulher (...) e lembrá-la para fazer inspirações profundas para ventilar os pulmões completamente, antes e depois de cada contração. Fazer o esforço expulsivo durante a expiração e respirando entre os esforços expulsivos ajuda a manter os níveis de oxigenação adequados para a mãe e feto (...).”(Lowdermilk, Perry, 2008, p.461)

Ao longo do período expulsivo mantive uma postura calma, dando orientações a parturiente e informação da evolução do parto, simultaneamente incentivando a sua colaboração nos esforços expulsivos e ao acompanhante.

Penso que realizei de forma eficaz a identificação precoce e prevenção de complicações para a saúde da parturiente/RN durante o trabalho de parto e realizando a referenciação para outros profissionais de saúde quando a situação se encontrou para além da área de atuação do EESMOG. Nomeadamente numa situação em que parturiente esteve cerca de 50 minutos a realizar esforços expulsivos, e não havia

descida da apresentação. Foi contatada equipa médica de procedeu a aplicação de uma ventosa.

Realizei 13 episiotomias medio-laterais em parturientes em que foi verificado por mim e pelo OL a necessidade de abreviar o período expulsivo, quando ocorreu coroação da cabeça do bebe.

Na altura da coroação realizei a manobra de Ritgen modificada, para permitir a extensão da cabeça e proteger a musculatura perineal.

Verifiquei, nos partos que realizei, a existência de circular cervical. Quando verifiquei a existência de circular larga esta foi retirada, nas situações em que foi apertada procedi ao corte após laqueação do cordão umbilical.

Após o nascimento foi feita a limpeza do nariz e boca do bebé para eliminação dos fluidos do canal de parto e o bebé foi colocado no tronco da mãe e foi executada a laqueação e corte do cordão umbilical, após cerca de 2-3 minutos. Segundo Luna et al (2009), a laqueação tardia (2 ou 3 minutos após o nascimento, ou quando este pára de pulsar) não aumenta o risco de hemorragia materna e pode melhorar os depósitos ferro no RN. Sempre que esteve presente acompanhante de referência foi possibilitado que este ou a mãe à realizar o corte do cordão umbilical.

Em todos os partos realizados foi promovido, quando a mãe manifestou essa vontade, o contato pele com pele durante pelo menos 1h. Como é referido por Luna et al (2009) os benefícios desta prática em RN a termo saudáveis são o aumento da frequência e duração do aleitamento materno, um efeito benéfico sobre o processo de vinculação na diminuição do tempo de choro da criança e estabilidade cardiorrespiratória.

Após o nascimento, no **3º estágio**, foi feita colheita de sangue do cordão umbilical para determinação de grupo sanguíneo (para determinar a existência de incompatibilidade ABO e do fator Rh), para avaliação do pH (avaliação do bem estar fetal) e colheita para células estaminais para criopreservação (1 colheita).

Nesta fase o que se pretende é a saída natural e completa da placenta e membranas, foram pesquisados os sinais de descolamento da placenta (saída de sangue pela vagina e existência de mais cordão umbilical visível). Exerci nesta altura uma moderada pressão supra-púbica e uma suave tração do cordão umbilical segundo o eixo da vagina, posteriormente segurei a placenta com as duas mãos e rodava até a sua completa exteriorização. Posteriormente verifiquei a integridade da placenta e

membranas, no sentido de garantir que nenhum fragmento ficava retido na cavidade uterina.

Em algumas situações em que houve suspeita de membranas fragmentadas foi referenciado à equipa médica, que fez controlo ecográfico e posteriormente realizou revisão digital, retirando assim as membranas retidas.

Seguidamente foi administrada terapêutica ocitócica. “Após a expulsão da placenta, pode ser administrada medicação ocitócica pois estimula a contração do útero, ajudando desta forma à prevenção da hemorragia” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.472) Fiz a verificação da formação do Globo de Segurança de Pinard e vigilância de perdas hemáticas vaginais.

Dos 41 partos realizados, 10 foram períneos íntegros, 13 com necessidade de episiotomia, 11 lacerações de grau I e 7 lacerações de grau II.

Neste sentido, após uma avaliação de todo o períneo, realizei 13 episiorrafias e perineorrafias, logo após a dequitação. “A reparação imediata promove a cicatrização, limita a lesão residual e diminui a possibilidade de infeção.” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.469) Numa fase inicial apresentava dificuldade na execução desta técnica, não só na identificação dos tecidos lacerados mas como na própria técnica em si. Ao longo do ER, com a prática fui superando as dificuldades sentidas com o apoio da OL.

No que diz respeito aos registos de enfermagem estes foram realizados de forma clara e completa acerca de todos os estádios do TP.

Em relação à passagem de turno transmiti de forma sucinta e clara as informações relevantes em relação à situação da parturiente/RN.

Avaliação: Considero que este objetivo foi atingido com sucesso. Apesar de ter apresentado algumas dificuldades numa fase inicial, relacionadas com a ausência de experiência profissional na área, foram superadas ao longo do ER com o apoio da OL. Os momentos de reflexão com os peritos e reforço positivo da OL em relação à minha prática de cuidados foram preponderantes para a melhoria dos cuidados prestados e facilitadores da minha aprendizagem.

Assim, foi possível o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, relacionais e comunicacionais no âmbito dos cuidados especializados. Neste sentido, penso que consegui desenvolver uma prestação de cuidados especializados de qualidade, de forma autónoma e competente, através do planeamento, implementação

e avaliação das intervenções, à mulher/família/RN ao longo de todos os estádios do TP, conseguindo identificar e referenciar situações fora a área de atuação do EESMOG.

Foi meu objetivo desenvolver as minhas atividades sempre em parceria com a mulher/família, promovendo a sua participação ativa, no sentido de proporcionar uma experiência positiva num momento tão importante como é o nascimento de um filho.

3.4 Objetivo nº4

Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família durante o período pós-parto imediato

Durante o ER tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados à puérpera e família, implementando as atividades que delineei no projeto de aprendizagem (apêndice I). Prestei, desta forma, cuidados especializados a 54 puérperas, promovendo o conforto segundo a teoria de conforto de Kolcaba.

As primeiras duas horas após o nascimento, constituem um momento muito importante para a mãe e RN, não só pela recuperação do esforço físico do parto, mas também pelo conhecimento um do outro e dos restantes membros da família. Os órgãos maternos sofrem o reajustamento inicial para o estado não gravídico e os sistemas orgânicos iniciam a estabilização. O RN continua a sua adaptação à vida extra-uterina. Pelo que se torna importante uma vigilância adequada da mulher e RN durante este período.

No sentido de dar continuidade aos cuidados prestados, e manutenção da relação de confiança desenvolvida durante o TP e parto, prestei cuidados de enfermagem especializados a todas as mulheres a que conduzi TP e realizei o parto. Numa fase inicial providenciava uma hidratação e alimentação leve para a puérpera e colocava o seu bebé junto desta, promovendo desta forma a vinculação. Posteriormente questionava a puérpera acerca da decisão de alimentação do RN, quando era manifestada a vontade de amamentar, providenciei apoio na sua decisão.

Tendo em conta que, este hospital é creditado pela OMS/UNICEF como hospital amigo dos bebés incentivei a amamentação nos primeiros 60 minutos de vida e ainda

porque “este período é excelente para começar a amamentação porque a criança está em estado de alerta e pronta a ser amamentada.” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.491)

Duas horas após o parto realizei a monitorização das alterações fisiológicas e despiste de complicações no período pós-parto (hemorragia, instabilidade hemodinâmica, alterações de eliminação vesical, trombose venosa profunda).

Desta forma, realizei o exame obstétrico da puérpera avaliando: pele e mucosas, mamas e mamilos, útero (contraído com globo de segurança de Pinard formado), períneo, perineorrafia/episiorrafia, perdas hemáticas vaginais, eliminação urinária (realizando esvaziamento urinário nos casos de retenção urinária), membros inferiores, sinais vitais, dor. Posteriormente realizava os cuidados perineais e em caso de edema e dor no períneo, aplicação de gelo. Nos casos em que a puérpera apresentava cateter epidural, este era removido, assim como o cateter venoso periférico.

Relativamente às puérperas submetidas a cesariana, a avaliação realizada era semelhante ao referido. E ainda, vigilância do estado de consciencia (quando realizavam anestesia geral), dor, vigilância de mobilidade dos membros inferiores (relacionado com anetesia epidural), vigilância do penso operatório e da eliminação urinária, pois a mulher fica algaliada ate às 6 horas após a cesariana.

Aproveitei sempre este período para observar a interação e vinculação da díade/tríade e uma avaliação das mamadas, a pega e a da adaptação do RN à mama, assim como para realizar educação para a saúde, nomeadamente acerca da amamentação e dos cuidados perineais.

Foram realizados registos de enfermagem garantindo a continuidade dos cuidados, tanto informáticos como no BSG.

Na transferência para o internamento, transmiti a informação relevante dos cuidados prestados no bloco de partos à puérpera e RN, de forma clara e sucinta, para promover a continuidade de cuidados.

Avaliação: Considero que consegui responder ao objetivo formulado com sucesso. Foi possível o desenvolvimento de competências no cuidado á mulher/RN/família no período pós-parto imediato. Foram desenvolvidas todas as atividades planeadas de forma autónoma e eficiente.

Segundo a OE (2010), o EESMOG cuida “a mulher e RN, inseridos na família e comunidade, durante o período pós-natal, no sentido de potenciar saúde da puérpera e RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (OE, 2010, p.6)

Neste sentido, o EESMOG adquire um relevante papel neste período, pois é o profissional que promove a saúde e diagnostica e previne complicações da mulher/RN/família. Contribuindo para que a transição e adaptação à parentalidade ocorram de forma saudável e satisfatória.

3.5 Objetivo nº 5

Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado ao RN e família durante o período pós-parto imediato e adaptação à vida extra-uterina

Durante o ER tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN e família, implementando as atividades que delinee no projeto de aprendizagem (apêndice I). Prestei desta forma cuidados especializados a 55 RN, com o objetivo de promover o conforto.

Após o nascimento o RN tem de realizar muitas adaptações fisiológicas e comportamentais à vida extra-uterina. “Os enfermeiros desempenham um papel fundamental durante este período de transição, ajudando o RN a adaptar-se à vida extra-uterina e, assistindo a mãe e outros familiares na adaptação à nova situação” (Bobak et al, 1999, p.335). Neste sentido, cabe ao EESMOG assegurar a avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina. (OE,2010, p.5)

Foi sempre feita a consulta do processo da grávida (exames complementares de diagnóstico: ecografias, análises laboratoriais) história familiar, história da gravidez atual, patologia associada materna ou fetal, evolução do TP e parto, para uma prestação de cuidados mais adequada e que fosse preditiva de qualquer alteração na adaptação do RN à vida extra-uterina. Em situações de partos distócicos ou em que fosse possível prever dificuldade na adaptação à vida extra-uterina (prematuridade) era contactado um pediatra para observar o RN no nascimento e este era levado imediatamente para o berçário para prestação de cuidados imediatos.

No momento do nascimento realizei avaliação da situação do RN e da necessidade de reanimação através da utilização do índice de Apgar: coloração, frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa. Perante uma avaliação satisfatória, sequei o RN com o lençol com que o recebi, para minimizar as perdas de calor e manter a temperatura corporal, tapei-o com um lençol quente e coloquei-o no abdómen/tronco materno, de acordo com a vontade da mãe, para contacto pele a pele pelos seus inúmeros benefícios como foi referido anteriormente. “Os cuidados neonatais eficazes incluem a manutenção de um bom ambiente térmico.” (Lowdermilk, Perry, 2008, p.606) Ainda junto mãe foi feita identificação do RN, com a colocação de duas pulseiras com o nome da mãe (confirmado anteriormente com a mesma) e uma pulseira eletrónica (para garantir a sua segurança no internamento).

Após a realização do contato pele com pele o RN era levado para o berçário para prestação dos cuidados imediatos ao RN. Realizei o exame objetivo do RN: a vitalidade e choro do RN, o coto umbilical, características da pele e mucosas do RN, observar a cabeça, os olhos, nariz, pavilhões auriculares, face, boca, pescoço, tórax anterior, mama, abdómen, genitais, ânus, as extremidades e o dorso. Avaliei também a integridade do sistema nervoso, através da pesquisa dos reflexos (pontos cardeais, preensão palmar e plantar, tónico assimétrico do pescoço, Moro, reflexo de sucção/deglutição). Realizei ainda a avaliação do peso do RN, a administração via intramuscular de vitamina K (prevenção de hemorragia), administração de cloranfenicol colírios (profilaxia de infeção ocular).

Depois da prestação dos cuidados imediatos foi promovida e apoiada a amamentação e avaliação das mamadas, e quando necessário, explicação das posições que poderão ser adotadas para amamentar, referindo que o importante é utilizar uma posição confortável para a mãe e RN, assim como, dos sinais de uma boa pega.

De acordo com a preferência dos pais foi dada possibilidade de apresentação do RN aos restantes elementos da família presentes na sala de espera do bloco de partos.

Foram realizados registos de enfermagem garantindo a continuidade dos cuidados. Na transferência para o internamento, transmiti a informação relevante dos cuidados prestados ao RN, de forma clara e sucinta, para promover a continuidade de cuidados.

Avaliação: Considero que consegui responder ao objetivo formulado com sucesso, uma vez que foram desenvolvidas todas as atividades planeadas de forma progressivamente autónoma e eficiente. Foi possível o desenvolvimento de competências no cuidado ao RN/família no período pós-parto imediato.

Segundo a OE (2010) compete ao EESMOG a promoção da saúde da mulher/RN/família, diagnóstico precoce e prevenção de complicações no período pós-natal, bem como otimizar a saúde do RN na sua adaptação à vida extra-uterina (OE, 2010, p. 5,6). Neste sentido, o EESMOG vai desempenhar um papel muito importante na prevenção da morbilidade e mortalidade neonatal ao longo da vigilância pré-natal, promovendo a saúde e diagnosticando precocemente e prevenindo complicações durante o período pré-natal, intraparto e pós-natal. É, desta forma, o profissional de referência que presta cuidados desde o primeiro minuto de vida e que implementa intervenções promotoras da sua adaptação à vida extra-uterina.

3.6 Objetivo nº 6

Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no alívio da dor/desconforto da parturiente em trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas

Tendo em conta que, este é o objetivo referente à temática selecionada para o projeto, torna-se pertinente a realização de um enquadramento teórico, de forma a ser possível uma fundamentação teórica e concetual, que baseie a prática de cuidados especializados.

A dor é definida segundo a International Association for the Study of Pain (1999) como uma experiência sensorial e desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial. A dor pode ser, desta forma, considerada como um processo fisiológico de grande importância para a integridade física do indivíduo, uma vez que provoca um grande sofrimento, redução da qualidade de vida das pessoas e alterações fisiopatológicas que poderão contribuir para o aparecimento de várias morbilidades orgânicas e psicológicas. É uma realidade nos serviços de saúde a grande prevalência da dor e o seu mau controlo, possivelmente por a dor ser um sintoma que não se vê,

ela ainda, não é bem valorizada pela comunidade médica. Só em 2003 a dor foi considerada como o 5º sinal vital, e é proposta a sua avaliação através de escalas, de forma sistemática, de modo a torná-la mensurável.

“O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.” (DGS, 2003, p1)

No âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, surge o Programa Nacional de Controlo da Dor, dando sequência ao primeiro Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que veio definir novos objetivos e novas estratégias operacionais. Neste sentido, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, o controlo da dor deverá ser prioritário, contribuindo para a humanização dos cuidados de saúde.

No trabalho de parto “o alívio da dor é de grande importância. Geralmente, o que determina e influencia a perceção da mulher sobre o parto (...). O profissional de enfermagem atento deve procurar indícios que lhe permitam identificar se o nível de controlo da dor é, ou não, o desejado pela mulher.” (Lowdermilk, 2008, p.359)

Segundo o Regulamento das competências específicas do EESMOG, o EESMOG “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (OE, 2010, p.5). Através da conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. E ainda, por meio da cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

De acordo com o ICM (2011) as parteiras “prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto,(...)” (ICM, 2011, p.11) e possuem conhecimentos de “medidas de reconforto na primeira e segunda fases do trabalho de parto (métodos não farmacológicos de alívio da dor)” (ICM, 2011, p.11).

Desta forma é muito relevante o desenvolvimento de competências que visem o alívio da dor na mulher em trabalho de parto. Como futura EESMOG tenho que promover o alívio da dor e por isso quero sentir-me bem preparada para implementar intervenções não farmacológicas de alívio da dor.

3.6.1 Metodologia e plano de trabalho

A metodologia utilizada para a concretização deste objetivo foi a realização de uma revisão narrativa da literatura, seguida de revisão sistemática da literatura e posteriormente colheita de dados através de entrevistas informais com peritos, mulheres, e realização de notas de campo.

3.6.1.1 Revisão narrativa da literatura

“A dor do parto faz parte da própria natureza humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, não está associada à patologia, mas sim, com a experiência de gerar uma nova vida.” (Gayeski e Brüggemann, 2011, p.775)

Desta forma, a promoção do conforto e a satisfação da mulher durante o trabalho de parto deverão ser uma prioridade dos prestadores de cuidados, no sentido de valorização do parto fisiológico. Através da modificação do ambiente físico onde ocorre o parto e aplicação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor, por não apresentarem efeitos secundários para a parturiente e bebê, e por proporcionarem à parturiente uma sensação de maior controle no trabalho de parto.

A dor durante o trabalho de parto, ainda, constitui uma realidade nos serviços de obstetrícia, mesmo com os recursos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis para o alívio da dor. Assim, as parturientes deverão ter acesso aos métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, da sua preferência, nomeadamente, os não farmacológicos. Estes métodos proporcionam mais calma e tranquilidade para as mulheres durante o trabalho de parto e ainda possibilitam a participação ativa do acompanhante de referência no processo, colaborando na sua execução.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), as estratégias não farmacológicas de alívio da dor dividem-se em: estratégias de estimulação cutânea, estratégias de estimulação sensorial e estratégias cognitivas.

As estratégias de estimulação cutânea incluem:

- Contrapressão – consiste na aplicação de pressão na região sagrada, com o punho ou costas da mão, por outra pessoa, promovendo a elevação do occipúcio das terminações nervosas proporcionando o alívio da dor, quando esta é provocada pela pressão do occipúcio sobre

os nervos espinhais, quando a cabeça do feto se encontra numa variedade posterior.

- Toque e massagem – o toque poderá ser utilizado para transmitir cuidado, segurança e preocupação. Este poderá ser aplicado de acordo com a preferência da mulher, no que diz respeito à pessoa que executa o toque e na região do corpo em que é aplicado. A massagem poderá promover uma redução da tensão e aumento do conforto. Deve ser aplicada de acordo com a preferência da mulher, nas mãos, costas, pés.
- Deambulação – Esta técnica proporciona maior relaxamento, melhor progressão do trabalho de parto e alívio da dor, segundo Silva, Strapasson e Fischer (2011).
- Hidroterapia – poderá ser aplicada através de banhos de chuveiro, jatos de água e banho de imersão, durante o tempo que a mulher considere desejável. Esta técnica é utilizada para promoção do conforto e relaxamento durante o trabalho de parto.
- Estimulação nervosa elétrica transcutânea – consiste na aplicação de dois pares de elétrodos em ambos os lados da coluna lombar e sagrada. Os elétrodos fornecem impulsos elétricos contínuos, que provocam sensação de formigamento ou cócegas e um bom alívio da dor da região dorsal.
- Acupuntura – Consiste na aplicação de agulhas em pontos específicos do corpo para restabelecer o fluxo de energia e reduzir a dor. Esta técnica é utilizada para aliviar a dor no trabalho de parto.
- Mudança de posição – a mudança de posição inclui a utilização da bola de nascimento, que estimula a posição vertical, permitindo liberdade na adoção de diferentes posições. Segundo Silva et al (2011) a realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada) possibilita trabalhar a musculatura do assoalho pélvico, nomeadamente, os músculos levantadores do ânus e pubo coccígeos e a fáscia da região pélvica. A liberdade de mudança de posição da parturiente, contribui para a participação ativa da mulher no processo do nascimento.

As estratégias de estimulação sensorial incluem:

- Aromaterapia – é realizada através da utilização de óleos destilados de plantas, flores, ervas e árvores, para promoção do bem-estar. A lavanda, a salva e a bergamota promovem o relaxamento e poderão ser utilizadas de diversas formas: no banho, compressas humedecidas, no vaporizador e óleo de massagem.
- Musicoterapia – a música promove o relaxamento durante o trabalho de parto, reduzindo a ansiedade e a percepção da dor. As mulheres deverão, assim, ser incentivadas a fazer-se acompanhar da sua música preferida no momento do parto.
- Concentração e relaxamento – a concentração da atenção e as técnicas de relaxamento vão possibilitar que a mulher descanse ao longo do trabalho de parto, conservando energia para o momento do nascimento. As técnicas de distração poderão trazer benefícios no controlo da dor. O objetivo é a mulher selecionar um objeto favorito e focar nele a sua atenção durante as contrações, de modo a diminuir a sua percepção da dor.

As estratégias cognitivas incluem as técnicas de preparação para o nascimento:

- Método de Dick-Read – substituição do medo pelo desconhecido, pela compreensão e confiança. Este método incide em três vertentes: a prática de exercício físico para preparação do corpo para o trabalho de parto, o relaxamento consciente e padrões de respiração. O relaxamento consciente está relacionado com o relaxamento progressivo de todos os músculos do corpo. Os padrões de respiração estão relacionados com o tipo de respiração a realizar durante os diferentes estádios do trabalho de parto: respirações abdominais profundas e respirações superficiais.
- Método de Bradley – também designado de nascimento assistido pelo companheiro. O companheiro irá ter uma participação ativa, contribuindo para que a mulher relaxe e utilize corretamente as técnicas respiratórias.
- Método de Lamaze – também designado método psicoprofilático, está relacionado com o reflexo condicionado de Pavlov. A dor é encarada como um reflexo condicionado, logo as mulheres poderão ser

condicionadas para não sentirem dor durante o trabalho de parto. Este condicionamento é feito através do ensino de relaxamento muscular controlado, para responder às contrações uterinas, padrões de respiração adequados e concentração em pontos específicos, estímulos positivos que irão dificultar a progressão do estímulo doloroso. Logo, segundo a OE (2008), este método utiliza de técnicas de respiração e relaxamento com o objetivo de condicionar respostas positivas a estímulos negativos, nomeadamente tipos de respiração e relaxamento voluntário, diminuindo a percepção da dor.

3.6.1.2 Revisão sistemática da literatura

No sentido de responder ao problema formulado, a RSL é baseada, desta forma, em pesquisa de estudos científicos, seleção dos artigos através da definição de critérios de inclusão e exclusão, análise crítica dos resultados e posterior síntese dos dados selecionados.

Recorrendo ao formato PI[C]O foi formulada a seguinte questão de investigação: *Quais as estratégias não farmacológicas que o EESMOG pode implementar para o alívio da dor/desconforto da mulher em trabalho de parto?*, conforme se encontra apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O

P	Participantes	Quem foi estudado?	Parturientes
I	Intervenções	O que foi feito?	Estratégias não farmacológicas implementadas pelos EESMOG
C	Comparações	Podem existir ou não?	
O	Resultados	Resultados/efeitos ou consequências.	Alívio da dor/desconforto

Para ser possível uma seleção de estudos considerados pertinentes para a temática abordada foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão e exclusão definidos encontram-se na tabela 2.

Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Estudo completo	Estudo não relacionado com a questão
Estudos publicados entre 2008-2013	Repetição em mais de uma base de dados
Estudos em língua: inglês, português e espanhol	Estudos mediante pagamento

Seguidamente, foram identificados conceitos essenciais referentes aos participantes, à intervenção e ao desenho dos estudos pretendidos. Estes conceitos foram: dor (pain), parto (labor), alívio da dor (pain relief), estratégias não farmacológicas (non-pharmacological strategies), intervenções de enfermagem (nursing intervention), obstetrícia (midwifery).

A revisão decorreu entre Março de 2013 e Julho de 2013. A pesquisa foi efectuada na plataforma de pesquisa EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Mediclina.

Nestas plataformas os descritores foram combinados através de expressões booleanas da seguinte forma:

Tabela 3. Descritores utilizados e respetiva combinação

Descritores	“pain” OR “non- pharmacological strategies” OR “pain relief”	AND	“midwifery” OR “midw*” OR “matrona” OR “nursing intervention”	AND	“labor” OR “childbirth”
Nº de artigos encontrados nas bases de dados	CINAHL → 60 MEDLINE → 52 COCHRANE → 13 MEDICLATINA → 2 TOTAL: 127				

Tabela 4. Processo de selecção dos estudos de investigação

Pesquisa EBSCO e NCBI (conjugação dos descritores)127 artigos	
Após leitura dos títulos: 50 artigos seleccionados	Após leitura dos títulos: 57 artigos excluídos
Após leitura dos resumos: 30 artigos seleccionados	Após leitura dos resumos: 20 artigos excluídos
Após leitura do texto integral: 10 artigos seleccionados	Após leitura do texto integral: 20 artigos excluídos

Do número total de artigos encontrados foram seleccionados 10 artigos considerados pertinentes para dar resposta à questão de investigação formulada. Os artigos que não foram seleccionados não respondiam à questão de investigação e/ou não se relacionavam com a temática. A análise dos artigos seleccionados encontra-se em forma de quadro no apêndice II.

3.6.2 Atividades planeadas

As atividades planeadas para dar resposta ao objetivo foram:

- Revisão Sistemática da Literatura.
- Revisão narrativa da literatura, entrevistas com peritos e reuniões com professor orientador.
- Realização de entrevistas informais, fazendo o registo através de notas de campo para conhecer a perceção das parturientes relativamente à existência de estratégias não farmacológicas.
- Realização de ações educativas à parturiente e família para dar a conhecer as estratégias não farmacológicas de alívio da dor.
- Realização e distribuição de folhetos informativos para dar a conhecer as estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto.
- Realização de entrevista, aquando da admissão da grávida, para perceber o seu grau de conhecimento relativamente às estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto.
- Motivar as parturientes para a adoção das estratégias não farmacológicas para alívio da dor/desconforto.

- Informar a parturiente quais as estratégias não farmacológicas para alívio da dor/desconforto disponíveis.
- Realizar entrevistas para validar com a parturiente qual a estratégia não farmacológica da sua preferência.
- Avaliar a dor antes da implementação das estratégias não farmacológicas.
- Implementar a estratégia não farmacológica de alívio da dor conforme preferência da parturiente.
- Avaliar a dor após a implementação das estratégias não farmacológicas.

3.6.3 Recursos utilizados

Os recursos utilizados para implementação das atividades foram:

- Humanos: OL, discente, professor orientador, mulheres e famílias a quem prestei cuidados ao longo dos ensinos clínicos, peritos na área de Saúde Materna e obstétrica dos serviços dos ensinos clínicos equipa multidisciplinar.
- Físicos: Residência do discente, espaço físico da ESEL, serviços de realização dos Ensinos Clínicos
- Materiais: Computador, trabalho de Projeto, notas de campo desenvolvidas nos ensinos clínicos, relatório de estágio.
- Temporais: Cronograma de atividades (apêndice III).

3.6.4 Resultados obtidos

Para a concretização deste objetivo em muito contribuíram a realização da revisão narrativa da literatura e a revisão sistemática da literatura, através das quais foi possível conhecer quais as estratégias não farmacológicas existentes no alívio da dor/desconforto da parturiente em trabalho de parto e perceber que de acordo com a evidência científica, estas são eficazes no alívio da dor e desconforto.

Este tema foi alvo da minha atenção e atuação, não só no ER, mas em alguns dos EC realizados.

No **EC II** (prestação de cuidados de enfermagem especializados no período pós-natal), foram realizadas entrevistas informais às puérperas com o objetivo de perceber

se conheciam as estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto e se haviam utilizado alguma estratégia ao longo do TP. Das 51 puérperas a quem prestei cuidados ao longo do EC II, apenas 10 conheciam as estratégias não farmacológicas, destas puérperas apenas uma me revelou que tinha utilizado e que tinha realmente sentido alívio da dor/desconforto. Aquilo que verifiquei foi que a grande maioria das mulheres tinha feito analgesia epidural, podendo esse fator contribuir para a não aderência às estratégias não farmacológicas.

No **EC III** (prestação de cuidados de enfermagem especializados no período pré-natal) foi possível durante as consultas de vigilância pré-natal realizar ações educativas à mulher e família e foi, ainda, realizado e distribuído folheto informativo (apêndice IV) para dar a conhecer as estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto. No âmbito deste EC também foi possível colaborar e participar no curso de preparação para a parentalidade, onde foi realizada por mim a sessão acerca das estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto durante o TP.

No **EC IV** (prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal) foi possível a implementação das estratégias não farmacológicas a grávidas internadas neste serviço para indução do TP por IG. Uma vez que as grávidas neste serviço de encontravam em fase latente do TP, não poderiam realizar medidas farmacológicas para alívio da dor/desconforto. Das 20 grávidas a quem prestei cuidados em fase latente do TP, todas realizaram a deambulação como medida de conforto e de uma melhor progressão do TP.

Apenas 5 realizaram massagem lombo-sagrada, tendo referido algum alívio da dor e desconforto durante as contrações. Desta forma, segundo Dantas, Davim e Torres (2009) a aplicação de estratégias não farmacológicas, nomeadamente, exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombo sagrada são efetivas no alívio da intensidade da dor no trabalho de parto.

A estratégia não farmacológica banho no chuveiro foi implementada a todas as grávidas, e todas manifestaram alívio da dor/desconforto, assim como relaxamento. Segundo Stark e Miller (2009) existe evidência de que a hidroterapia, se trata de uma medida segura, eficaz no alívio da dor, redução da ansiedade, estimulando o relaxamento, e promovendo uma sensação de controlo. Ainda de acordo com os mesmos autores, os EESMOG têm a oportunidade única de proporcionar conforto e

cuidado às mulheres em trabalho de parto. A hidroterapia é segura, eficaz, e relativamente barata como uma terapia complementar de gestão da dor.

Ainda no âmbito do **EC IV**, tive ainda oportunidade de particionar no curso de preparação para a parentalidade lecionado no hospital, com a realização de uma sessão acerca das estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto e distribuição de folhetos informativos (apêndice IV).

No ER prestei cuidados a 65 parturientes em diferentes estádios do TP, às quais dei a conhecer as estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto.

Das 65 parturientes, 12 parturientes já se encontravam no 2º estágio com dilatação completa, pelo que não foram implementadas nenhuma estratégia não farmacológicas.

Das restantes 53 parturientes, tendo em conta que os exercícios respiratórios são considerados como uma estratégia de alívio da dor/desconforto, foi ensinado a todas a correta respiração a ser adotada ao longo do TP. Todas realizaram os exercícios respiratórios ao longo de todo o TP. A intensidade de dor referida antes e após a realização dos exercícios respiratórios foi semelhante, mas todas referiram mais conforto durante as contrações uterinas.

Uma variável que foi considerada para perceber o conhecimento das mulheres em relação à existência das ENF foi a realização de curso de preparação para a parentalidade. Através da realização do EC III pude perceber que esta temática é abordada nos cursos de preparação para a parentalidade na área de influência do hospital. O que verifiquei foi que as parturientes que realizaram este curso conhecem as ENF. No entanto o conhecimento não é significado de aceitação. Uma vez que, algumas parturientes apesar de conhecerem as ENF, optaram por medidas farmacológicas de alívio da dor.

Conseguí implementar as ENF de alívio da dor/desconforto a 19 parturientes conforme tabela seguinte:

Tabela 5. ENF implementadas

Data	IG	IO	Preparação para parentalidade	Conhece ENF	ENF implementada/ duração	Dor antes e após
9-3-14	39+2	3013	Não	Não	Musicoterapia – 1h Respiração – 1h	6 / 6
29-3-14	41	0000	Não	Não	Respiração – 3h Musicoterapia – 3h	7 / 5
29-3-14	38+6	1001	Sim	Sim	Respiração – 2h Musicoterapia – 2h	5 / 5
30-3-14	38	0000	Não	Não	Respiração – 3h Bola de nascimento – 1h Massagem – 1h Musicoterapia – 3h	5 / 5
1-4-14	37	3013	Não	Sim (respiração)	Respiração – 1h30 Bola de nascimento – 40min Massagem – 40min	7 / 7
9-4-14	37+1	2002	Não	Não	Respiração – 1h Musicoterapia - 1h	9 / 9
11-4-14	39+5	0110	Não	Não	Respiração – 4h Deambulação – 30min Bola de nascimento – 1h Massagem – 1h	8 / 2
9-5-14	40+5	0000	Sim	Sim	Respiração – 3h Deambulação – 40min Bola de nascimento – 1h	7 / 5
11-5-14	36+5	0010	Não	Não	Respiração – 2h Deambulação – 40min	6 / 5
12-5-14	40+2	1011	Não	Não	Bola de nascimento – 1h Respiração – 2h	5 / 4
20-5-14	40+2	0020	Sim	Sim	Respiração – 4h Bola de nascimento – 1h Massagem – 30min	5 / 5
22-5-14	38+3	0000	Não	Não	Respiração – 2h Deambulação - 1h	6 / 6
25-5-14	40	0000	Sim	Sim	Respiração – 5h Bola de nascimento – 1h Massagem – 1h Musicoterapia – 5h	8 / 5
27-5-14	40+2	0000	Não	Não	Respiração – 3h Bola de nascimento – 1h Deambulação – 1h Musicoterapia – 3h	6 / 2

30-5-14	38+5	0000	Não	Não	Respiração – 3h Bola de nascimento – 1h	5 / 2
10-6-14	38+3	0000	Sim	Sim	Respiração – 3h Bola de nascimento – 30min Deambulação – 1h Musicoterapia – 3h	6 / 6
12-6-14	40+4	1011	Não	Não	Respiração – 2h Bola de nascimento – 50min Deambulação – 1h	6 / 6
25-6-14	40	0000	Não	Não	Respiração – 2h Bola de nascimento – 30min Musicoterapia – 2h	5 / 5
29-6-14	39+5	0000	Não	Não	Respiração – 2h Musicoterapia – 2h	6 / 6

Através dos dados inseridos na tabela foi possível verificar que a grande maioria das mulheres a quem prestei cuidados, não fez o curso de preparação para a parentalidade, o que condicionou o seu conhecimento acerca das ENF de alívio da dor/desconforto no TP. Também verifiquei que as mulheres que tinham realizado o curso de preparação para a parentalidade conheciam as ENF.

Após implementação da bola de nascimento, pude perceber que todas as mulheres referiram um maior conforto. Segundo Gau, M.L, et al, citando Perez (2001), a bola de nascimento é fisicamente benéfica durante a gravidez e o parto. Os seus benefícios físicos são a promoção do posicionamento ideal e redução da dor durante contrações uterinas, pelo que a sua utilização pode ser eficaz no parto. Da mesma forma, Taavoni et al (2011) no seu estudo verificou que as mulheres que utilizaram a bola de nascimento durante um período mínimo de 30 minutos, na fase ativa do trabalho de parto referiram níveis de dor inferiores. Estes resultados demonstram que a realização de exercícios com a bola de nascimento durante o trabalho de parto reduzem a intensidade da dor, promovem uma experiência positiva do nascimento e proporcionam conforto.

Relativamente à massagem também pude verificar diminuição do desconforto durante as contrações. Segundo Gayeski e Brüggemann (2010) a massagem é mais eficiente para o alívio da dor quando utilizada no início da fase latente. É, assim,

bastante eficaz no alívio da ansiedade, do stresse e da dor, além de permitir a participação ativa do acompanhante de referência, o que propicia maiores níveis de satisfação para ambos.

As ENF foram implementadas de acordo com a preferência de cada mulher e durante o tempo que consideraram relevante. As ENF foram realizadas na fase inicial do TP e foi referido por todas as parturientes aumento do conforto, e em algumas situações até referiram diminuição da dor, atribuindo um valor de dor inferior após a aplicação de ENF.

Tendo em conta o valor de dor referido, pela maioria das parturientes, antes e após a implementação das ENF, parece-me que as ENF implementadas promovem apenas o conforto. Apesar de todas as parturientes referirem aumento do conforto, houve uma altura em que a dor se tornou insuportável e em que houve necessidade de administração de terapêutica farmacológica para o alívio da dor/desconforto.

Tendo em conta que, das 53 parturientes, apenas foi possível a implementação das ENF a 19 parturientes, parece-me que as mulheres não estão sensibilizadas para a utilização das ENF como medida de alívio da dor/desconforto no TP.

O que me parece neste momento é que algumas mulheres já recorrem ao BP com a ideia de realizar analgesia epidural e por isso não é fácil implementar ENF e o medo da dor também me parece que condiciona a aceitação das ENF.

No sentido que, o parto é associado à presença de dor/desconforto muito grande, as mulheres recorrem muitas vezes a terapêutica farmacológica com receio que a intensidade da dor aumente para uma medida intolerável, rejeitando desta forma a adoção de ENF.

Apesar de ter tido apenas oportunidade de implementar estas estratégias a 19 parturientes, penso que consegui responder com sucesso ao objetivo formulado, na medida em que foi possível a realização de todas as atividades planeadas.

Desta forma, considero que foi possível o desenvolvimento de competências no alívio da dor/desconforto da parturiente em TP através de estratégias não farmacológicas.

Neste momento tão importante na vida da mulher, o EESMOG assume um preponderante papel, pois é o profissional que acompanha a mulher ao longo de todo o TP e possui o conhecimento técnico e científico para implementar medidas de alívio da

dor/desconforto, e contribuir para que esta experiência do nascimento de um filho seja positiva e gratificante para a mulher/RN/família.

Do mesmo modo, segundo a OE (2010), o EESMOG tem competências para a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução deste relatório permitiu-me uma reflexão e análise crítica acerca de todo o percurso de aprendizagem desenvolvido. Assim como, a articulação entre os conhecimentos teóricos apreendidos durante o CMESMO e a prática da prestação de cuidados especializados sobre o olhar do EESMOG.

A realização deste ER, foi uma etapa bastante relevante do meu processo de aprendizagem pela diversidade e riqueza das experiências vividas, em que foi possível o desenvolvimento de inúmeras competências e adquirir conhecimentos imprescindíveis a uma prestação de cuidados especializados de qualidade. A minha integração e acolhimento na equipa de enfermagem também contribuíram de forma preponderante no meu crescimento e no atingir dos meus objetivos planeados. Verifiquei, nesta instituição, a realização de uma prática de cuidados humanizada, centrados na mulher/família e nas suas necessidades, promovendo uma decisão esclarecida, sempre tendo em consideração o bem-estar da mulher/RN/família. Inspirando-me na prática de cuidados que pretendo desenvolver enquanto futura EESMOG.

Numa fase inicial deste ER existiram algumas dificuldades e contrariedades, relacionadas principalmente por este ser um contexto completamente diferente da minha experiência profissional, que foram ultrapassadas com a constante pesquisa e mobilização de conhecimentos teóricos, desenvolvimento de competências técnicas e o inúmeros momentos de reflexão com a OL, docente orientadora e peritos. Foi desta forma possível, o desenvolvimento progressivo da autonomia, tomada de decisão, criatividade e eficiência na execução das atividades.

Neste sentido, ao longo deste ER, foi adquirido um vasto leque de conhecimento e competências técnico-científicas e relacionais, que possibilitaram o atingir de todos os objetivos formulados, considerados adequados e pertinentes. Neste sentido, considero que tive uma grande evolução atingindo uma avaliação final ao nível de Excelente.

A seleção da temática em estudo relaciona-se com a minha atual prática de cuidados, em que um dos meus objetivos principais é promover o conforto numa situação de doença. Com a execução do projeto de estágio e análise deste tema, foi

possível perceber o importante papel que o EESMOG desempenha no alívio da dor/desconforto no TP. Assim como é referido pela OE e pelo ICM.

Através da realização da revisão narrativa da literatura foi possível concluir que existem várias estratégias não farmacológicas de alívio da dor, posteriormente, após efetuar a revisão sistemática da literatura foi possível comprovar a sua eficácia no alívio da dor durante o trabalho de parto. Ao longo dos EC realizados, nomeadamente ECIV e ER, pude eu própria perceber, que realmente as ENF promovem o alívio da dor/desconforto no TP. A dor no TP é uma experiência bastante negativa, desta forma, todas as intervenções desenvolvidas pelo EESMOG, para promover o seu alívio são da máxima importância.

Como futura EESMOG, ainda tenho um longo caminho a percorrer, este é o ponto de partida para o crescimento e desenvolvimento de uma prestação de cuidados especializados de qualidade, sempre tendo como objetivo principal proporcionar à mulher/RN/família uma experiência de trabalho de parto e parto, o mais gratificante e confortável possível.

Finalizando, através da realização deste relatório de estágio foi possível analisar e refletir sobre o percurso de aprendizagem percorrido, que culmina com o desenvolvimento de todas as competências preconizadas para a obtenção do título de EESMOG. De acordo com regulamento das competências específicas do EESMOG (OE, 2010), o EESMOG possui competências para cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, durante o período pré-natal, durante o trabalho de parto, durante o período pós-natal, durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Desta forma, penso que desenvolvi estas competências, possibilitando-me a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família ao longo de todo o ciclo vital.

No seguimento da realização deste relatório pretendo publicar um artigo para dar a conhecer o trabalho por mim realizado.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA. Instituto de Lexicologia e Lexicografia (2001) - Dicionário da língua portuguesa contemporânea. Lisboa: Editorial Verbo.

Alligood, M.R., Tomey, A. M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência.

Apóstolo, J.L.A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista referência*. II Série (9) 61-67.

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2011). O que é a Dor? Acedido a 15/05/2013. Disponível em <http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=d67d8ab4f4c10bf22aa353e27879133c>

Bedwell, C. (2011) Why do women use TENS equipment and how effective is it? *British Journal of Midwifery*. **19** (6), 348-351. Acedido em 30/06/2013. Disponível em: http://www.britishjournalofmidwifery.com/cgi-bin/go.pl/library/article.html?uid=84163;article=BJM_19_6_348

BOBAK et al (1999). *Enfermagem na maternidade*. 4ª ed. Loures: Lusociência.

Lei n.º 15/2014 de 21 de março

Dantas, J. C., Davim, R. M. B., Torres, G. V. (2009) Efectividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista da Escola de Enfermagem – Universidade São Paulo*. **43**(2), 435-41. Acedido a 25/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf>

Davim, R. M. B., Torres, G. V. (2008) Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes. *Revista da Rede de Enfermagem do*

Nordeste. **9**(2), 64-72. Acedido a 31/05/2013. Disponível em:
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/558/pdf>

Direcção Geral de Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. *Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD 2008*. Acedido a 25/05/2013. Disponível em:
www.dgsaude.pt

Direcção Geral de Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa nº9/DGCG 2003*. Acedido a 20/05/2013. Disponível em: www.dgsaude.pt

Gayeski, M. E., Brüggemann, O. M.(2010) Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto e Contexto Enfermagem*. **19**(4), 774-782. Acedido 30/06/2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>

Galvão, C. M. et al. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. **12**(3), 549-56. Acedido em 06/04/2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>

Gau, M.L, et al (2011) Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*. **27**, 293-300. DOI:10.1016/j.midw.2011.02.004

Gisin, M. et al (2013) Women's experiences of acupuncture during labour. *British Journal of Midwifery*. **21** (4), 254-262. _Acedido a 20/06/2013, disponível em:
http://www.britishjournalofmidwifery.com/cgi-bin/go.pl/library/article.html?uid=97861;article=BJM_21_4

Heelan, M., et al (2012) The wonders of water. *World of Irish Nursing*. **20** (5), 27.
Acedido a 20/06/2013, disponível em:
<http://www.inmo.ie/tempDocs/midwifery%20june12.pdf>

HESBEEN, Walter. (2000) – *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company. New York.

KOLCABA, K. (1994) - A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19, nº 6, p. 1178-1184.

ICM (2011). Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira. Acedido a 20/06/2013, disponível em:
<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/Compete%CC%82ncias%20Essenciais%20para%20o%20Exerci%CC%81cio%20Ba%CC%81sico%20da%20Profissa%CC%83o%20de%20Parteira%202010.pdf>

LOPES, A. et al (1999) - Reflectindo sobre o Projecto Profissional e o Plano de Acção. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º131, p. 27-29

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. (2008) *Enfermagem na maternidade*. 7ªed. Loures: Lusodidacta

LUNA, M.S. et al (2009) Recomendaciones para el cuidado y atencion del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas despues del nacimiento. *Asociacion espanola de pediatria*. Barcelona. 71(4):349–361. DOI:10.1016/j.anpedi.2009.07.012

Ordem dos Enfermeiros (2008) *Parecer CJ 22/2008 – Sobre: Aulas de ginástica pré e pós parto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 6/06/13, disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer22_aulas_ginastica_pre_pos_parto.pdf

Ordem dos enfermeiros (2010) *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 7/06/2013. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

Ordem dos Enfermeiros et al (2012) *Pelo direito ao parto normal – Uma visão partilhada (Documento de consenso)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 7/06/13, disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf

Progianti, J. M., Silva, A. C.V., Vargens, O. M.C. (2012) Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery*. DOI: 10.1016/j.midw.2012.11.011

Sartori, AL, et al. (2011) Estratégias não farmacológicas de alívio à dor durante o trabalho de parto. *Enfermería Global*. **21**. Acedido em 06/04/2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/pt_revision4.pdf

Silva, E. F., Strapasson M. R., Fischer, Santos, A. C. (2011) Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. *Revista de enfermagem da universidade federal de Santa Catarina*. 1(2):261-271. Acedido em 20/04/2013. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2526/1640>

Silva, L. M. et al (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*. 24(5):656-62. Acedido em 25/06/13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf>

Stark, M. A., Miller, M. G. (2009) Barriers to the Use of Hydrotherapy in Labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. **38**, 667-675. **DOI:** 10.1111/j.1552-6909.2009.01065.x

Taavoni S. et al (2011) Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. *Journal Of Midwifery & Women's Health*. **56**(2), 137-40. **DOI:** 10.1111/j.1542-2011.2010.00013.x.

Sessões lectivas do 4º CMESMO

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Aprendizagem



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

PROJETO DE APRENDIZAGEM

AUTOR:

Filipa Alexandra Ribeiro Heitor N.º 4704

DOCENTE ORIENTADORA:

Irene Soares

ORIENTADOR ENSINO CLINICO:

EESMOG [REDACTED]

**LISBOA
FEVEREIRO 2014**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF	Auscultação dos batimentos cardíofetais
BSG	Boletim de saúde da grávida
CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
CTG	Cardiotocografia
EC	Ensino Clínico
EESMOG	Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FCF	Frequência cardíaca fetal
HGO	Hospital Garcia de Orta
ICM	International Confederation of Midwives (Confederação Internacional de Parteiras)
IG	Idade gestacional
RN	Recém-nascido
OE	Ordem dos Enfermeiros
OL	Enfermeiro Orientador do local do Ensino clínico
UC	Unidade Curricular

ÍNDICE

	Pág.
LISTA DE SIGLAS	
1. INTRODUÇÃO	4
2. PROJECTO DE APRENDIZAGEM	6
2.1. Atividades planeadas	6
2.1.1 Objetivo nº1	6
2.1.2 Objetivo nº2	7
2.1.3 Objetivo nº3	8
2.1.4 Objetivo nº4	11
2.1.5 Objetivo nº5	12
2.1.6 Objetivo nº6	14
2.2 Recursos utilizados	15
3. CRONOGRAMA	16
4. CONCLUSÃO	17
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

1. INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da UC de Ensino Clínico estágio com relatório, referente ao 4.º CMESMO. Conforme é referido no documento orientador UC “pretende-se que o estudante desenvolva competências que lhe possibilitem:

- O desenvolvimento da sua capacidade para integrar conhecimentos, apreciar e intervir em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos face à informação disponível;
- A mobilização dos conhecimentos na prática de cuidados e o desenvolvimento da sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinares;
- A reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EESMOG) que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem;
- O desenvolvimento de capacidades de utilização da metodologia científica no seu quotidiano;
- A mobilização ativa da evidência científica na sua prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos;
- A transmissão de conhecimentos, raciocínios de forma clara e sem ambiguidades, a orientadores, clientes e equipa multidisciplinar.”

No sentido do desenvolvimento das competências acima mencionadas, foi proposta a realização de um projeto de aprendizagem que visa a promoção da capacidade do estudante para a mobilização dos seus objetivos de aprendizagem, de forma a promover autonomia e responsabilização pela sua formação, com objetivo da integração na vida profissional enquanto EESMOG.

O EC irá decorrer Serviço de Bloco de partos e Serviço de Urgência Obstétrica do Hospital [REDACTED] Este EC terá um total de 750 horas (500 horas de contacto e 250 horas de orientação tutorial/trabalho autónomo), decorre entre o dia 17-03-2014 e o dia 11-07-2014 e será orientado pela EESMOG [REDACTED]

Para a obtenção das competências preconizadas para este ensino clínico foi delineado um objetivo geral e objetivos específicos, tendo em conta os meus interesses e necessidades pessoais de aprendizagem e as necessidades e recursos existentes na

instituição. O objetivo geral é: Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de EESMOG no cuidado à mulher, feto/recém-nascido e família durante a gravidez, trabalho de parto, puerpério e em situação de doença ginecológica.

Os objetivos específicos por mim delineados são:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família durante o período pré-natal, que recorre ao serviço de urgência obstétrica;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família a vivenciar processo de doença ginecológica, que recorre ao serviço de urgência ginecológica;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à parturiente e família durante os diferentes estádios do trabalho de parto;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família durante o período pós-parto imediato;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado ao RN e família durante o período pós-parto imediato e adaptação à vida extrauterina;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no alívio da dor/desconforto da parturiente em trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas.

2. PROJECTO DE APRENDIZAGEM

Segundo a OE (2010) compete ao EESMOG a promoção da saúde da mulher/RN/família, diagnóstico precoce e prevenção de complicações no período pré-natal, durante o trabalho de parto, período pós-natal e em situação de doença ginecológica (OE, 2010, p. 4-8). Logo neste sentido, a realização deste ensino clínico reveste-se da maior importância, pois vai permitir o desenvolvimento de competências, conforme documento orientador da UC Estágio com relatório do 4ºCMESMO, e vai permitir-me o atingir dos objetivos anteriormente referidos.

Do mesmo modo, segundo o ICM (2011) “As parteiras possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebé; assim, prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde; prestam cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis; prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade.”. (ICM, 2011, p.3-16) Desta forma, é possível perceber o relevante papel do EESMOG no cuidado à mulher/casal e RN no período pré-natal, durante o trabalho de parto, período pós-natal, de forma a potenciar a saúde, através da educação para a saúde, e diagnosticar e prevenir complicações para a saúde da mulher/casal e RN.

No sentido de promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e tendo em conta as competências do EESMOG, delinee as temáticas que considero mais pertinentes, para minha aprendizagem. Assim, com vista ao desenvolvimento das competências preconizadas para esta UC foram delineados os objetivos e planeadas as atividades consideradas adequadas.

2.1 Atividades planeadas

2.1.1 Objetivo nº1

Objetivo nº1: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família durante o período pré-natal, que recorre ao serviço de urgência obstétrica

Atividades planeadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica.
- Consulta de documentos existentes no serviço: guias orientadores, protocolos, normas, folhetos informativos
- Consulta de processos clínicos.
- Observação das atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem no cuidado à grávida/família, atuando de acordo com as orientações do serviço e as competências específicas do EESMOG.
- Realizar acolhimento da grávida/família, estabelecendo uma relação de confiança.
- Prestação de cuidados à grávida/família no período pré-natal através do planeamento, implementação e avaliação das intervenções.
- Realização de colheita de dados para anamnese (identificação, história familiar, antecedentes pessoais, ginecológicos, obstétricos, história social, história da gravidez atual).
- Consulta de informação referente à vigilância de saúde da mulher (BSG e Exames Complementares de Diagnóstico);
- Identificação precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher no período pré-natal e realizar a referenciação para outros profissionais de saúde quando a situação se encontra para além da área de atuação do EESMOG.
- Avaliação do risco Gravídico.
- Avaliação do bem-estar materno-fetal: ABCF, CTG.
- Realização de educação para a saúde no momento da alta ou transferência no âmbito da saúde pré-natal, no sentido de promover a saúde da mulher/família, de acordo com as necessidades e IG.
- Elaboração de registos de enfermagem garantindo a continuidade dos cuidados.

2.1.2 Objetivo nº2

Objetivo nº 2: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família a vivenciar processo de doença ginecológica, que recorre ao serviço de urgência ginecológica

Atividades planeadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica.
- Consulta de documentos existentes no serviço: guias orientadores, protocolos, normas, folhetos informativos
- Consulta de processos clínicos.
- Observação das atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem no cuidado à mulher/família, atuando de acordo com as orientações do serviço e as competências específicas do EESMOG.
- Prestar cuidados à mulher/família com patologia ginecológica, através do planeamento, implementação e avaliação das intervenções.
- Realizar acolhimento da mulher/família, estabelecendo uma relação de confiança.
- Realizar colheita de dados para anamnese (Antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos).
- Realizar avaliação física, de modo, a monitorizar alterações fisiológicas e avaliar risco de complicações.
- Informar e orientar a mulher em tratamento de afeções do aparelho génito-urinário.
- Educação para a saúde no momento da alta ou transferência, no sentido de promover a saúde ginecológica.
- Elaboração de registos de enfermagem garantindo a continuidade dos cuidados.

2.1.3 Objetivo nº3

Objetivo nº 3: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à parturiente e família durante os diferentes estádios do trabalho de parto

Atividades planeadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica.
- Consulta de documentos existentes no serviço: guias orientadores, protocolos, normas, folhetos informativos
- Consulta de processos clínicos.
- Observação das atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem no cuidado à parturiente/família, atuando de acordo com as orientações do serviço e as competências específicas do EESMOG.

- Atividades no **1º estágio**:
- Realizar acolhimento da parturiente/família, incluindo a apresentação dos profissionais, estabelecendo uma relação de confiança, de modo a promover a verbalização de todas as dúvidas e receios.
- Promover a privacidade e um ambiente o mais acolhedor e confortável possível.
- Explicar a parturiente/família todos os procedimentos efetuados e da sua situação atual.
- Consulta de informação referente à vigilância de saúde da parturiente (BSG e Exames Complementares de Diagnóstico).
- Prestação de cuidados à parturiente/família durante o trabalho de parto através do planeamento, implementação e avaliação das intervenções.
- Realização de exame físico à parturiente (avaliação geral de todos os sistemas, nomeadamente, cardiovascular, respiratório, pele, presença e extensão de edemas)
- Realização das manobras de Leopold, no sentido de perceber a apresentação, a posição e atitude fetal.
- Monitorização através do CTG para avaliação da FCF e avaliação das contrações uterinas.
- Realização de exame vaginal para avaliar a dilatação e apagamento do colo uterino, variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas e características do líquido amniótico (se bolsa de águas rota).

- Identificação precoce e prevenção de complicações para a saúde da parturiente/RN durante o trabalho de parto e realizar a referenciação para outros profissionais de saúde quando a situação se encontra para além da área de atuação do EESMOG.
 - Promoção da ingestão de líquidos cristalinos e cubos de gelo ao longo do trabalho de parto, no sentido de suprir as necessidades energéticas das parturientes.
 - Administração de fluidos por via endovenosa.
 - Estimulação da eliminação vesical, uma vez que a bexiga distendida pode inibir a descida da apresentação, inibir as contrações uterinas e provocar a diminuição do tônus da bexiga e atonia após o parto.
 - Promoção da deambulação e da adoção do posicionamento mais confortável para a parturiente durante o trabalho de parto.
 - Promoção do alívio da dor/desconforto através da administração de terapêutica (se for essa a vontade da parturiente) e através da implementação de estratégias não farmacológicas, de acordo com a preferência da parturiente e durante o tempo, que esta considere desejável.
 - Estimular a presença da pessoa de referência durante o trabalho de parto.
-
- Atividades no **2º estágio**:
 - Manutenção da monitorização através do CTG para avaliação da FCF e avaliação das contrações uterinas.
 - Realização de exame vaginal para verificar a dilatação completa e apagamento do colo uterino, variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas e características do líquido amniótico (se bolsa de águas rota).
 - Posicionamento da parturiente na posição que selecionou para o nascimento.
 - Montagem e abertura de todo o material necessário. Utilização de equipamento de proteção (touca, máscara com viseira, bata esterilizada e luvas esterilizadas).
 - Verificação do tipo de respiração adotado pela parturiente e explicar-lhe a importância de realizar inspirações profundas no início e fim de cada contração.

- Orientação das parturientes para realizarem os esforços expulsivos quando sentem necessidade de fazer força e orientação de que a força deverá ser realizada durante a expiração.
 - Realização de episiotomia, sempre que se verifique necessário, quando ocorrer a coroação da cabeça do bebê.
 - Realização da manobra de Ritgen modificada para evitar a expulsão rápida da cabeça.
 - Verificação da existência de circular cervical, se for larga retirar, se for apertada proceder ao corte após laqueação do cordão umbilical.
 - Proceder a limpeza do nariz e boca do bebê para eliminação dos fluidos do canal de parto.
 - Colocação do bebê no tronco da mãe e executar a laqueação e corte do cordão umbilical, se estiver presente acompanhante de referência possibilitar que seja este ou a mãe a realizar o corte do cordão umbilical.
-
- Atividades do 3º **estádio**:
 - Depois ocorrer a dequitação verificar a integridade da placenta e membranas, para garantir que nenhum fragmento fica na cavidade uterina.
 - Administração de terapêutica ocitócica.
 - Verificação da formação do globo de segurança de pinard.
 - Administração de anestesia local com lidocaína a 1%, no caso de se realizar episiorrafia ou perineorrafia.
 - Realização de episiorrafia (caso tenha sido realizada episiotomia) ou perineorrafia (caso tenha ocorrido laceração do períneo).

2.1.4 Objetivo nº4

Objetivo nº 4: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à mulher e família durante o período pós-parto imediato

Atividades planejadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica.

- Consulta de documentos existentes no serviço: guias orientadores, protocolos, normas, folhetos informativos
- Consulta de processos clínicos.
- Observação das atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem no cuidado à puérpera/família, atuando de acordo com as orientações do serviço e as competências específicas do EESMOG.
- Prestação de cuidados à mulher/casal no período pós-natal através do planeamento, implementação e avaliação das intervenções.
- Realização do exame obstétrico da puérpera: pele e mucosas, mamas e mamilos, útero (contraído com globo de segurança de pinard), períneo, sutura operatória, vigiar perdas vaginais (lóquios), eliminação vesical, avaliar membros inferiores, avaliar sinais vitais, observar a adaptação ao papel de “mãe”.
- Promoção do autocuidado fornecendo informação sobre cuidados de higiene (períneo, mamas).
- Realização da monitorização das alterações fisiológicas e psicológicas, e identificação de complicações no período pós-parto: hemorragia, instabilidade hemodinâmica, infeção, alterações músculo-esqueléticas, alterações de eliminação vesical, trombose venosa profunda.
- Cooperação com outros profissionais no tratamento da puérpera com complicações pós-parto e patologia associada.
- Observação da interação e vinculação da díade/tríade para a precoce identificação das complicações.
- Promoção de autoconfiança, através da orientação e apoio, no sentido de potenciar o desenvolvimento de capacidades para o cuidado do RN.
- Implementação de medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera/tríade/família, quando se verificar necessidade.
- Referenciação de situações para além da área de atuação.
- Elaboração de registos de enfermagem garantindo a continuidade dos cuidados.

2.1.5 Objetivo nº 5

Objetivo nº 5: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado ao RN e família durante o período pós-parto imediato e adaptação à vida extrauterina

Atividades planeadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica.
- Consulta de documentos existentes no serviço: guias orientadores, protocolos, normas, folhetos informativos
- Consulta de processos clínicos do RN.
- Prestação de cuidados ao RN no período pós-natal através do planeamento, implementação e avaliação das intervenções.
- Avaliação da situação do RN (índice de Apgar) e colocação do RN no abdómen/tronco materno para contacto pele a pele com a mãe, se a situação hemodinâmica da mãe e RN o permitirem.
- Realização da laqueação do coto umbilical.
- Identificação do RN.
- Realização do exame objetivo do RN: vigiar a vitalidade e choro do RN, o coto umbilical, avaliar características da pele e mucosas do RN, observar a cabeça, os olhos, nariz, pavilhões auriculares, face, boca, pescoço, tórax anterior, mama, abdómen, genitais, ânus, as extremidades e o dorso. Avaliar a integridade do sistema nervoso, através da pesquisa dos reflexos (pontos cardeais, preensão palmar e plantar, tónico assimétrico do pescoço, Moro, reflexo de sucção/deglutição).
- Avaliação do peso do RN.
- Administração via intramuscular de vitamina K.
- Profilaxia de infeção ocular, através da administração de cloranfenicol colírios.
- Promoção e apoio da amamentação e avaliação das mamadas: explicação das posições que poderão ser adotadas para amamentar, referindo que o importante é utilizar uma posição confortável para a mãe e RN, explicação dos sinais de uma boa pega.
- Identificação e monitorização de alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade.

- Cooperação com outros profissionais no tratamento do RN com problemas de saúde e/ou alterações morfológicas
- Identificação de sinais e sintomas de alarme no RN.
- Elaboração de registos de enfermagem garantindo a continuidade dos cuidados.

2.1.6 Objetivo nº 6

Objetivo nº6: Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no alívio da dor/desconforto da parturiente em trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas.

Atividades planeadas:

- Realização de entrevistas informais, fazendo o registo através de notas de campo para conhecer a perceção das parturientes relativamente à existência de estratégias não farmacológicas.
- Realização de ações educativas à parturiente e família para dar a conhecer as estratégias não farmacológicas de alívio da dor.
- Realização e distribuição de folhetos informativos para dar a conhecer as estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto.
- Realização de entrevista, aquando da admissão da grávida, para perceber o seu grau de conhecimento relativamente às estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto.
- Motivar as parturientes para a adoção das estratégias não farmacológicas para alívio da dor/desconforto.
- Informar a parturiente quais as estratégias não farmacológicas para alívio da dor/desconforto disponíveis.
- Realizar entrevistas para validar com a parturiente qual a estratégia não farmacológica da sua preferência.
- Avaliar a dor antes da implementação das estratégias não farmacológicas.
- Implementar a estratégia não farmacológica de alívio da dor conforme preferência da parturiente.

- Avaliar a dor após a implementação das estratégias não farmacológicas.

2.2 Recursos utilizados

Os recursos utilizados para implementação das atividades são:

- Humanos: OL, equipa multidisciplinar, Utentes que recorrem ao serviço de urgência obstétrica e bloco de partos do HGO.
- Físicos: Serviço de Urgência Obstétrica e Bloco de partos do HGO.
- Materiais: Documentação existente no serviço (protocolos, normas, folhetos informativos, instrumentos de registo de enfermagem), regulamento das Competências Específicas do EESMOG, Sessões lectivas do 4º CMESMO.
- Temporais: período de realização do UC Estágio com relatório.

3. CRONOGRAMA

	Dia		Turno		Nº horas
Fevereiro	17	S		Introdução ao ensino clinico 14h00-18h30	4,5
	18	T		9h30h-17h30 Aulas práticas ESEL	8
	19	Q	M	8h00-16h30	8,5
	20	Q	F		
	21	S	T	16h00-23h00	7
	22	S	F		
	23	D	F		
	24	S	M	8h00-16h30	8,5
	25	T	F		
	26	Q	F		
	27	Q	N	22h30-8h30	10
	28	S	M	8h00-16h30	8,5
Março	1	S	F		
	2	D	F		
	3	S	Ferías		
	4	T	Ferías		
	5	Q	Ferías		
	6	Q	M	8h00-16h30	8,5
	7	S	F		
	8	S	F		
	9	D	N	22h30-8h30	10

4. CONCLUSÃO

Através da realização deste projeto de aprendizagem foi possível estabelecer os objetivos que me proponho alcançar e as atividades que pretendo realizar para lhes dar resposta. Considero que a realização das atividades mencionadas irá contribuir para a concretização da minha formação especializada, em parceria com o orientador do ensino clínico e o docente orientador.

Com a elaboração dos objetivos pude perceber o percurso formativo que terei de desenvolver, assim como das competências a adquirir. Este projeto de aprendizagem será, desta forma, um instrumento que mobilizarei para dar resposta às minhas necessidades de aprendizagem. Apesar de já ter traçado o meu percurso ao longo do ensino clínico, este poderá sofrer alterações devido alguns constrangimentos, nomeadamente nos objetivos e atividades planeadas.

Penso que este EC se vai revestir de momentos únicos de aprendizagem, promovendo o desenvolvimento das competências preconizadas para o mesmo.

É possível, desta forma, perceber o importante papel que o EESMOG adquire no cuidado à mulher/casal e RN no período pré-natal, durante o trabalho de parto, período pós-natal e em situação de patologia ginecológica de forma a potenciar a saúde, através da educação para a saúde, e diagnosticar e prevenir complicações para a saúde da mulher/casal e RN.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guia Orientador da UC Estágio com relatório, ESEL, 2014.

ICM (2011). Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira. Acedido a 19/02/2014, disponível em:

<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/Compete%CC%82ncias%20Essenciais%20para%20o%20Exerci%CC%81cio%20Ba%CC%81sico%20da%20Profissa%CC%83o%20de%20Parteira%202010.pdf>

Lowdermilk, D.; Perry, S. (2008) Enfermagem na maternidade. 7ªed. Loures: Lusodidacta

Ordem dos enfermeiros (2010) *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20/06/2013. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

Sessões lectivas do 4º CMESMO

Apêndice II – Artigos selecionados

Artigos selecionados

Nº artigo	Autores Ano Titulo	Periódico	Estratégia não farmacológica	Resultados
1	Gisin, M. et al 2013 Women's experiences of acupuncture during labour	British Journal of Midwifery	Acupuntura	Efeito imediato após o tratamento com acupuntura, com um aumento de contrações e alívio da dor. As mulheres submetidas à acupuntura durante o trabalho de parto relataram experiências positivas.
2	Stark, M. A., Miller, M. G. 2009 Barriers to the Use of Hydrotherapy in Labor	Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing	Hidroterapia	Medida segura, eficaz no alívio da dor, redução da ansiedade, estimulando o relaxamento, e promovendo uma sensação de controlo.
3	Heelan, M., et al 2012 The wonders of water	World of Irish Nursing	Hidroterapia	
4	Davim, R. M. B., Torres, G. V. 2008 Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombo sagrada	A aplicação destas estratégias resultou numa diferença significativa no alívio da dor das parturientes do estudo. Alívio da intensidade da dor no trabalho de parto promovendo o relaxamento e conforto.

	no alívio da dor de parturientes			
5	Dantas, J. C., Davim, R. M. B., Torres, G. V. 2009 Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto	Revista da Escola de Enfermag em – Universid ade São Paulo	Exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombo sagrada e banho de chuveiro.	
6	Bedwell, C. 2011 Why do women use TENS equipment and how effective is it?	British Journal of Midwifery	Estimulação nervosa elétrica transcutânea	Benefícios como o controle e a distração podem proporcionar às mulheres estratégias valiosas para superar a dor do trabalho de parto.
7	Gau, M.L, et al 2011 Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan	Midwifery	Bola de nascimento	Os seus benefícios físicos são a promoção do posicionamento ideal e redução da dor durante contrações uterinas. A realização de exercícios com a bola de nascimento durante o trabalho de parto reduzem a intensidade da dor, promovem uma experiencia positiva do nascimento e proporcionam conforto.
8	Taavoni S. et al	Journal Of	Bola de nascimento	

	2011 Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial	Midwifery & Women's Health		
9	Gayeski, M. E., Brüggenmann, O. M. 2010 Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática	Texto e Contexto Enfermag em	Banho de imersão, massagem e aromaterapia	A aromaterapia proporciona um alívio da dor. O banho de imersão apresenta eficácia na redução da dor durante o trabalho de parto. Massagem promove o alívio da ansiedade, do stresse e da dor, além de permitir a participação ativa do acompanhante de referência.
10	Progiatti, J. M., Silva, A. C.V., Vargens, O. M.C. 2012 Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view	Midwifery	Respiração e relaxamento, massagem, liberdade de movimentação, posição vertical, banho de chuveiro e banheira; bola de nascimento.	Todos os estudos mencionados no artigo comprovaram um alívio da dor e aumento do conforto com a aplicação das estratégias não farmacológicas.

Apêndice III – Cronograma de atividades

Atividades	UC Opção	UC EC II	UC ECIII	UC EC IV	Estágio com relatório	Outubro 2014
Revisão Sistemática da Literatura						
Revisão narrativa da literatura, entrevistas com peritos e reuniões com professor orientador						
Realizar entrevistas informais, fazendo o registo através de notas de campo para conhecer a perceção das mulheres relativamente à existência de estratégias não farmacológicas						
Realizar ações educativas à mulher e família para dar a conhecer as estratégias não farmacológicas de alívio da dor						
Realizar e distribuir de folhetos informativos para dar a conhecer as estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto						
Realizar entrevista, aquando da admissão da grávida, para perceber ao seu grau de conhecimento relativamente estratégias não farmacológicas de alívio da dor/desconforto						
Motivar as parturientes para a adopção das estratégias não farmacológicas para alívio da dor/desconforto						

Informar a parturiente quais as estratégias não farmacológicas disponíveis		
Realizar entrevistas para validar com a parturiente qual a estratégia não farmacológica da sua preferência		
Avaliar a dor antes da implementação das estratégias não farmacológicas		
Implementar a estratégia não farmacológica de alívio da dor conforme preferência da parturiente		
Avaliar a dor após a implementação das estratégias não farmacológicas		
Elaboração do relatório de estágio		
Entrega do relatório de estágio		

Legenda:

UC Opção: Abril – Julho 2013

EC II (Puerpério): Outubro 2013

EC III (CSP): Novembro 2013

EC IV (Medicina materno-fetal): Dezembro 2013 – Janeiro 2014

Estágio com Relatório (Bloco de Partos): Fevereiro – Julho 2014

Entrega do Relatório de Estágio: Outubro 2014

Apêndice IV – Folheto informativo sobre as ENF

Concentração e relaxamento

A concentração e as técnicas de relaxamento poderão trazer benefícios no controle da dor e vão possibilitar que a mulher descanse ao longo do trabalho de parto, conservando energia para o momento do nascimento.



Hidroterapia

Pode ser aplicada através de banhos de chuveiro e banho de imersão, durante o tempo que a mulher considerar desejável.



A CÉSALINHA - SEDGAL

Janerio 2014

Realizado por:

EEESM O Filipa Heitor da ESEL

Sob Orientação da EESMOG

UCSP CHARNECA DE
CAPPARICA

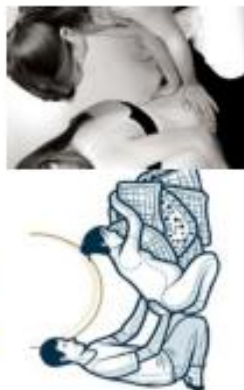
Estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o Trabalho de parto



ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Massagem

A massagem promove uma redução da tensão e aumento do conforto. Deve ser aplicada nas costas (região lombossagrada), com as mãos em forma de borboleta.



Bola de nascimento

Promoção da progressão do trabalho de parto (pela posição vertical) e redução da dor durante contrações uterinas.



Deambulação (andar)

A deambulação proporciona maior relaxamento, melhor progressão do trabalho de parto e alívio da dor.



Musicoterapia

Promove o relaxamento durante o trabalho de parto, reduzindo a ansiedade e a percepção da dor.



Aromaterapia

São utilizados óleos destilados de plantas, flores, ervas e árvores, para promoção do relaxamento que proporciona a redução da dor.

