

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

Relatório de Estágio

**A Utilização do *Rebozo* Durante o Trabalho de Parto -
Uma Intervenção do EEESMO para a Promoção do
Conforto da Parturiente**

Vera Lúcia Pereira de Oliveira

Lisboa

2016



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

Relatório de Estágio

**A Utilização do *Rebozo* Durante o Trabalho de Parto -
Uma Intervenção do EEESMO para a Promoção do
Conforto da Parturiente**

Vera Lúcia Pereira de Oliveira

Orientador: Irene Soares

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A mulher gestante e a mulher em trabalho de parto são seres em expansão, em processo de plena abertura. O movimento – tanto interno como externo, ou seja, tanto emocional como corporal – é importante para que ela consiga atingir os níveis de expansão absoluta tão necessários para parir um bebê.”

Naolí Vinaver, 2015

Para ti mamã,
Por tudo o que passamos juntas, por todo o amor, força, dedicação e incentivo que
me deste, para que nunca me esquecesse de seguir os meus sonhos.

Para todas as mulheres, para que possam vivenciar o parto como um momento
inesquecível e belo.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCF – Auscultação do Batimentos Cardio-fetais

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

BAR – Bolsa Amniótica Rota

BEMF – Bem-estar Materno-fetal

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

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

CTG - Cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EPS – Educação Para a Saúde

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV – Exame Vaginal

DGS – Direção-Geral da Saúde

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

HTA – Hipertensão Arterial

IA – Índice de Apgar

ICM - *International Confederation of Midwives*

IG – Idade Gestacional

ITP – Indução do Trabalho de Parto

JA – Jornal de Aprendizagem

LA – Líquido Amniótico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBEC – Prática Baseada na Evidência Científica

PE – Parto Eutócico

RABA - Rotura Artificial de Bolsa Amniótica

REBA - Rotura Espontânea de Bolsa Amniótica

RN – Recém-Nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SMGO – Saúde Materna, Ginecologia e Obstetrícia

SUGO – Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A gravidez representa uma das fases do ciclo de vida da mulher com mais impacto, na medida em que se encontra envolta num misto de emoções, receios e desconfortos, em particular durante o Trabalho de Parto (TP) e parto. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) é, neste contexto o profissional de saúde mais competente para minorar este impacto.

Fruto de uma análise e reflexão aprofundadas, este relatório pretende espelhar todo o percurso de aprendizagem da minha prestação de cuidados especializados à mulher/Recém-nascido(RN)/casal, evidenciando o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências nessa área. Parte integrante de todo este processo de crescimento pessoal e profissional, evidenciei o projeto desenvolvido no âmbito destes cuidados, e que incide sobre a temática da aplicação da técnica do *rebozo* no primeiro estágio do trabalho de parto para a promoção do conforto da tríade. Todas as actividades propostas e possíveis neste contexto foram realizadas e os objetivos atingidos com sucesso. Relativamente à técnica do *rebozo* no primeiro estágio do trabalho de parto considero que é uma técnica ainda pouco conhecida em Portugal, mas com potencialidades para ser aplicada a nível hospitalar, e com benefícios observados nas parturientes, que referem conforto/alívio dos desconfortos. A revisão da literatura com base na metodologia de numa Revisão Sistemática da Literatura (RSL) pretendeu sustentar o recurso desta técnica ancestral, comprovando, para além disso, a pertinência e efeitos positivos que tem no TP, devendo ser valorizada e estudada em pormenor. Foi realizado ainda um estágio de observação participativa por forma a compreender toda a evidência científica identificada e estudada, e fundamentar assim a prestação de cuidados com recurso a esta técnica. A concretização deste Estágio com Relatório (ER) possibilitou assim o desenvolvimento de competências comuns de enfermeira especialista, assim como de EEESMO e ainda competências de 2.º ciclo. Considero que ainda tenho um longo caminho a percorrer no que diz respeito ao escrutínio da temática do *rebozo*, mas é algo que pretendo, futuramente, aprofundar na minha prática de cuidados diária.

Palavras-chave: *Rebozo*, Intervenções de Enfermagem, EEESMO, Conforto, Primeiro Estágio do TP.

ABSTRACT

Pregnancy is one of the stages of a woman's life cycle with more impact, in that it is wrapped up in a mixture of emotions, fears and discomforts, particularly during the labor and delivery. Midwives are, in this context, the health professionals which are more competent to mitigate this impact.

As the result of an in-depth analysis and reflection, this report is intended to reflect the entire learning process of my specialized care to women/Newborn/couple, showing the knowledge and skills development and acquisition in this area. As an integral part of this whole process of personal and professional growth, I pointed out the project developed under such cares, which focuses on the theme of the *rebozo* technique application in the first stage of labor to promote the comfort of the triad. All proposed and possible activities in this context were carried out and each objective was successfully achieved. Regarding the *rebozo* technique in the first stage of labor I think it is a technique still little known in Portugal, but with potential to be applied at the hospital level, with benefits seen in pregnant women, who refer comfort/relief of discomforts. The literature review based on the methodology of a Systematic Literature Review intended to support the use of this ancient technique, proving, moreover, the relevance and positive effects it has on labor and should be valued and studied in detail. It was also conducted an internship with participatory observation in order to understand all the scientific evidence identified and studied, and thus support the provision of care through the use of this technique. The implementation of this internship with Report enabled the development of specialist nurse common skills, as well as midwife and even 2nd cycle skills. I believe I still have a long way to go regarding the scrutiny of the *rebozo* theme, but it is something I intend to deepen in my future daily care practice.

Key-words: *Rebozo*, Nursing interventions, Midwife, Comfort, First stage of labor.

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE PARTIDA	47
TABELA 2 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	47
TABELA 3 – DESCRITORES, RESULTADOS DA PESQUISA NAS BASES DE DADOS	48

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: O *REBOZO* USADO AINDA HOJE COMO IDENTIDADE DA MULHER MEXICANA.....45

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 – PROCESSO DE PESQUISA E SELEÇÃO	48
--	-----------

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. QUADRO DE REFERÊNCIA DE ENFERMAGEM	15
2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM	18
2.1. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS.....	19
2.1.1. <i>Objetivo Geral n.º 1</i>	19
2.1.2. <i>Objetivo Geral n.º 2</i>	23
2.1.3. <i>Objetivo Geral n.º 3</i>	24
2.1.4. <i>Objetivo Geral n.º 4</i>	40
2.1.5. <i>Objetivo Geral n.º 5</i>	44
2.1.5.1. Metodologia.....	44
2.1.5.2. Enquadramento teórico	45
2.1.5.3. Revisão da literatura.....	46
2.1.5.4. Prática Baseada na Evidência Científica.....	49
2.1.6. <i>Objetivo Geral n.º 6</i>	59
3. REFLEXÃO FINAL	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	
APÊNDICE I: Cronograma de actividades do ER	
APÊNDICE II: Análise do artigo obtido na revisão da literatura baseada na metodologia de uma RSL	
APÊNDICE III: Alguns movimentos da técnica do <i>rebozo</i> no TP	
APÊNDICE IV: Guião para as entrevistas semi-estruturadas	
APÊNDICE V: Resultados da avaliação da entrevista semi-estruturada realizada a EEESMO's	
APÊNDICE VI: Plano de sessão da ação de formação realizada no BP do hospital da região a sul do Tejo	
APÊNDICE VII: Resultados da avaliação da ação de formação pelos formandos	
APÊNDICE VIII: Esquema da nota de campo utilizada no ER	
ANEXO	
ANEXO I: Ficha de avaliação pelo formando em uso no hospital da região a sul do Tejo	

INTRODUÇÃO

O presente documento pretende descrever e refletir sobre o percurso efetuado no âmbito da Unidade Curricular (UC) ER, inserido no plano de estudos do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Como requisito para a concretização desta UC foi realizado um ER com vista à aquisição de competências como EEESMO. O ER, abrangendo um total de 750 horas, sendo 500 horas de contacto, 25 horas de orientação tutorial e as restantes de trabalho autónomo, decorreu entre 12 de abril e 8 de agosto de 2016. A realização do ER concretizou-se no Bloco de Partos (BP) e Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO) de um hospital na região a sul do Tejo, sob a orientação de um EEESMO e da Professora Irene Soares. Este ER contou ainda com uma incursão num BP de um hospital da região norte do país, onde foi realizado um estágio de observação participada, que compreendeu uma semana, perfazendo um total de 24 horas.

Este relatório constitui ainda, um indicador de avaliação dos objetivos e atividades delineados inicialmente no projeto proposto, procurando ainda refletir sobre as competências desenvolvidas como futura EEESMO, e assim constituir o suporte escrito para a discussão pública, para obtenção do grau de mestre. O trabalho desenvolvido teve como fio condutor a metodologia de projeto, que consiste na construção de um plano de trabalho, com vista à resolução de problemas identificados, tendo como fim último a aquisição de capacidades e competências, pela sua aplicação num contexto real de prática de cuidados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Pela elaboração de um relatório final efetiva-se a divulgação dos resultados obtidos após a concretização do projeto, transmitindo o conhecimento científico obtido na resolução do problema em estudo, desenvolvendo competências e melhorando os cuidados de saúde com recurso a uma Prática Baseada na Evidência Científica (PBEC) [Ruivo et al, 2010].

A Ordem dos Enfermeiros (OE) [2011] defende que o EEESMO, na procura pela excelência na prestação de cuidados, deverá assegurar que os seus clientes alcancem o máximo do seu potencial de saúde. Deste modo, o EEESMO deverá reconhecer as necessidades de cuidado da mulher/família, e identificar os recursos disponíveis, desenvolver programas, projetos e intervenções que promovam esses

potenciais durante o ciclo de vida da mulher, em particular durante a gravidez/TP/parto (OE, 2011).

A promoção e a aplicação de medidas não farmacológicas no alívio da dor no TP e parto, é um dos indicadores de qualidade na prestação de cuidados do EEESMO (Santos, Varela & Varela, 2010). A prática de cuidados de qualidade pode ser obtida pondo em prática este indicador, se a mulher assim o desejar, com recurso à liberdade de movimentos e a técnicas de relaxamento e massagem, que constituem técnicas autónomas do EEESMO (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), 2009; Lowdermilk & Perry, 2008; Santos et al,2010).

Vinaver, Keijzer & Tuyl (2015) defendem que a técnica do *rebozo* é um recurso eficaz, embora pouco conhecido e pouco estudado, que promove a liberdade de movimentos, relaxamento e massagem e que pode ser usado na gravidez, TP, parto e pós-parto. Deste modo, investiu-se na temática dos métodos não farmacológicos, mais concretamente na temática da aplicação da técnica do *rebozo* durante o primeiro estágio do TP. Este ER teve assim como finalidade desenvolver competências como EEESMO, e como mestre, na área da enfermagem de Saúde Materna, Ginecologia e Obstetrícia (SMGO) em contexto de prática de cuidados, mais concretamente num BP e num SUGO e ainda através aplicação da técnica de *rebozo* no primeiro estágio do TP, procurando produzir novo conhecimento. Deste modo foram delineados seis objetivos específicos para este ER, tendo como ponto de partida o seguinte objetivo geral proposto: Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos de EEESMO na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante a gravidez, nos diferentes estádios do TP, no puerpério imediato, em situação de doença/urgência ginecológica e obstétrica, e no cuidado ao RN na sua adaptação à vida extrauterina. Os objetivos específicos construídos para este âmbito são:

1. Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, que recorre ao SUGO durante o período pré-natal, tendo em vista a promoção da saúde e Bem-estar Materno-fetal (BEMF), identificando e tratando precocemente complicações;

2. Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, que recorre ao SUGO a vivenciar processo de

saúde/doença ginecológica tendo em vista a promoção da saúde, bem-estar, identificando e tratando complicações precocemente;

3. Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante os quatro estádios do TP, efetuando o parto em ambiente seguro e com conforto, visando o bem-estar da parturiente;

4. Desenvolver competências como EEESMO no cuidado imediato ao RN na sua adaptação à vida extrauterina;

5. Desenvolver competências de EEESMO na promoção do conforto da parturiente, inserida na família/comunidade, com recurso à técnica do *rebozo* no primeiro estágio do TP;

6. Desenvolver a capacidade de reflexão e de análise crítica sobre as atividades de aprendizagem do estágio com relatório, instigando o desenvolvimento pessoal e profissional como futura EEESMO.

Este documento encontra-se organizado em três capítulos. No primeiro capítulo é realizado o enquadramento conceptual, que fundamenta a prática de cuidados, abordando a teoria de conforto de Kolcaba. O segundo capítulo é dedicado ao percurso de aprendizagem abordando os objetivos e atividades desenvolvidas, aprofundando a metodologia de trabalho e a temática central deste ER. Por fim, no terceiro capítulo, é efetuada uma reflexão sobre a aprendizagem e a sua contribuição para a PBEC no TP da mulher/família, para os EEESMO. Em apêndice e anexo ficaram todos os documentos que considerei pertinentes para complemento e compreensão de todo o trabalho desenvolvido.

Na construção deste relatório final foram consideradas: as orientações da ESEL, que constam no Guia Orientador, para a elaboração de trabalhos escritos; o Regulamento de Mestrado da ESEL; e as normas da *American Psychological Association*, para as referências bibliográficas que foram utilizadas.

1. QUADRO DE REFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

Os modelos e teorias de enfermagem são recursos viáveis para utilização pelos profissionais da área, para orientar e melhorar a sua prática de cuidados (George, 2000). Ao interrelacionarem os quatro metaparadigmas da enfermagem (enfermagem, doença, saúde e pessoa), as teorias de enfermagem orientam assim para as necessidades e problemas que os clientes detêm, pretendendo dessa forma preencher e corrigir essas deficiências contribuindo também para o desenvolvimento do conhecimento (George, 2000). Adequar um modelo de enfermagem ao projeto inicialmente proposto para desenvolver em contexto do ER foi como tal fundamental. Atendendo ao contexto de estudos foi escolhida a teoria do conforto, defendida por Kolcaba, na medida em que a temática em estudo é a utilização do *rebozo* durante o TP, como medida no alívio da dor no TP e parto.

O conforto é um conceito utilizado recorrentemente na prática de cuidados de enfermagem, porém sem muitas vezes se entender na íntegra o seu significado e aplicabilidade (Apóstolo, 2009; Oliveira, 2013). Nightingale (2005, p. 168) considera que no cuidado aos clientes a observação é fundamental e deverá ser escrupulosa, na medida em que esta não serve apenas para “(...) reunir uma pilha de informações variadas ou de factos curiosos, mas para salvar vidas e melhorar a saúde e o conforto.”. O conforto pode ainda ser percecionado como controlo e ausência de dor, parecendo estar intimamente ligado à satisfação de necessidades (Apóstolo, 2009). Por outro lado, a presença e a sensação de dor surgem relacionados com o conceito de desconforto (Apóstolo, 2009).

Kolcaba (2003) na sua teoria do conforto, procura esmiuçar esta temática na prática de cuidados de enfermagem. Segundo Kolcaba (2003, p. 1) “O conforto do doente e o conforto no cuidado são conceitos complicados, individuais e holísticos.” A teoria do conforto, é uma teoria de médio alcance e foi desenvolvida tendo como ponto de partida a prática de cuidados a doentes gerontológicos, mais concretamente, doentes com demência, podendo contudo ser alargada a outros contextos de cuidados na medida em que são vários os que necessitam de conforto: doentes, estudantes, trabalhadores, idosos, e até mesmo as instituições (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2003).

Na perspetiva de Kolcaba (2003) conforto é uma condição individual e representa relaxamento, paz/apaziguamento, saúde. Quando o conforto é

verbalizado pelos clientes estes ficam mais sociáveis, cooperantes, podendo inclusive rir e partilhar contentamento (Kolcaba, 2003). Segundo Kolcaba (2003, p.16) o conforto pode ser definido como “(...) a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto.”. O estado de conforto é uma condição necessária para a execução de tarefas especiais que requeiram uma função ótima, e, como tal, é fundamental que em TP e parto, este seja assegurado à mulher/RN/casal (Kolcaba, 2003). Lowdermilk & Perry (2008) referem que é frequente a preocupação da grávida/casal relativamente aos desconfortos/dor que poderão sentir durante o TP e parto, e a forma como irão lidar com estes. Compreender e diminuir os desconfortos/dor e reduzir os níveis de ansiedade da grávida/casal, são portanto, intervenções imprescindíveis do EEESMO em todo este processo (Lowdermilk & Perry, 2008). O desconforto/dor é uma experiência subjetiva e complexa que compreende fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais (Lowdermilk & Perry, 2008). Durante o TP a mulher pode experimentar desconforto/dor visceral e somática (Lowdermilk & Perry, 2008).

Existem três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2003). O alívio pode ser definido como um estado em que uma necessidade em particular foi suprimida (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2003). Por outro lado, a tranquilidade representa uma condição de quietude ou até mesmo de agrado, que contribui para uma performance positiva do indivíduo no seu contexto de vida (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2003). Por último, a transcendência, ou renovação, representa a condição individual em que o indivíduo assume o seu projeto de saúde e as suas potencialidades para planear e controlar a sua vida, com o intuito de dissipar os seus problemas e padecimentos (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2003).

Associados a estes três tipos de conforto, surgem quatro contextos onde podem ser experimentados: físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2003). O contexto físico prende-se com as sensações corporais e mecanismos de hemóstase que podem estar relacionados com processos de doença e diagnósticos específicos. O contexto psico-espiritual refere-se a várias combinações das componentes mental, emocional e espiritual do “*self*”, isto é, refere-se à noção de si próprio, envolvendo os conceitos de autoestima, sexualidade e relações do indivíduo (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2003). O

contexto ambiental é a chave para os cuidados especializados e para a promoção das funções físicas e cognitivas, sendo fulcral no processo de restabelecimento e promoção de saúde para o conforto, e que podem ser: luz, barulho, equipamento, temperatura, elementos naturais e/ou artificiais do meio (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2003). O contexto sociocultural diz respeito aos relacionamentos interpessoais, familiares e sociais, incluindo ainda a história familiar, tradições, língua, roupas e costumes, que devem ser considerados na prestação de cuidados e durante o internamento hospitalar (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2003).

A estas noções, Kolcaba (2003) acrescenta ainda o pressuposto de que o conforto é um conceito focado no cliente, sendo um resultado importante nos cuidados de saúde, e expectável de atingir através dos enfermeiros, considerando todos os aspectos do conforto. O conforto assume-se como um estado complexo e holístico cuja avaliação das intervenções é avaliada comparação do conforto sentido antes e após a sua implementação. Se um cliente se encontra confortável em todos os aspetos do conforto, assume-se que este se encontra confortável (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2003).

Necessidades de conforto como: medo, dor, perda hemática, imobilidade, dependência durante os procedimentos, em conjunto contribuem para o pânico e quando são aliviados são considerados aspetos de conforto, e como tal são fatores a considerar no cuidado à mulher/RN/casal (Kolcaba, 2003).

O EEESMO, no cuidado à parturiente/RN/casal deve como tal atender aos vários fatores comportamentais, internos e externos, observando os intervenientes de forma holística e auxiliando-os no seu projeto de saúde por forma a satisfazer as suas necessidades de conforto, nesta fase de transição como é o TP, assumindo que o conforto em si é mais complexo que a soma das suas partes (Kolcaba, 2003; Lowdermilk & Perry, 2008).

2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Este capítulo ambiciona descrever e refletir sobre os objetivos e atividades, propostos no projeto inicial para o cuidado especializado à mulher/família. Procuro assim, relatar a evolução sentida ao longo deste ER, avaliando os resultados e evidenciando o percurso de aprendizagem que permitiu alcançar competências de EEESMO.

A implementação do projeto delineado, realizado no âmbito da UC Opção, decorreu de 11 de abril a 8 de agosto de 2016 (ver apêndice I) envolvendo dois contextos de cuidados hospitalares distintos: o serviço de BP/SUGO de um hospital da região a sul do Tejo, e o BP de um hospital da região norte do país, de 18 a 24 de julho de 2016. O serviço de BP/SUGO da região a sul do Tejo é um serviço que inclui prestação de cuidados de saúde médico-cirúrgicos à mulher, na área da patologia do trato urogenital, mama, gravidez, parto e puerpério, dando assistência de urgência na área ginecológica e obstétrica 24 horas por dia. Neste local é ainda proporcionado à parturiente a técnica de analgesia epidural, e técnicas não farmacológicas para o alívio da dor como: respiração, hidroterapia, bola de pilates, liberdade de movimentos. O BP da região norte é caracterizado por prestar cuidados 24 horas por dia, por uma equipa multidisciplinar, onde também é proporcionada analgesia epidural assim como técnicas não farmacológicas para alívio da dor como: respiração, relaxamento, bola de pilates, massagem, musicoterapia, hidroterapia e **técnica do rebozo**.

Estes dois contextos são caracterizados por prestarem cuidados à mulher/RN/família, alvo de cuidados deste projeto, com particularidades importantes no que respeita à assistência em TP, já que defendem o parto normal e promovem as técnicas não farmacológicas para alívio da dor. Estes dois locais são referências nacionais para a prestação destes cuidados, em particular o BP da região norte, pioneiro na implementação da **técnica de rebozo** em Portugal, tema central do projeto em questão.

O percurso de aprendizagem efetuado teve como principio a premissa de que o EEESMO deverá possuir

(...) conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de

competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011, p. 8648).

Para além disso considerou-se ainda que o EEESMO

(...) assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.” (Regulamento n.º 127/2011, p.8662).

A reforçar o exposto, Benner (2001,p.33) defende que “(...) os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem”. Deste modo, para que um enfermeiro seja perito numa determinada área de intervenção, deverá capacitar-se de competências para decidir e agir a partir de uma situação de modo global, de forma a detectar precocemente alterações fisiológicas subtis que outros enfermeiros não detetam, sendo ainda detentor de outras capacidades e competências que advêm de uma experiência clínica acrescida (Benner, 2001). Com recurso a uma PBEC pode assim ser possível atingir as competências necessárias para se ser perito na área da SMOG, tal como se pretendia com o projeto implementado neste ER.

2.1. Análise reflexiva das atividades desenvolvidas e avaliação dos resultados

Ao longo do ER foi possível prestar cuidados especializados à mulher/família, cumprindo os objetivos e atividades que foram delineados no projeto de aprendizagem proposto. A pesquisa bibliográfica, a mobilização de conhecimentos e a reflexão, quer individual, quer com os peritos e docente orientador foram atividades desenvolvidas que constituíram o fio condutor deste processo de aprendizagem e que são comuns no cumprimento de todos os objetivos, e materializados neste documento (ver apêndice I).

2.1.1. Objetivo Geral n.º 1

“Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, à mulher que recorre ao SUGO durante o período pré-natal, tendo em vista a promoção da saúde e BEMF, tratando precocemente complicações”

Ao longo deste ER prestei cuidados a 48 mulheres/famílias que recorreram ao SUGO, sendo variados os motivos de vinda ao serviço: algias pélvicas, náuseas e vômitos, diarreia, lipotímia, leucorreia, cefaleias, odinofagia, elevação dos valores do *Venereal Disease Research Laboratory*, metrorragias, contratilidade, diminuição dos movimentos fetais, vigilância do BEMF, suspeita de Rotura Espontânea de Bolsa Amniótica (REBA), Indução do Trabalho de Parto (ITP) marcada.

A minha prestação de cuidados a este nível iniciou-se logo após a inscrição da mulher no serviço, junto ao administrativo no secretariado. Após a admissão procedi à triagem de cada mulher com recurso ao programa informático SClinic[®] em uso naquela instituição, apurando, efetuando e registando o motivo de ida ao SUGO, a avaliação inicial objetiva, antecedentes pessoais, história obstétrica e ginecológica. Não existe, neste local, um sistema de avaliação de prioridades na triagem, porém, assim que identifiquei alguma situação que necessitava de uma intervenção rápida, a mulher foi imediatamente encaminhada e avaliada por um médico obstetra. Santos, Freitas e Martins (2013) consideram porém que os sistemas de triagem são importantes, na medida em que estes têm por objetivo um atendimento clínico que assegura uma assistência efetiva e rápida acionando os recursos necessários, de acordo com as necessidades e gravidade da situação clínica. Apesar de não me ter guiado por nenhum sistema de triagem, de que é exemplo o Sistema de Triagem de Manchester, em uso em alguns SUGO nos hospitais do país, o EEESMO é um profissional de saúde que reúne competências que permitem cuidar da “(...) mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento n.º 127/2011, p. 8663). Como tal, ao longo deste ER, foi avaliada situação a situação, de forma a detetar aquelas com necessidade de intervenção rápida, procedendo a uma avaliação imediata. Para além da anamnese da grávida, consultei e analisei exames complementares de diagnóstico e Boletim de Saúde da Grávida (BSG), avalei com rigor a Idade Gestacional (IG) com recurso à aplicação disponível no serviço (Calculador Obstétrico de Datas - Ginecentro[®]), procurando compreender as queixas e motivo de ida à urgência prestando **uma assistência holística e promovendo o conforto e o alívio das suas queixas**. O cálculo da IG era uma preocupação minha, dada a sua importância e dificuldade em efetuar o cálculo, algo que foi minorado com esta aplicação

informática, que se verificou ser uma mais-valia, dado o seu rigor. Durante a minha permanência neste contexto de aprendizagem os cuidados à grávida/família numa fase inicial foram efetuados em colaboração com a EEESMO orientadora, e posteriormente de forma autónoma. Acolhi a grávida/família, tratando-a pelo seu nome, garantindo cuidados de saúde adequados, escutando e resolvendo os problemas apresentados, e referenciando para a equipa médica.

Em todo este processo estimei a comunicação assumindo uma atitude afável, promovi a autonomia dos protagonistas corresponsabilizando-os pelo seu projeto de saúde, estabelecendo vínculos ao longo dos cuidados prestados. Silva, Andrade e Bosi (2014) defendem que a prática de cuidados de saúde deve de fato ir para além da intervenção técnica, incidindo sobre o diálogo, a autocompreensão e auxílio na concretização do projeto de vida do outro. No que à mulher grávida diz respeito, os profissionais de saúde devem acolhê-la por forma a conhecer as suas origens e crenças, aprofundando os motivos da vinda ao SUGO, conhecendo-a pelo nome, demonstrando inclusive, atitudes como sorrir e cumprimentar calorosamente (Silva et al, 2014). Os mesmos autores acrescentam que tais comportamentos permitem que as grávidas se sintam envolvidas e mais satisfeitas, confiando nos profissionais de saúde, partilhando mais facilmente as suas dúvidas, problemas e necessidades e possibilitando uma cooperação mais eficaz no cuidado.

Executei a avaliação física inicial, monitorizando sinais vitais, temperatura, realizando o exame obstétrico através da execução das manobras de Leopold e determinação da Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais (ABCDF) assim como pela realização e avaliação da Cardiotocografia (CTG) de acordo com a IG.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) [2015, p.32] refere que

(...) uma história clínica detalhada, em particular da história obstétrica pregressa, quando é esse o caso e a observação clínica são fundamentais na definição dos cuidados a prestar. Além disso, todas as informações recolhidas sobre saúde, estilos de vida, comportamentos e ambiente psicossocial são elementos essenciais para a prossecução deste objetivo. Permite, também, que possam ser prestadas informações e cuidados realmente centrados na mulher/casal.

Sempre que considere pertinente efetuei Educações Para a Saúde (EPS) [alimentação, hidratação, cuidados de higiene, gravidez, TP], ressaltando sinais e sintomas para os quais a grávida deverá estar desperta para vigiar e recorrer ao SUGO, se necessário, uma vez que o EEESMO assume, qualquer que seja o

contexto de cuidados, um papel primordial na aprendizagem e partilha de informação junto da mulher e sua família (DGS, 2015).

A observação e avaliação das características do colo uterino pela realização do Exame Vaginal (EV) foram realizadas por mim em situações de suspeita de TP. Assim, procurei não só identificar essas situações, como procurei também outras, como sejam as situações de REBA, registando a hora e características do Líquido Amniótico (LA), colaborando ainda no processo de internamento de utentes grávidas em TP com e/ou com REBA.

Em toda esta dinâmica promovi a participação ativa da pessoa significativa, na maioria das vezes o pai, por forma a permitir a sua envolvimento nesta etapa de vida da grávida, respeitando o desejo da mulher e **assegurando o seu conforto** num local que pode ser visto como um ambiente hostil. A DGS (2015) considera que deve ser possibilitada a participação do pai e/ou família nos processos de decisão e intervenções necessários durante a gravidez, respeitando a vontade da mulher e as opiniões, valores e cultura de todos os envolvidos.

Efetuei ainda, os registo de enfermagem, primando pela objetividade e clareza da escrita, respeitando os registos tipo deste local de estágio, que se encontram em suporte papel e sistema informático. Os registos de enfermagem são de extrema importância já que são os enfermeiros os profissionais que mais cuidados prestam e mais próximos estão destas utentes em particular, devendo como tal, registar todos os dados clínicos, observações e avaliações obtidos no processo clínico da grávida (DGS, 2015; OE, 2005).

Avaliação: Considero que todas as atividades delineadas para este objetivo e disponíveis no local de ER foram realizadas e executadas com sucesso, assim como a aquisição de competências de EEESMO no cuidado à mulher/família inserida na comunidade, durante o período pré-natal. Tal como descrito pelo Regulamento n.º 127/2011 (2011; p.8663), foi promovida “(...) a saúde da mulher durante o período pré-natal”, informando e orientando sobre estilos de vida saudáveis, orientando e elucidando sobre os desconfortos da gravidez, implementando intervenções especializadas e monitorizando situações de gravidez de baixo risco e situações de desvio da normalidade.

2.1.2. Objetivo Geral n.º 2

“Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, que recorre ao SUGO a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica tendo em vista a promoção da saúde bem-estar, identificando e tratando complicações precocemente.”

No âmbito do ER foi também possível prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, prestando cuidados e **promovendo o conforto** a um total de sete mulheres o que, contabilizando com os cuidados prestados no Ensino Clínico (EC) I, perfaz um total de 45 mulheres/famílias.

Neste sentido, e visando adquirir competências especializadas no âmbito da SMOG, procedi à triagem de mulheres/famílias em situação de saúde/doença ginecológica, acolhendo-os de forma digna e respeitosa, proporcionando vínculos, promovendo um ambiente seguro e acolhedor. Efetuei a sua anamnese, identificando as suas necessidades individuais e estabeleci uma relação empática e de confiança. Em alguns momentos procedi à avaliação física inicial, em contexto de triagem, monitorizando sinais vitais, caracterizando queixas e perdas por via vaginal, com o intuito de identificar complicações clínicas, colaborando com a equipa multidisciplinar em todo este processo (colheita de dados, internamento e elaboração do processo clínico). Sempre que por desejo da mulher, incentivei a presença de um acompanhante por forma a sentir-se mais segura. A minha prestação de cuidados incluiu ainda: punção venosa periférica, colheita de sangue para análise, colheita de urina, administração de terapêutica, e preparação do internamento. Em todos os procedimentos propostos promovi a informação e decisão esclarecida da utente

As EPS individualizadas foram também, sempre que possível, realizadas por mim, tendo em consideração a situação patológica em questão, promovendo estilos de vida saudáveis e cuidados de higiene e conforto, elucidando sobre anatomia, métodos contraceptivos, ciclo reprodutivo/hormonal, auto-vigilância e despiste de complicações ginecológicas. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2011) afirma que de fato os EEESMO's detêm um elevado nível de conhecimentos que lhes permitem a tomada de decisão e a intervenção na área da ginecologia, e ainda na EPS no cuidado à menina,

adolescente e à mulher adulta em todo o seu ciclo de vida. As situações que estavam para além da minha área de intervenção enquanto EEESMO foram reconhecidas e referenciadas para os profissionais adequados.

Em todos estes momentos de prestação de cuidados procurei o estabelecimento de uma relação de escuta ativa e disponibilidade, promovendo a sua segurança, o respeito pela sua privacidade e intimidade, adequando-os às suas necessidades individuais, linguagem, situação clínica e nível sociocultural.

Também no cuidado a estas utentes, respeitei o tipo de registos de enfermagem efetuado neste serviço, referindo informações clínicas relevantes e intervenções realizadas, promovendo a continuidade de cuidados. Carvalho, Nobre, Leitão, Vasconcelos & Pinheiro (2008) consideram que os registos de enfermagem no processo clínico da mulher com afeção ginecológica são fundamentais para uma assistência de qualidade, implementação de intervenções efetivas de enfermagem para além de que fornece uma garantia legal para estes profissionais.

Avaliação: Perante o exposto, julgo que atingi este objetivo, cumprindo todas as atividades propostas no projeto inicial, desenvolvendo competências específicas como EEESMO no cuidado à mulher/família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica. Foram assim desenvolvidas a promoção da saúde, por forma a prevenir precocemente complicações e efetivando o tratamento, referenciando as situações que estavam para além da minha competência, tal com estabelecido no Regulamento n.º 127/2011.

2.1.3. Objetivo Geral n.º 3

“Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante os quatro estádios do TP, efetuando o parto em ambiente seguro e com conforto, visando o bem-estar da parturiente.”

Em BP foi também possível prestar cuidados de enfermagem especializados a 94 parturientes e família, acompanhando os diversos estádios do TP, considerando os objetivos deste ER e tendo como fio condutor a teoria de Kolcaba no seu cuidado holístico. Numa fase inicial os cuidados prestados foram realizados através da observação participativa, culminando com uma intervenção autónoma, progressiva. A prestação de cuidados neste âmbito foi realizada tendo em consideração as características dos vários estádios do TP, centrando-os na

avaliação e apoio constantes à mulher/família durante todo o processo, por forma a garantir a melhor assistência e os melhores resultados para todos os intervenientes (Lowdermilk & Perry, 2008).

No decorrer do **primeiro estágio do TP** realizei a avaliação inicial e o diagnóstico de enfermagem, partindo de uma colheita de dados sistematizada, incluindo antecedentes ginecológicos, obstétricos, familiares e história de gravidez atual, avaliação física inicial, monitorizando sinais vitais, temperatura, avaliação da glicémia capilar e ABCF, vigiando alterações fisiológicas, avaliando riscos e identificando complicações e ainda necessidades individuais. Acolhi a parturiente/família no BP/SUGO proporcionando a sua privacidade e tranquilidade, **promovendo um ambiente de conforto**, abertura e confiança. Assim adequiei não só o espaço físico à mulher casal pela adequação da luminosidade, dispositivos hospitalares (cobertores, lençóis, almofadas, bancos, bolas de pilates), mas também pela adequação do meu tom de voz e tipo de discurso ao nível socio-cultural da mulher/casal. Possibilitei também, informação relativamente ao TP e parto, recursos hospitalares, promovendo espaço para o esclarecimento de dúvidas. Lowdermilk & Perry (2008) defendem que qualquer que seja o primeiro contato com a mulher, este representa um marco fundamental para a vivência de uma experiência positiva durante o TP e parto, logo, é fundamental que a comunicação entre o EEESMO seja facilitadora dessa abordagem, permitindo abertura para questões e preocupações, elucidando sobre as fases do TP e procedimentos efetuados. Barradas et al (2015, p.40) acrescentam que a “comunicação e a linguagem utilizadas são peças fundamentais na assistência da parteira.”.

Como parte integrante da admissão e avaliação inicial da mulher/família analisei o BSG, resultados laboratoriais, ecografias e outros testes de diagnóstico, procurando colher o máximo de informação possível relativamente à sua gestação, de forma a assegurar cuidados personalizados. Detetei assim situações de gravidez mal vigiada, ou até mesmo não vigiada, com necessidade de obtenção de resultados analíticos atualizados. Assim sendo, perante grávidas em TP com ausência de serologias do 3.º trimestre atualizadas partilhei tal informação com a equipa médica solicitando requisições de análises para serologias, procedendo posteriormente à sua colheita. Do mesmo modo, assim que identifiquei grávidas em TP, ou com REBA com resultado analítico positivo para *Streptococcus* β hemolítico do grupo B

comuniquei à equipa médica para que analisassem a necessidade para iniciar profilaxia intraparto, de forma a reduzir o risco para sépsis neonatal no RN. O EEESMO deve estar desperto para a importância de ter em sua posse toda a informação pré-natal da mulher, de forma a analisar todos os dados, em particular na altura da admissão para avaliação do TP, e avaliação e detecção de situações pontuais que possam colocar em risco o BEMF, completando com a avaliação física (Lowdermilk & Perry, 2008).

A avaliação inicial é também o momento ideal para partilhar informação com a mulher/casal sobre o plano de partos estabelecido pela díade (APEO, 2009). Neste ER, embora apenas tenham surgido dois casais com plano de parto elaborado formalmente, este foi respeitado por mim, assim como a vontade das mulheres/casal perante as suas escolhas no decorrer do TP, sempre que o BEMF o permitisse. Barradas et al (2015, p.39) defendem que de facto quando “(...) a Mulher não apresenta plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas serão suportadas”. Também nesta fase efectuei as manobras de Leopold, a monitorização/interpretação da CTG e a realização do EV (de acordo com a necessidade e a situação clínica).

No decorrer deste ER cuidei de parturientes com patologia associada, nomeadamente Hipertensão Arterial (HTA) crónica e induzida pela gravidez, diabetes prévia e gestacional, hipotiroidismo, oligoâmnios, surdez congénita, com Antígeno HBs positivo e com *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) positivo. Os cuidados especializados foram negociados e adequados a estas situações, respeitando a individualidade de cada um dos intervenientes.

Já em contexto de BP realizei a vigilância e condução do TP, com recurso às manobras de Leopold para determinação da localização esperada do ponto de intensidade máxima para a ABCF, avaliando as características do colo uterino, e procedendo ao seu registo no partograma e em notas de enfermagem (em folha própria do serviço). As manobras de Leopold, executadas com a mulher em decúbito dorsal, são importantes na medida em que ajudam a determinar o número de fetos, a apresentação, a posição e atitude fetal, grau de descida a pélvis e o local esperado para a determinação da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) [Lowdermilk & Perry, 2008]. Apesar de realizadas em todas as mulheres a quem prestei cuidados neste primeiro estágio de TP, é uma técnica cujos resultados são mais exatos para

quem tem mais experiência, sendo difícil identificar com precisão a posição, atitude fetal, a apresentação, e até mesmo a localização do local para ABCF, por quem tem pouca experiência.

Assegurei a vigilância do BEMF pela realização e avaliação da monitorização externa da FCF e da monitorização externa da contractilidade uterina através da CTG. Neste ER não tive oportunidade de observar monitorização interna da FCF, embora em contexto profissional seja um procedimento ao qual já prestei apoio à equipa multidisciplinar. A realização de CTG, quer através da monitorização externa, quer através da monitorização interna reveste-se de extrema importância na medida em que esta constitui um método que permite a avaliação da oxigenação do feto, traduzindo o bem-estar fetal sendo fundamental para o EEESMO deter conhecimentos sobre a realização deste tipo de recurso, capacidade de análise e ser capaz de reconhecer os vários padrões de FCF, efetivando uma intervenção adequada a cada situação (Lowdermilk & Perry, 2008). Ao longo deste percurso de aprendizagem tive oportunidade de observar variados tipos de padrão de FCF avaliando situações de baixa variabilidade, taquicardia fetal mantida, bradicardia fetal, desacelerações precoces, desacelerações tardias, padrão sinusoidal e CTG tranquilizadores. Para cada um destes achados, considerei a situação clínica, a IG e avaliei parâmetros maternos (no caso da taquicardia fetal, por exemplo, avaliei a temperatura materna) adequando e discutindo as minhas intervenções com a EEESMO orientadora, comunicando à equipa médica e pedindo a sua colaboração quando a situação se encontrava para além das minhas competências.

O EV foi um procedimento recorrente neste estágio. Através do EV avaliei a dilatação e apagamento do colo uterino, variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas, características do líquido amniótico [em situações de Bolsa Amniótica Rota (BAR)] e adequação pélvica para o Parto Eutócico (PE). As avaliações realizadas nem sempre foram corretas, necessitando algumas vezes da confirmação da EEESMO orientadora. Considero que a avaliação da variedade é um aspeto que enquanto profissional terei de aprofundar, na medida em que é um dos aspetos mais difíceis de avaliar, e que representou uma dificuldade ao longo do ER. O EV reveste-se de relevo, uma vez que é através deste que se verifica se a mulher se encontra verdadeiramente em TP, permitindo ainda determinar a integridade das membranas, apesar de subjetivo (Lowdermilk & Perry, 2008; Chapman & Charles,

2013). Este exame porém “(...) é gerador de stresse e desconfortável para a mulher, só deve ser realizado quando indicado pelo seu estado e do feto.” (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 437). Assim, foi realizado o EV na admissão, em situações de alterações significativas na atividade uterina, por queixas verbalizadas pela mulher (pressão na região perineal, vontade de realizar esforços expulsivos, suspeita de BAR, presença de desacelerações), tal como defendido por alguns autores (Lowdermilk & Perry, 2008). Tive o cuidado de, antes da realização deste exame, explicar em que consiste, obtendo o seu consentimento para a sua realização, apoiando a mulher durante toda a avaliação. O EEESMO deve assim realizar o EV seletivamente e não por rotina, assegurando não só a privacidade da mulher como o seu consentimento prévio, elucidação sobre o procedimento, comunicando de forma gentil e parando a sua avaliação se a mulher o solicitar (Chapman & Charles, 2013).

De forma a garantir a monitorização e avaliação do TP, e ainda a continuidade de cuidados, registei, sempre, todos os dados obtidos através do EV, quer no partograma, quer em notas de enfermagem. O correto preenchimento do partograma, à medida que o TP progride, constitui uma atividade da assistência enquanto EEESMO sendo fundamental e de grande responsabilidade, podendo ser preenchido por qualquer membro da equipa obstétrica que efetue as observações (APEO, 2009; Chapman & Charles, 2013; Graça, 2010; *International Confederation of Midwives* (ICM), 2013). A sua relevância prende-se ainda com o fato de que a análise dos registos efetuados nesse tipo de documento possibilita a realização de um diagnóstico mais correto, podendo contribuir para uma intervenção mais adequada, promovendo cuidados de maior qualidade (APEO, 2009; Chapman & Charles, 2013; Graça, 2010). Este foi um cuidado exigido pela EEESMO orientadora e uma tarefa que foi sempre executada com o máximo de objetividade, sempre que as observações foram realizadas por mim. Para além do registo na folha de partograma, própria daquele serviço, completei sempre as observações em notas de enfermagem, relatando as intervenções e acontecimentos importantes no decurso do nosso turno. O partograma é um instrumento objetivo e fundamental que quando utilizado de forma adequada permite efetuar uma avaliação correta da evolução do TP, já que considera os vários fatores que o influenciam (dilatação e dinâmica uterina, características do LA, estado fetal, sinais vitais maternos) [APEO, 2009; Barradas et al, 2015]. Aliás, as notas do EEESMO “(...) são parte integrante do

processo clínico da grávida e constituem um documento legal, devem ser rigorosamente redigidos. Neles devem estar registados todos os acontecimentos, interações, avaliações e decisões tomadas por todos os intervenientes (Barradas et al, 2015, p. 42).

Ao longo do meu percurso no ER promovi junto de todas as parturientes as medidas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas no conforto e alívio da dor, explicando os vários métodos e seus benefícios e esclarecendo dúvidas sobre esta temática, disponibilizando ainda técnicas pouco conhecidas como a **técnica do rebozo**. A APEO (2009, p. 63) refere que “O alívio da dor durante o parto contribui para aumentar o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ocupar um lugar prioritário nos cuidados da parteira.”. De fato, o EEESMO deve facilitar informação relativa a esta temática às mulheres/família durante a gravidez e TP, devendo inclusive informar sobre as técnicas que existem no local de assistência à parturiente, algo que foi cumprido neste ER uma vez que é um profissional de saúde competente para tal (APEO, 2009; ICM, 2013). Foi assim possível colocar em prática com as parturientes medidas terapêuticas não farmacológicas como: técnicas de respiração, liberdade de movimentos, apoio contínuo, uso de água, massagem, aplicação de calor e a técnica do *rebozo*. A analgesia endovenosa e loco-regional foram as técnicas observadas no que diz respeito a medidas terapêuticas farmacológicas no conforto e alívio da dor. Neste contexto foi possível colaborar com o anestesista na colocação de cateter de analgesia epidural e sequencial, preparando a mulher física e psicologicamente, após consentimento informado e esclarecido, intervindo ainda na administração de repicagem analgésica, segundo normas de procedimento do local de estágio, vigiando e despistando complicações, e promovendo o BEMF.

Neste contexto de estágio, executei pela primeira vez a amniotomia. Esta técnica foi realizada por mim em três parturientes, revelando-se uma técnica sobre a qual são necessários conhecimentos aprofundados e destreza manual. A realização desta técnica foi ponderada em conjunto com a EEESMO orientadora, caso a caso, sendo realizada em situações de TP de evolução arrastada e após implementação de medidas como as posições verticalizadas e recurso à bola de pilates. Antes de a executar, expliquei a técnica e o motivo da sua execução ao casal, dando abertura para o esclarecimento de dúvidas. Avaliei ainda a CTG, para comparação posterior,

e certifiquei-me de que a apresentação se encontrava apoiada no colo de forma a evitar o prolapso do cordão. A primeira vez que a tentei realizar porém, deparei-me com algumas dificuldades e receios. Senti dificuldades em utilizar de forma correta o *amnihook*, ao mesmo tempo que tentava aplicar a força adequada para efetuar a Rotura Artificial Bolsa Amniótica (RABA), algo que foi resolvido nas amniotomias que se seguiram, sendo essas realizadas com sucesso e com bons resultados na evolução do TP. Antes de realizar esta técnica, porém, o meu receio inicial prendia-se com o risco de provocar algum tipo de trauma na apresentação ou até mesmo no colo e vagina. Compreendi posteriormente, que esse risco é reduzido ao manter o *amnihook* entre os dedos, protegendo a vagina, o colo e a apresentação, sendo mais difícil exercer pressão suficiente para provocar a RABA e ainda mais difícil para provocar algum tipo de trauma. Após a realização deste procedimento a CTG foi reavaliado, e a cor, odor e consistência do LA foram analisados, registrando a hora da rotura e as características do líquido e da CTG.

Vários autores consideram que este é um procedimento válido quando realizado na suspeita de um parto de evolução arrastada, após se terem recorrido a intervenções não invasivas como a liberdade de movimentos (APEO, 2009; Chapman & Charles, 2013; Lowdermilk & Perry, 2008). Antes da realização desta técnica deve ser explicado à parturiente/casal em que consiste, quais os riscos, cuidados e benefícios, e só após o consentimento destes é que esta deve ser realizada (APEO, 2009). Uma vez mais, a minha prática teve por base esses fatos, já que o EEESMO deve centrar o seu cuidado na mulher/casal, agindo como seu defensor permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões após informação e esclarecimento, intervindo em parceria com estes (Barradas et al, 2015).

Foi ainda possível, ao longo deste período de tempo efetuar procedimentos básicos de enfermagem mas direccionados à mulher, como sejam a promoção de cuidados de higiene e **conforto**, punção de acesso venoso periférico, realização de colheita de sangue, administração de terapêutica e de fluidoterapia, quando necessário e quando prescrito. Da terapêutica prescrita, e posteriormente administrada por mim, saliento a administração de perfusão de ocitocina, administração que foi suportada numa avaliação do BEMF prévio. A ocitocina foi assim administrada por mim em situações de ITP por razões médicas (gravidez prolongada, rotura prematura de membranas, Hipertensão (HTA) induzida pela

gravidez/pré-eclâmpsia) e para estimulação do TP. Estas situações surgem descritas pelo Infarmed (2016), como indicações para a administração de ocitocina, em TP.

Para além destes procedimentos de enfermagem, efetuei ainda a avaliação, estimulação e esvaziamento vesical, dado que a vigilância do BEMF não se cinge apenas à vigilância do estado geral, sinais vitais da parturiente e aos fluidos administrados, mas também ao cuidado de assegurar a eliminação vesical (Barradas et al, 2016; ICM, 2013). Para além disso, neste estágio do TP, a bexiga distendida pode contribuir para a inibição da descida da apresentação e das contrações uterinas, dificultando a evolução do TP (Lowdermilk & Perry, 2008). Por variadas vezes assisti, não só em contexto de ER mas também em contexto profissional, à descida da apresentação assim que este procedimento é executado, favorecendo o TP. Porém nem todas as situações de TP de evolução lenta se resolveram com o esvaziamento vesical. A progressão do TP pode ser lenta, porém esta pode constituir um problema significativo (Chapman & Charles, 2013). Compete ao EEESMO reconhecer e referenciar as situações de anomalias/distócias do TP, evitando ainda intervenções desnecessárias daquelas em que apenas ocorre uma progressão mais lenta (Chapman & Charles, 2013; ICM, 2013).

Uma das minhas preocupações no acompanhamento da mulher/casal em TP foi a **promoção do seu conforto** através da hidratação oral. A hidratação oral foi incentivada por mim, mas cada situação foi avaliada individualmente, atendendo ao BEMF e às situações de risco potencial. A ingestão de alimentos e de líquidos não deve ser negada às mulheres de baixo risco e com evolução normal do TP, podendo inclusive representar um ato de violência (APEO, 2009; Barradas et al, 2013). De fato, em situações de suspeita de paragem de progressão de TP, em mulheres com HTA induzida pela gravidez e/ou com CTG não tranquilizadora, esse cuidado não foi permitido, após discussão com a EEESMO orientadora e equipa médica, pela iminência de uma cesariana de emergência. No entanto, o EEESMO deve defender, mas não forçar a ingestão de água, chá e gelatina, após avaliação de cada situação, uma vez que diminui a desidratação e a cetose, **umentando o conforto** e a satisfação (APEO, 2009; Barradas et al, 2013; ICM, 2013).

No local de ER contactei com variadas grávidas/casais com origens culturais e nacionalidades diferentes. Assim, prestei cuidados a grávidas/casais russos, moldavos, ucranianos, brasileiros, cabo verdianos e portugueses. Adequei não só a

comunicação, como também os cuidados a cada uma das situações, procurando assegurar o BEMF, minorando desconfortos e respeitando crenças. Em toda a prática assistencial, o EEESMO deve contribuir para o aperfeiçoamento da forma como a mulher se sente ao longo do seu TP, prestando cuidados culturalmente sensíveis durante o TP, dando-lhe *empowerment*, demonstrando como pode facilitar o seu TP (Barradas et al, 2015; ICM, 2013). Proporcionei um ambiente promotor de confiança, privacidade, com espaço para o diálogo e esclarecimento de informação, aspirando a **melhoria do conforto da mulher/casal**, providenciando assim o apoio psicológico e físico adequados, por forma a serem envolvidos no seu TP e parto de forma positiva. O apoio contínuo por parte do EEESMO é também fundamental na medida em que este possibilita o apoio informativo, assim como físico e emocional, contribuindo para o aumento da confiança e comunicação da mulher (APEO, 2009; Barradas et al, 2016; ICM, 2013). Enquanto futura EEESMO, estive sempre presente no cuidado à mulher/casal estando e dando apoio constante, proporcionando assim uma experiência tranquilizadora, de escuta, respeito, dignificadora e com valorização da mulher/casal no TP e parto, promovendo assim a qualidade assistencial.

Ao longo da minha prática, promovi a presença do companheiro, ou de outra pessoa escolhida pela mulher para a acompanhar a parturiente durante o TP, e também durante o parto, incentivando a sua participação nesta etapa pela colaboração nas posições verticalizadas, massagem e *labour dance*. Possibilitar a presença da pessoa significativa contribui para um menor recurso a analgesia farmacológica, uma diminuição do parto vaginal instrumentalizado e para o aumento do sentimento de satisfação da mulher com a sua experiência do parto, agindo como fator tranquilizante e de segurança (APEO, 2009; Barradas et al, 2016).

Como parte integrante do **segundo estágio de TP** realizei 42 PE, apesar de ter realizado a condução do TP de 94 parturientes. Estes números espelham o fato de o TP de algumas dessas mulheres a quem prestei cuidados no primeiro estágio ou ter evoluído para um parto distócico, ou não chegaram a atingir o segundo estágio do TP no meu turno, ou acabou por ser outro profissional de saúde a realizar o parto. Assim, neste estágio foram realizados 42 PE e foram assistidos 18 partos realizados por médicos, 2 PE e 16 partos distócicos (5 cesarianas, 9 ventosas, 2 fórceps). Mantive a avaliação contínua da CTG, executei o EV para a confirmação de dilatação completa de acordo com as queixas das parturientes, verificando a

variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas e ainda características do LA, quando BAR.

O EEESMO deve deter conhecimentos para aplicar técnicas adequadas ao parto de apresentação cefálica, de baixo risco, podendo ainda atuar no parto de apresentação pélvica, em situação de emergência (Regulamento n.º 127/2011). No presente ER, no entanto, apenas realizei PE em apresentação cefálica em situação de prestação de cuidados. Porém, foi possível treinar em contexto de sala de aula, PE em apresentação pélvica, relembando conceitos e aprendizagens assimiladas no ano letivo anterior.

Considero que nesta fase a comunicação do EEESMO com a parturiente/casal assume um papel fundamental para o desenrolar do parto, uma vez que na maioria das vezes estes se encontram já extremamente cansados, e a parturiente em particular encontra-se envolta num misto de medos e sentimentos contraditórios, duvidando da sua capacidade de parir, fatos que observei de perto ao longo destas 18 semanas de estágio. Assim, o apoio emocional que proporcionei ao longo do TP, pela assistência presencial contínua, a atitude empática, amável e paciente foram cuidados que mantive, potenciando a comunicação verbal e não verbal. Procurei tranquilizar, animar e motivar a parturiente/casal, mesmo quando esta queria desistir, assegurando-a de que me manteria a apoiar e de que esta possuía a capacidade de parir. Fui capaz de criar uma relação de confiança não só ao longo do TP e parto com as mulheres a quem prestei cuidados, mas também fui capaz de criar esse tipo de relação com parturientes que chegaram ao BP já em período expulsivo, ajudando-as a expressarem e comunicarem os seus medos mas também as suas decisões e desejos, para que o momento do parto fosse um evento correspondesse às suas expectativas. Aconselhei e orientei a parturiente na realização dos puxos espontâneos e confirmei a dilatação completa, aconselhando posições verticalizadas (de pé, cócoras, decúbito lateral esquerdo, posição semi-sentada) que favorecessem a descida da apresentação, em algumas situações. Apesar de aconselhar estas posições durante este período, foi respeitada a vontade da mulher, atendendo ao BEMF. Porém, as mulheres a quem atendi neste segundo estágio de TP, não tinham idealizado nenhuma posição para parir, aceitando as posições sugeridas e escolhendo as que mais conforto lhes proporcionava.

Das 42 mulheres a quem prestei cuidados neste estágio, realizando o PE, 40 partos decorreram na posição sentada e dois decorreram em decúbito lateral esquerdo. Lowdermilk & Perry (2008) referem que o TP é um processo dinâmico, não existindo uma posição apenas para o nascimento. Como tal, deve-se encorajar e apoiar a parturiente nas posições, que escolheu, sendo de facto as posições de sentada e deitada em decúbito lateral as mais assumidas pela mulher para a realização quer dos esforços expulsivos, quer para o parto (Lowdermilk & Perry, 2008).

Quando a mulher se encontrava posicionada para o parto, assegurei a limpeza da vulva e períneo de acordo com as normas daquele serviço e o defendido pela EEESMO orientadora. Assim que verifiquei o coroamento efetuei a manobra de Ritgen modificada, permitindo assim a extensão da cabeça durante o nascimento e a proteção da musculatura perineal (Lowdermilk & Perry, 2008). Partindo desta abordagem obtive três períneos intactos, 17 lacerações de grau I, 15 lacerações de grau II, zero lacerações de grau III, zero lacerações grau IV e sete de episiotomias/episiorragias.

Apesar de ter realizado sete episiotomias, estas foram executadas em situações específicas, de acordo com o que as guidelines internacionais defendem, considerando o BEMF, não sendo neste contexto de aprendizagem algo realizado por rotina, mas que contribuiu para o crescimento pessoal e profissional (*National Institute for Health and Care Excellence, 2014*). A episiotomia foi realizada em situações de bradicardia mantida com o intuito de abreviar o período expulsivo e assegurar o BEMF, não sem antes pedir permissão à mulher, explicando este ato. Ao realizar esta técnica tive o cuidado de administrar a anestesia, de forma a mulher suportar não só a dor provocada pela incisão mas também para a sutura posterior. A episiotomia foi executada no momento da coroação da cabeça do feto, médio-lateralmente, com início na fúrcula e direccionada para o lado direito da parturiente, num ângulo entre os 45-60 graus.

A realização da episiotomia foi aconselhada pela EEESMO orientadora, atendendo ao contexto específico de cuidados. Considero que nem sempre foi uma decisão fácil de tomar, e enquanto aluna essa decisão nem sempre é clara, pela necessidade que existe em ponderar o risco/benefício e o BEMF, algo que os peritos na área, como a minha orientadora, fazem facilmente. Ansiava obter mais períneos

intactos e menos episiotomias (apesar de as considerar relevantes para o meu processo de aprendizagem), mas estou consciente de que não dependeu só das práticas efetuadas, mas também da evolução do TP e das próprias parturientes.

A pesquisa do cordão umbilical foi um procedimento realizado sempre, logo após o nascimento da cabeça, através da palpação suave. Este ato é fundamental, na medida em que por vezes o cordão enrola-se à volta do pescoço e se estiver muito apertado pode provocar hipóxia (Lowdermilk & Perry, 2008). Nos partos que realizei, 13 fetos apresentavam circulares cervicais, sendo cinco circulares largas e oito muito justas, onde foi necessário clampar o cordão em dois pontos e posteriormente cortá-lo. Foram realizadas duas manobras de *somersault*, com a ajuda da EEESMO orientadora, sendo, porém um ato que não domino, e que não me sinto segura para realizar sem ajuda, mas que pretendo desenvolver e aperfeiçoar como futura EEESMO.

Após o nascimento procedi à limpeza do nariz e boca, com ajuda de compressas de forma a eliminar a presença de muco, sangue ou mecónio nessas cavidades. A hora do nascimento, nem sempre foi observada por mim, embora seja algo que faço no dia a dia como enfermeira generalista no meu local de trabalho, mas foi algo que fui treinando, combinando com todas as especificidades enquanto EEESMO, tendo o cuidado de registar em processo de enfermagem.

Imediatamente a seguir ao nascimento, e sempre que o bem-estar do bebé não se encontrava comprometido, e a mãe assim o desejava, coloquei-o sobre o abdómen da mãe, e posteriormente foi coberto com lençol aquecido, de forma a ser estabelecido contacto pele-a-pele, e assim iniciar precocemente a vinculação com a mãe, o aleitamento materno e estimulação sensorial, promovendo ainda a sua regulação térmica. Carvalho & Zangão (2014) defendem que o contacto pele-a-pele imediato entre RN e mãe, deve ser respeitado na medida em que este contribui para o aumento de temperatura do RN, sem o risco de arrefecimento ou sobreaquecimento accidental. Por outro lado, este é também o período de eleição para o início da relação mãe-bebé uma vez que exponencia o fenómeno da vinculação, estimulação sensorial e libertação de ocitocina materna (APEO, 2009; Lowdermilk & Perry, 2008). O clameamento tardio do cordão foi respeitado, esperando um a três minutos após o nascimento para que este fosse posteriormente cortado, ou pelo acompanhante, pela mãe ou por mim, respeitando o pedido da

mulher/casal. A *World Health Organization* (WHO) [2012, p.22] preconiza que o clampeamento tardio do cordão é fisiológico e "(...) é recomendado para todos os nascimentos , iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao RN".

Ao longo deste ER foram frequentes as situações de anomalias de TP. Estas situações foram avaliadas com a EEESMO orientadora, antevendo situações de incompatibilidade feto-pélvica, distócia de progressão, distócia de rotação. Nestes casos, contactamos a equipa médica no sentido de avaliar essas situações, e esta optou pelo parto distócico (aplicação de fórceps, aplicação de ventosa e cesariana). As experiências a este nível levaram a uma reflexão profunda com a EEESMO orientadora sobre a intervenção do EEESMO. Consideramos que deverá deter conhecimentos e pensamento crítico para detetar e referenciar todas aquelas situações que não consegue resolver, colaborando com a equipa médica, tal como ressalva o Regulamento n.º 127/2011. Considero que é necessária experiência e conhecimentos aprofundados para saber esperar e saber avaliar cada situação de potencial parto distócico, tendo, enquanto futura EEESMO, um longo caminho a efetuar nesse sentido.

A distócia de ombros é um tipo de anomalia do TP que pude experienciar por diversas vezes em contexto de ER, que desde o início me assustou e por diversas vezes me deixou quase sem capacidade de assumir uma intervenção proativa. Experienciei um total de cinco distócias de ombros, neste contexto, resolvidas com ajuda da EEESMO orientadora e restante equipa multidisciplinar.

Embora ainda não esteja completamente à-vontade com estas situações, perceber de perto estes casos, na posição de EEESMO, permitiu compreender que são situações que podem ocorrer com alguma frequência e que toda a equipa é importante para a sua resolução, sendo por vezes necessário mais que um EEESMO. Antecipar estas situações é fundamental, e como tal conhecer a história obstétrica e a gestação atual da mulher/casal a quem vamos prestar cuidados é sem sombra de dúvida fundamental. A resolução de uma distócia de ombros passa ainda por um esforço coordenado com toda a equipa de saúde, sendo necessário que um segundo elemento efetue a manobra de McRoberts (hiperflexão das coxas sobre o abdómen) e pressão supra-púbica. Em contexto de estágio pude contar com a ajuda das enfermeiras generalistas, existindo uma de apoio em cada parto, a EEESMO orientadora e por vezes a equipa médica e assistente operacional. Pude verificar, da

minha intervenção, que tenho de ser mais rápida a identificar a distócia de ombros, pedindo imediatamente ajuda à equipa que se encontrava a dar-me apoio, pedindo claramente que tipo de ajuda pretendo, e acima de tudo manter a calma e clareza de raciocínio. Considero que são aspetos que podem ser melhorados mas que se encontram interligados com o treino e experiência profissional.

Após o nascimento, no decorrer do **terceiro estágio do TP**, adotei uma atitude calma e expectante, respeitando a fisiologia da dequitação, aguardando assim o descolamento e a expulsão da placenta. Em situações de mãe com grupo de sangue *Rhesus* negativo, três no total, procedi ao clampeamento precoce do cordão para colheita de sangue para tipagem, antes da dequitação. Do mesmo modo, efetuei duas colheitas de sangue e cordão umbilical para criopreservação de células estaminais do sangue e tecido do cordão.

Quando constatei os sinais de separação da placenta instruí a mulher a realizar esforços expulsivos, ao mesmo tempo que procedi à compressão do fundo uterino e tração mínima controlada do cordão umbilical, facilitando a dequitação. Nos partos efetuados por mim a dequitação foi natural. Num parto distócico pude observar uma situação em que foi necessária a intervenção médica com posterior execução de dequitação manual, com necessidade de intervenção em sala operatória com controlo ecográfico, e colaborei com a equipa multidisciplinar na sua resolução. Ocorreram ainda duas situações de membranas fragmentadas, situações que reportei à equipa médica e que procedi a uma vigilância apertada. A avaliação da placenta e membranas foi sempre efetuada por mim, garantindo que nenhuma parte ficava retida na cavidade uterina. De forma a prevenir a hemorragia pós-parto, contribuindo para a contração do útero, avaliei situação a situação, e após validação com a EEESMO orientadora, e administrei medicação ocitócica. Segundo Graça (2010, p. 322) este procedimento de “administração profiláctica de medicação uterotómica com o objectivo de diminuir as perdas hemáticas é uma prática comum e eficaz.”.

Após a dequitação confirmei sempre a formação do globo de segurança de *Pinard* e controlei as perdas hemáticas vaginais, com vista à prevenção e identificação de complicações. Avaliei ainda a vagina e o colo do útero pesquisando eventuais lacerações, e verificando em algumas situações lacerações de grau I e II, e quando existentes procedi à anestesia local e realizei a correção. A reparação do

períneo foi um dos procedimentos mais difíceis que efetuei ao longo deste ER, constituindo um desafio para a minha aprendizagem e prática de cuidados. Executei no total 32 perineorrafias. No início, na observação do períneo após o parto, ao analisar as lacerações e as suas estruturas, aquilo que me parecia impercetível, revelou-se, no final deste ER, uma tarefa mais lógica e mais fácil. Também a minha destreza a suturar se modificou, sofrendo uma evolução bastante positiva, mas que terei ainda de desenvolver mais, na medida em que as competências do EEESMO passam por deter princípios e conhecimentos técnicos para a reparação, não só de episiotomias, mas também de lacerações (ICN, 2013).

No **quarto estágio de TP**, ou no período pós-parto imediato, prestei cuidados especializados a 50 puérperas/famílias, tendo como fio condutor a **teoria de conforto de Kolcaba**. Neste período, promovi a amamentação precoce na 1.^a hora de vida, de acordo com o preconizado naquela instituição, uma vez que este é o período ideal para iniciar a amamentação já que o RN se encontra alerta e pronto para mamar (Lowdermilk & Perry, 2008). Também nesta altura efetuei a vigilância do bem-estar da puérpera e do RN, mesmo após o parto distócico.

Nas duas horas que sucederam ao parto procedi à reavaliação dos parâmetros vitais, pele e mucosas, mamas, períneo, perineorrafia ou episiorrafia, eliminação vesical, palpação do fundo do útero, dor, e despiste de complicações prováveis, como sejam a retenção urinária, a hemorragia, instabilidade hemodinâmica e a trombose venosa profunda. Procedi aos cuidados de higiene e conforto do períneo, colocando gelo local quando se justificava e os cateteres (venoso periférico ou de analgesia epidural) foram retirados. O EEESMO deve ainda educar a mulher/família para a adoção de práticas saudáveis no que concerne à alimentação e cuidados de higiene, com vista à manutenção da integridade e elasticidade dos tecidos, mas também por forma a assegurar a amamentação e prevenir complicações (Lowdermilk & Perry, 2008). Neste sentido, foram realizadas EPS junto da puérpera/família, por forma a diminuir os desconfortos associados às lacerações e/ou episiotomia/episorrafias, mas também sobre o puerpério e amamentação, dando conselhos práticos e despertando-os para potenciais preocupações e problemas.

Nas mulheres submetidas a cesariana, para além da reavaliação que foi efetuada nos partos vaginais, avalei também o estado de consciência, a mobilidade

dos membros inferiores (quando submetidas a anestesia loco-regional), a diurese e características da urina, e o penso cirúrgico. Realizei os registos de enfermagem respeitantes a todos os estádios do TP em folha própria, assim como das situações de emergência, de acordo com o preconizado no local de estágio. Transferi puérperas e RN para o serviço de puerpério, transmitindo toda a informação relevante sobre os cuidados prestados, de forma concisa e completa, assegurando a continuidade de cuidados.

Avaliação: Este terceiro objetivo pressupõe um vasto conjunto de atividades de carácter diversificado e complexo, e que se revelou um desafio para a minha prestação de cuidados neste ER. Apesar das dificuldades inerentes a esta complexidade e à minha inexperiência nesta área de cuidados específica, considero não só que cumpri todas as atividades desenhadas inicialmente, como foram executadas com sucesso, verificando-se uma evolução gradual em todo o meu desempenho. Aperfeiçoei técnicas e mobilizei conhecimentos específicos da área da SMOG, o que me possibilitou o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, relacionais e comunicacionais. A minha evolução também foi sentida a nível da minha autonomia e na qualidade das intervenções executadas, não só planeando, mas também implementando e avaliando as intervenções, e identificando e referenciando situações que estavam para além da minha capacidade de atuação. Vivenciar de perto situações de urgência/emergência em contexto de BP aumentou a minha sensibilidade de perceção e deteção dessas mesmas situações, aumentando o meu raciocínio e a minha capacidade interventiva. Tal como preconizado pelo ICM (2013, p.11) os EEESMO's "(...) devem promover cuidados de qualidade e culturalmente sensíveis durante o TP e parto, realizando um parto limpo e seguro e lidando com situações de emergência potenciando a saúde das mulheres e dos seus RN". Também segundo o Regulamento n.º 127/2011 (2011, p. 8664), o EEESMO detém competências para cuidar da "(...) mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina". O EEESMO deve ainda prestar cuidados especializados à mulher/família durante o período pós-natal, potenciando não só a saúde da puérpera, mas também do RN, apoiando no processo de transição e de adaptação à parentalidade (ICM, 2013; Regulamento n.º 127/2011).

2.1.4. Objetivo Geral n.º 4

Desenvolver competências como EEESMO no cuidado imediato ao RN na sua adaptação à vida extrauterina

Neste ER foram prestados cuidados especializados a 59 RN/família, desenvolvendo competências de EEESMO, cumprindo as atividades propostas que dizem respeito a este objetivo, **promovendo o conforto e bem-estar da tríade**. Considerando as experiências dos EC's anteriores perfaz um total de 164 RN/famílias a quem prestei cuidados. Dos 59 RN/família, 5 eram RN pré-termo (entre as 35 e 36 semanas e cinco dias de IG).

De forma a prestar cuidados especializados e individualizados à tríade, realizei, num primeiro momento o acolhimento da mulher/casal em sala de BP, estabelecendo e mantendo uma relação empática e de confiança, transmitindo segurança e promovendo a adaptação a um meio desconhecido, começando por me apresentar e explicando sempre todos os procedimentos que iria realizar. Recebi a transmissão das informações relativas a estes intervenientes, dada por outros EEESMO's e em seguida consultei o processo da grávida e BSG de forma a completar todas as informações fornecidas, pesquisando ecografias, análises laboratoriais e exames complementares de diagnóstico, validando história da gravidez atual, patologia materna e fetal, antecipando assim eventuais situações problemáticas, na adaptação do RN à vida extrauterina, com particular atenção nas gestações pré-termo. Nas gestações pré-termo a intervenção do EEESMO deverá ser mais sensível, compassiva e cuidadosa, na medida em que uma mulher que entre em TP prematuro e inesperado encontra-se por norma mais stressada, preocupada e mais receosa, e como tal exige um trabalho de equipa coordenado, assegurando bons cuidados, de forma que as intervenções sejam em menor número e que a mulher vivencie um parto seguro e satisfatório (Chapman & Charles, 2013).

Atendi assim à evolução do TP e parto agindo sobre potenciais complicações e referenciando situações para além da minha competência, trabalhando em equipa. Procedi também à preparação da unidade do RN verificando todo o equipamento e material necessário para a sua adaptação à vida extrauterina, para uma intervenção rápida em contexto de reanimação neonatal.

Em situações de partos distócicos e em gestações de pré-termo contactei a equipa de pediatria, para observação do momento do nascimento e avaliação

imediate do RN, partilhando toda a informação disponível e colaborando nos cuidados imediatos ao RN, no reanimador neonatal, com esta equipa e ainda com a enfermeira generalista, em algumas situações.

No momento do nascimento, atentei a hora do momento exato da expulsão completa do RN, algo que fui apurando ao longo do ER, em particular nos partos executados por mim. Prestei cuidados imediatos ao RN, procedendo à expressão torácica com o RN em ligeiro céfalo-declive, evitando a aspiração de secreções e procedendo ao clampeamento do cordão umbilical, com colocação do clampe umbilical a cerca de um a dois centímetros do umbigo, testando a sua segurança, e cortando o cordão, ou permitindo o corte por parte da parturiente/acompanhante, quando assim o desejavam. Posteriormente, despistei a presença de hemorragia local e verifiquei sempre a existência dos três vasos umbilicais (duas artérias e uma veia) de forma a antever complicações neonatais. Avaliei no imediato a respiração do RN, assegurando que esta se encontrava estabelecida, mantendo a limpeza das vias aéreas. A maioria dos RN nasce bem, e as observações deverão ser realizadas no imediato e rapidamente por quem assiste o parto, de forma não-invasiva e de forma a não retardar o contacto pele-a-pele precoce com a mãe (Chapman & Charles, 2013).

Ao longo deste ER, vivenciei, porém, nascimentos de RN decorrentes de distócias de ombros e/ou circulares justas, e até mesmo de ventosas, fórceps e cesariana, com necessidade de reanimação neonatal. Em algumas situações de reanimação neonatal, colaborei com a equipa multidisciplinar, porém, nos partos realizados por mim, este cuidado foi assumido pela EEESMO orientadora, em colaboração com a enfermeira generalista, restando-me a mim o apoio à mulher/casal e a prestação de cuidados inerentes ao terceiro estágio do TP.

Realizei a avaliação inicial do RN à nascença, com recurso ao Índice de Apgar (IA), que "(...) permite uma rápida avaliação da necessidade de reanimação, baseada em cinco sinais que identificam o estado fisiológico do recém-nascido (...)" (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 588). Avaliando a frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor, analisei a transição do RN para o ambiente extrauterino ao primeiro, ao quinto minuto e ao 10.º minuto. Cerca de 57 RN nasceram com IA entre 7 e 10, o que é indicador de uma boa adaptação, e dois apresentaram um IA de entre 3 e 5 ao primeiro minuto. Confesso que as

situações em que os RN obtiveram um IA baixo me marcaram, em particular nos partos nos quais colaborei, sentindo alguma impotência perante esse quadro, apesar de exercer funções como enfermeira generalista num BP e de possuir alguma experiência na área.

A manutenção da temperatura corporal normal do RN também foi um cuidado prestado, limpando-o e assegurando o seu aquecimento através do contacto pele-a-pele sobre o tórax da mãe, quando esta manifestou vontade, mas também através de lençol aquecido sobre as costas do RN e colocação de gorros e meias. Em algumas situações de parto distócico, em particular nas cesarianas, foi promovido o contacto pele-a-pele com o pai, quando este assim o desejou, enquanto se aguardava a saída da mãe da sala operatória.

Realizei o exame físico ao RN, despistando alterações morfológicas e funcionais, avaliando: a pele, cabeça, face, tórax, abdómen, reflexos neonatais, genitais externos, membros. Pude observar, ao longo destas 18 semanas, um RN com mancha mongólica a nível do membro inferior esquerdo e nádega direita, e ainda um RN com eritema tóxico, situações que foram comunicadas à equipa de pediatria e que ficaram descritas em notas de enfermagem. Pude ainda pesar o RN e efetuar os respetivos registos em folha própria e notas de enfermagem. Executei ainda outros cuidados imediatos ao RN, preconizados rotineiramente neste local do estágio, e apoiadas por diretrizes internacionais, como seja a administração de vitamina K, para a prevenção da doença hemorrágica no RN. Este local de estágio não preconiza a profilaxia da infeção ocular, motivo pelo qual não foi um cuidado efetuado. Procedi ainda à identificação do RN, colocando duas pulseiras de identificação com nome da mãe e código específico, igual à pulseira da progenitora, tendo o cuidado de explicar o fundamento destas pulseiras e a sua importância. O local de estágio, ao contrário do que é defendido e que existe na maioria das instituições, não possui a pulseira eletrónica.

Em duas ocasiões providenciei banho ao RN, num dos casos por a mãe não possuir ainda o resultado para o Antígeno HBs, e no outro, por o RN apresentar sujidade por liquido tinto mecónio tipo II, tal como preconizado no local de ER. A WHO (2014) considera que o primeiro banho ao RN deverá ser retardado até às 24 horas de vida, podendo, no entanto, em algumas situações ser considerado por motivos culturais, considerando-se um atraso de pelo menos 6 horas. Lowdermilk &

Perry (2008) defendem que em situações de risco de transmissão de vírus, de que é exemplo o da hepatite B e o da HIV, o momento ideal do banho deve ser questionado, e deve ser dado quanto a temperatura corporal estiver estável, aspeto que foi considerado na minha prestação de cuidados ao RN.

Em situações de mães com *Streptococcus* β hemolítico do grupo B e com história de BAR foram comunicadas à equipa de pediatria, pelo risco infeccioso para o RN. Assim que possível, e por desejo do casal, foi apoiada e promovida a amamentação dentro da primeira hora de vida, efetuando ensinamentos sobre os sinais de boa pega, e horários e posições de amamentação, reforçando a importância de um ambiente calmo e confortável para ambos.

Apesar de ser um cuidado proposto, não foi possível a prestação de cuidados diferenciados a recém-nascidos de mães seropositivas, na medida em que, em contexto de estágio tal oportunidade não surgiu.

Em todo este contexto de prestação de cuidados ao RN/mãe/casal foi assegurado um ambiente tranquilo, com redução de barulhos e da luz ambiente, quando necessário, promovendo a vinculação e, ainda, um ambiente seguro instruindo a mãe/casal relativamente a alguns princípios básicos de segurança na amamentação e colocação do RN no berço, e na manutenção da sua temperatura e respiração. Uma prestação especializada e centrada na família é essencial e deve considerar o contacto precoce entre mãe/casal e o RN, já que este é importante para relacionamentos futuros, para além das vantagens fisiológicas para ambos, como sejam o aumento da ocitocina e prolactina maternas e ainda a ativação dos reflexos de sucção e ativação do processo de desenvolvimento da imunidade do RN (Lowdermilk & Perry, 2008).

Os registos de enfermagem relativos ao RN e cuidados prestados foram registados em folha própria do serviço e a transmissão da informação na altura da transferência do RN/mãe para o serviço de puerpério também foi efetuada por mim, assegurando a continuidade de cuidados, transmitindo a informação necessária, relativa à tríade.

Avaliação: Considero que este objetivo foi cumprido com sucesso, realizando as actividades propostas e disponíveis no local do ER, de forma autónoma, responsável e competente. Apesar de deter alguma experiência profissional no cuidado ao RN, enquanto enfermeira generalista num BP, atento que o olhar de um

EEESMO neste contexto de prestação de cuidados é mais profundo, com mais conhecimento e mais específico, devendo ser capaz de responder aos mais variados contextos de reanimação neonatal, algo que ainda terei de aprofundar um pouco mais, estando muito em parte dependente da experiência. Segundo o ICM (2013) e o Regulamento n.º 127/2011 (2011) o EEESMO é o profissional que reúne competências para fornecer um atendimento de alta qualidade, integral e específico no cuidado ao RN, assegurando a sua avaliação imediata, implementando medidas de suporte e otimização à adaptação extrauterina, assegurando a reanimação em situação de emergência e identificando alterações morfológicas e funcionais.

2.1.5. Objetivo Geral n.º 5

Desenvolver competências de EEESMO na promoção do conforto da parturiente, inserida na família/comunidade, com recurso à técnica do *rebozo* no 1.º estágio do TP.

Com este objetivo, e sustentando-me nas orientações preconizadas pelo Regulamento n.º 127/2011, e ICM (2013), ambicionava atingir uma prática de cuidados centrada na mulher/RN/família de forma a mobilizar as várias componentes do saber com vista a uma prática de cuidados de enfermagem em SMOG especializados e que promovesse o **bem-estar e conforto**. A construção e implementação de um projeto, em particular em contexto de aquisição de competências na área da SMOG, pressupõem a adoção de uma metodologia que constitua a ponte entre a teoria e a prática, partindo do conhecimento teórico, científico e atualizado para posteriormente ser aplicado na prática de cuidados (Ruivo et al, 2010).

A escolha da temática da técnica do *rebozo*, para desenvolvimento e implementação de um projeto, prendeu-se com o meu fascínio por este método numa das aulas do CMESMO, por ser algo que me era desconhecido até então, pelas potencialidades que me pareceu possuir em contexto da prática de cuidados na área específica da SMGO, e pelo carisma que implica ao permitir uma ligação forte com a mulher e o seu aconchego e proteção, em particular durante o TP.

2.1.5.1. Metodologia

A enfermagem enquanto ciência, procura estudar sistematicamente os fenómenos abrangidos pelo domínio dos cuidados de enfermagem, com o intuito de

produzir novo conhecimento relativo à pessoa, ao seu meio ambiente, à saúde, ao cuidado de enfermagem e às relações entre todos (Fortin, 2003). Procurei desta forma apresentar o estado da arte sobre a temática da técnica do *rebozo* e posteriormente aprofundei esta temática com recurso a uma revisão da literatura baseada na metodologia de uma RSL.

2.1.5.2. Enquadramento teórico

O parto é um acontecimento particular e especial na vida da mulher, implicando medos e preocupações, em particular no que diz respeito aos desconfortos associados. A dor experimentada pelas mulheres durante o TP é o produto de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais e é influenciado por fatores emocionais, sensoriais e ambientais, variando, como tal, de mulher para mulher (Santos et al, 2010). De acordo com Santos et al (2010) o recurso a medidas não farmacológicas de controlo da dor no TP constitui um indicador de evidência dos cuidados de enfermagem especializados, sendo a liberdade de movimentos e as técnicas de relaxamento/massagens alguns dos meios considerados pela evidência científica atual como promotores de resultados positivos, como sejam: diminuição do TP, maior probabilidade de parto normal, menor necessidade de receber analgesia epidural e maior satisfação da experiência do parto. O TP e o parto são processos dinâmicos, que com o apoio e suporte adequado podem transformar-se em momentos mais facilitadores e seguros para a parturiente e feto, podendo a técnica do *rebozo* ser utilizada neste contexto promovendo a redução dos desconfortos e relaxamento através da massagem (Shilling, 2009).

O *rebozo* é um xaile longo de origem mexicana com múltiplas aplicações tradicionais, mas cujo interesse principal incide sobre a sua utilização na mulher grávida (Vilar & Acebo, 2011; Virchez, Sánchez, Castro, Guerrero & Garcia, 2011). O *rebozo* é uma tela de tecido flexível e rígido que permite que a mulher se apoie, balanceie, relaxe e suporte todo o seu peso sobre ele, se necessário (Vilar & Acebo, 2011). Durante a gravidez a sua utilização permite relaxar a zona lombar e sagrada, permitindo

FIGURA 1: O *rebozo* usado ainda hoje como identidade da mulher mexicana.



Fonte:
<https://casamejicu.wordpress.com/2014/10/16/1223/>

ainda movimentos de suspensão do corpo em grande amplitude e o movimento da pélvis (Vilar & Acebo, 2011).

A utilização do *rebozo* pode ser efetuada com o apoio do companheiro ou EEESMO, com o intuito de massajar a mulher em TP, exercendo pressão sobre a região sagrada, barriga e em volta desta. A sua utilização pode ser acompanhada de movimentos de báscula da pélvis, ou exercendo esse efeito sobre a parturiente com vibrações ou balanceio, favorecendo o desbloqueamento dessas regiões, corrigindo posições do feto durante a gravidez ou TP (Vilar & Acebo, 2011; Virchez et al, 2011). O *rebozo* permite assim ativar o TP, corrigir posições posteriores ou direita persistentes e assinclitismos, permitindo a movimentação do feto na pelve, auxiliando o movimento de rotação e então a retificação do assinclitismo persistente (Silva et al, 2013). Em contexto hospitalar pode ser utilizado um lençol, envolvendo a pelve, com o intuito de o ajustar à região das cristas ilíacas, para realizar esses movimentos sincronizados (Gomes, 2010).

2.1.5.3. Revisão da literatura

Partindo de uma revisão da literatura baseada na metodologia de uma RSL, procurei fundamentar o recurso à técnica do *rebozo* no primeiro estágio do TP, já que a pesquisa é fulcral para construir os pilares norteadores científicos da prática de cuidados, sendo indispensável no desenvolvimento de qualquer projeto de intervenção, com o intuito de melhoria das práticas de enfermagem (Fortin, 2003). A RSL é um recurso válido de investigação em enfermagem que procura efetuar um levantamento de documentos científicos e extrair deles conhecimentos, tendo por base uma metodologia científica dando resposta a uma pergunta de partida (Fortin, 2003). Sendo assim, foi construída uma pergunta de partida, com o intuito de estudar a temática da técnica do *rebozo* como estratégia de alívio dos desconfortos no primeiro estágio do TP, procurando a evidência científica existente até ao momento, para que, seja aplicada à prática de cuidados. Desta forma a pergunta levantada para a pesquisa, uma questão PI(C)O, foi a seguinte: **Quais as intervenções do EEESMO (I) que promovem o conforto (O) na parturiente (P) com recurso à técnica do *rebozo* no 1.º estágio do TP?**

No quadro seguinte (Tabela 1), apresenta-se a questão PI(C)O de forma estruturada, e os termos de pesquisa utilizados na pesquisa da evidência científica nas bases de dados.

TABELA 1 – CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE PARTIDA

				TERMOS DE PESQUISA
P	Participantes	Quem foi estudado?	Parturientes que utilizaram a técnica do <i>rebozo</i>	Rebozo Woven shawl Sling Pano
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções do EEESMO	Midwifery Midw Nursing intervention Traditional birth attendants
(C)	Comparações	Podem existir ou não	Não aplicável	Matrona Parteira First stage of labor
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências	Conforto/Alívio dos desconfortos	Labor Intrapartum care Parto

Atendendo à pergunta formulada, foram levados em consideração critérios de inclusão e de exclusão de forma a ser efetuada uma análise crítica dos artigos encontrados e assim serem selecionados os mais adequados à pesquisa em curso. Os critérios de inclusão e de exclusão, encontram-se assim resumidos na tabela 2.

TABELA 2 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
PARTICIPANTES	Grávidas	Mulheres não grávidas
FENÓMENO DE INTERESSE	Artigos com foco na temática e intervenções de enfermagem.	Artigos repetidos em ambas as bases de dados.
DESENHO	Revisões sistemáticas da literatura. Estudos de abordagem qualitativa, quantitativa e publicações indexadas em língua portuguesa, espanhola e inglesa, publicados entre 2011 e 2016.	Artigos não disponíveis em texto integral nas bases de dados consultadas.

Para dar resposta à questão levantada foram identificados os conceitos essenciais ou termos de pesquisa (tabela 1), relativos aos participantes, intervenção e desenho de estudo pretendido. Inicialmente, quando delineado o projeto, foi efetuada uma primeira revisão da literatura baseada na metodologia de uma RSL de março a julho de 2015, verificando-se a inexistência de artigos específicos relativamente à utilização da técnica de *rebozo* no primeiro estágio do TP. Da pesquisa que efetuei, constei porém, a importância dos benefícios das técnicas não farmacológicas no controlo da dor/desconfortos do TP, nomeadamente da liberdade de movimentos e massagem/relaxamento, benefícios apontados por alguns autores (Cohen & Thomas, 2015; Vinaver et al, 2015). De março a outubro de 2016, foi conduzida nova revisão da literatura, baseada numa RSL, na plataforma de busca da EBSCO, envolvendo as bases de dados da *CINAHL complete* e *MEDLINE*

complete, *Cochrane* e *MedicLatina*, e ainda a plataforma de busca da *NCBI*, envolvendo a base de dados da *PubMed*. *Melnyk, Fineout-Overholt, Stetler & Allan* (2005), defendem que uma *RSL* deve abranger a evidência dos últimos cinco. Foram então estabelecidos como limitadores: o espaço temporal de outubro de 2010 a outubro de 2016, estudos em *full texto*, publicações indexadas em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Os descritores (Tabela 1) foram conjugados através dos operadores booleanos e encontram-se descritos na tabela que se segue (Tabela 3).

TABELA 3 – DESCRITORES, RESULTADOS DA PESQUISA NAS BASES DE DADOS

DESCRITORES	<i>Rebozo or woven shawl or sling or pano</i>	AND	<i>Midwifery or midw or nursing intervention or traditional birth attendants or matrona or parteira</i>	AND	<i>First stage of labor or labor or intrapartum care</i>
N.º DE ARTIGOS ENCONTRADOS/POR BASE DE DADOS	CINAHL: 1; MEDLINE: 0; COCHRANE: 0; MEDICLATINA: 0 PUBMED: 1 TOTAL:2				

Desta pesquisa, obtiveram-se dois artigos, verificando-se no entanto que eram repetidos. Assim, o artigo obtido que foi analisado, por forma a dar resposta à pergunta de partida e retirar elações para as intervenções a implementar durante a concretização do ER. De forma sucinta, o processo de seleção dos artigos encontrados pode ser descrito com recurso ao diagrama 1.

DIAGRAMA 1 – PROCESSO DE PESQUISA E SELEÇÃO



A análise do artigo obtido encontra-se no apêndice II, sob a forma de tabela. Como se pode constatar pelo número de artigos encontrados, a técnica do *rebozo* é uma técnica, que apesar de ancestral ainda não se encontra muito estudada, verificando-se a urgência do estudo e aprofundamento desta área, para a prática dos cuidados de enfermagem especializados em SMGO. O fato de conhecimentos e técnicas ancestrais não se encontrarem cientificamente estudados não deve constituir contudo um entrave para a sua aplicação e desenvolvimento, devendo antes procurar aprofundar-se conhecimentos na área, principalmente se não existir literatura a sustentá-los (Cohen & Thomas, 2015; WHO, 2000).

2.1.5.4. Prática Baseada na Evidência Científica

O EEESMO, enquanto profissional competente na sua área de intervenção, deve assentar “(...) os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sócio-político) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo de investigação.” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, p. 8653). Como tal, e com o intuito de promover a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, socorri-me da PBEC, que pressupõe a atenção à melhor evidência científica, considerando ainda a opinião de peritos, valores e preferências das mulheres/famílias, e os recursos disponíveis (OE, 2006, p.1).

Assim, aprofundei conhecimentos sobre a técnica do *rebozo*, aplicada à intervenção do EEESMO no primeiro estágio do TP. Num primeiro momento levantei a questão de partida e posteriormente socorri-me de uma revisão crítica da literatura, seguindo-se a revisão da literatura baseada na metodologia de uma RSL, para lhe dar resposta e assim aprofundar esta temática.

O uso do *rebozo* está intrínseco a tradições antigas e sábias do México e da América Central, em particular na assistência às gestantes, parturientes e puérperas (Vinaver et al, 2015). Atualmente este conhecimento já se encontra mais disperso pelo mundo, sendo uma prática, embora pouco utilizada e divulgada, em uso pelos Estados Unidos da América, Brasil, Colômbia e em alguns países da Europa, como a Holanda e Inglaterra, e mais recentemente em Portugal. Naoli Vinaver é uma parteira mexicana, perita na área, que atualmente tem divulgado e ensinado esta técnica por alguns países.

Os autores que a defendem consideram que é uma intervenção importante para os prestadores de cuidados durante o TP uma vez que promove a massagem e relaxamento da musculatura e ligamentos pélvicos e por consequência diminui os desconfortos e encurta o TP (Cohen & Thomas, 2015; Vinaver et al, 2015). Porém, a aplicação desta técnica vai para além destes fatos, sendo uma ferramenta no TP na correção de fetos em assinclitismo, ao permitir que o feto se mova livremente terminando os movimentos cardinais para o nascimento, através da *manteada ou body rocking*, (ver apêndice III) um dos movimentos proporcionados pelo *rebozo* (Cohen & Thomas, 2015; Vinaver, et al 2015). Os peritos consideram que existem 3 posicionamentos que podem ser executados nessas situações: aplicação do *rebozo* com a mulher deitada costas; aplicação do *rebozo* em quatro apoios; e o “bombom” (ver apêndice III). A técnica do *rebozo* é assim considerada uma técnica viável, no TP, que para além do bem-estar e conforto que proporciona, pode também ter potencial na resolução de TP arrastados e dolorosos nas situações de assinclitismo.

Vinaver, et al (2015) corroboram que a técnica do *rebozo* é de fato uma técnica efetiva, com resultados importantes, mas tem de ser executada sob determinadas condições. Assim, no seu livro “A técnica do *rebozo* revelada”, descreve-se que este deve ter pelo menos 2,4 metros de comprimento e 70 centímetros de largura, e deverá ser de algodão, com efeito elástico no comprimento e na diagonal, e/ou de lã. Cohen & Thomas (2015) no seu estudo socorreram-se de lençóis já que a nível hospitalar se evitam as infeções cruzadas, evitando o uso do mesmo material em diferentes utentes.

O *rebozo* pode ser usado aberto, se se pretender massajar uma grande área do corpo, ou dobrado, para massajar pequenas partes (Vinaver et al, 2015). Podem também ser usados vários *rebozos* em: massagens no chão para facilitar a massagem sem ter que a interromper; massagens com mais que uma executante; e tapar áreas já massajadas, evitando assim a perda de calor (Vinaver et al, 2015). Na execução da técnica do *rebozo* a grávida/parturiente pode ser envolvida, deitar-se ou pendurar-se, devendo assegurar-se que se mantém esticado quando se encontra sob esta (Vinaver et al, 2015). Quando o EEESMO executa esta técnica deverá segurar nas extremidades do tecido com as duas mãos, envolvendo-o nos punhos e mantendo-o simétrico nas extremidades, realizando movimentos rítmicos e delicados e/ou movimentos amplos e lentos (Vinaver et al, 2015). O *rebozo* pode ser dobrado

atendendo à área que se pretende massajar, não devendo contudo dobrar-se demasiado, assim, para os ombros e cintura deverá dobrar-se na metade da largura e para a região pélvica pode usar-se toda a largura do tecido (Vinaver et al, 2015).

O ambiente envolvente é fundamental para a execução desta técnica. Assim, deve ser proporcionado um ambiente, calmo, podendo recorrer-se a música ambiente calma. O tom de voz deve ser suave e baixo, e deve assegurar-se que a grávida se encontra confortável. A massagem pode ser aplicada em várias posições: sentada sobre a bola de Pilates, deitada sobre a cama, em quatro apoios, inclinada para a frente, e de pé (Vinaver et al, 2015). A mulher deverá indicar o ritmo que prefere e deverá deixar-se guiar pelo tecido, mantendo os olhos fechados para um relaxamento efetivo (Vinaver et al, 2015).

Em todo este contexto de prática de cuidados deve o EEESMO usar todo o seu corpo para criar movimento, socorrendo-se de posições ergonómicas, mantendo-se com uma postura ereta e com os joelhos fletidos mantendo os braços esticados (Vinaver et al, 2015). O EEESMO pode alternar movimentos longos com movimentos curtos e ritmados, de forma coordenada, para aumentar o relaxamento, tendo o cuidado de verificar constantemente a posição do *rebozo* sempre que se procede ao seu ajuste (Vinaver et al, 2015).

Os autores apontam como vantagens da aplicação desta técnica: promoção da sensação de proteção, segurança, aquecimento e de contensão; massagem e redução dos desconfortos; relaxamento profundo; e mobilização livre do feto se mova livremente possibilitando que este termine os movimentos cardinais para o nascimento (Cohen & Thomas, 2015; Vinaver et al, 2015).

Cohen & Thomas (2015) consideram, no entanto que este método apresenta algumas desvantagens que se prendem com a sua não utilização em situações de: CTG não tranquilizadora; taquissístolia; desconforto da grávida com a sua utilização; apresentação pélvica com rutura de membranas (risco de prolapso do cordão); descolamento prematuro da placenta; perda hemática vaginal anormal; e outras contra-indicações para o parto vaginal.

A técnica do *rebozo* pode ser utilizada durante: a gravidez (oferece relaxamento, alívio, conforto e bem-estar; o TP (ajuda a mulher a lidar com as contrações, constituindo um recurso simples, natural e não invasivo para o alívio da dor; é utilizada durante 5 a 10 minutos, parando durante as contrações); e período

pós-parto (como forma de encerrar o período de resguardo, oferecendo tranquilidade e paz, necessária nos primeiros dias de amamentação).

Após o levantamento de conhecimentos relativos a esta temática, em reunião informal com a enfermeira chefe e segundo elemento do serviço do local de estágio, discuti, sobre a implementação deste projeto, em que consiste, benefícios e recursos necessários. De forma informal, elaborei um diagnóstico de situação, com base no levantamento de dados relativos aos meios não farmacológicos e farmacológicos na promoção do conforto na parturiente, e posteriormente foi construído e avaliado o projeto para ser implementado, naquele local.

Conduzi entrevistas semi-estruturadas à equipa de EEESMO's no local de ER, estágio de observação participativa e EC (I, II, III e IV), de forma a assimilar o máximo de conhecimentos sobre esta técnica junto dos peritos, aproveitando ainda a ocasião para sensibilizar a equipa para esta temática, apresentar e divulgar o projeto a desenvolver e a sua pertinência. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas em conversas informais com os peritos, tendo como suporte um guião de entrevista que se encontra no apêndice IV. Fortin (2003) defende que as entrevistas semi-estruturadas são um método de colheita de dados viável que utiliza a comunicação verbal e ao qual se recorre quando se pretende compreender a significação de um determinado fenómeno na perspetiva dos participantes, neste caso a técnica do *rebozo*, pelos olhos dos peritos. A mesma autora acrescenta que este método pode socorrer-se de um guião de entrevista, elaborado previamente, e utiliza a conversação informal para obter as respostas pretendidas (Fortin, 2003).

Das entrevistas conduzidas aos EEESMO's dos ensinos clínicos, nenhum conhecia esta técnica. No local onde decorreu o ER, 28,6% dos EEESMO's conheciam esta técnica, mas 53,6% nunca tinham ouvido falar na mesma (ver apêndice V). Os que conhecem a técnica referem que esta tem potencialidades e benefícios para a mulher/casal, nomeadamente: massagem, relaxamento, alívio dos desconfortos/da dor; promoção do conforto na gravidez e TP; alívio das lombalgias na grávida, parturiente e puérpera; promoção da sensação de aconchego trazendo-lhe benefícios emocionais; rotação do feto em assinclitismo, oscilações da bacia que facilitam a descida do feto e como tal favorece o TP; e ainda utilidade durante o trabalho de parto, gravidez e até mesmo no transporte do RN. Apresentam contudo desvantagens relacionadas com o uso incorreto do *rebozo*, que pode resultar em

compromissos a nível do BEMF ou em lesões musculoesqueléticas ao EEESMO, constituindo ainda um recurso que não pode ser utilizado se em mulheres que não gostem de ser tocadas e/ou que possuam cateter de analgesia epidural. Como principais limitações para o seu recurso estes EEESMO's referem: inexperiência na manipulação do *rebozo*; inexistência de material com as características adequadas, desmotivação, renitência da equipa a novas técnicas e o fato de ser uma técnica que exige a presença contínua do EEESMO. Todos os EEESMO's que já utilizaram esta técnica, referem ainda que o *feedback* das mulheres relativamente ao *rebozo* é bastante positivo, principalmente na promoção de conforto e alívio dos desconfortos. Consideram que é uma técnica que pode ser utilizada a nível hospitalar, na gravidez, TP, parto e pós-parto.

Pesquisei peritos na área da técnica do *rebozo*, e procurei congressos, formações, *workshops* e cursos sobre a temática. Atendendo a questões temporais, à carga horária dos EC e ER e às especificidades dos eventos disponíveis participei num *workshop* sobre a técnica do *rebozo*. Este tipo de formação, realizado em Cascais e ministrado por uma perita na área incidiu sobre a massagem na gravidez com recurso ao *rebozo*, durante a gravidez e puerpério. Este tipo de formação permitiu perceber a dinâmica do manuseamento do *rebozo*, posturas ergonómicas e posições para a aplicar na grávida.

Foi realizada, uma ação de formação sobre “A utilização do *rebozo* durante o trabalho de parto - Uma intervenção do EEESMO para a promoção de conforto da parturiente”, cujo plano de sessão se encontra no apêndice VI. A ação de formação decorreu a 19 de maio de 2016, no âmbito do ER, com a duração prevista de 45 minutos na sala de formação do hospital desse local de estágio. A ação de formação decorreu em conjunto com outras ações de formação, constituindo o ciclo formativo sobre “Estratégias para a promoção de conforto ao longo do TP e parto”.

Desta forma divulguei o meu projeto, envolvendo toda a equipa presente, quer através da exposição formal e participativa, quer através de vídeos e treino sobre as várias utilizações e aplicações do *rebozo*, com recurso a *rebozos* e lençóis. Assim participaram 18 enfermeiros, 13 EEESMO's (incluindo a docente orientadora), 3 enfermeiros generalistas e duas alunas do CMESMO. Estava proposta uma segunda ação de formação para realizar ainda em contexto de ER, para que fosse extensível aos restantes elementos da equipa, mas não foi possível realizar, por motivos que

me foram alheios. As ações de formação em contexto de trabalho são pertinentes e até mesmo vitais, quer para o indivíduo, quer para a organização de saúde onde se inserem (Bártolo, 2007). Assim, este tipo de aprendizagem é facilitado pela objetividade e aplicabilidade dos conteúdos, o que favorece a dinâmica reflexiva sobre a prática profissional, e como tal a incorporação de novos conhecimentos e aprendizagens individuais e coletivos (Bártolo, 2007).

O tempo de formação previsto foi cumprido, apesar de ter iniciado com algum atraso, algo que dependeu das ações de formação anteriores a esta. A avaliação da ação de formação foi realizada pelos formandos tendo em consideração a “Ficha de avaliação pelo formando”, documento em uso na instituição para esse mesmo efeito, e utilizada para efetuar a análise e avaliação desta mesma ação ministrada por mim (ver anexo I). Relativamente ao meu desempenho nesta ação de formação, de uma forma geral os participantes classificaram como “Muito Bom”, referindo que esta ação teve impacto positivo a nível do seu desempenho já que se tratava de uma temática aplicável e que pressupõe a melhoria da prestação de cuidados especializados, em particular na promoção do conforto para a mulher/parturiente, acrescentando que este ação acrescentou novo conhecimento e aumentou a motivação para utilização desta técnica por quem já a conhecia. Como sugestões/observações reforçaram a importância desta temática, defendendo que se trata de um tema inovador, adequado segundo a evidência científica para ser utilizado de modo a contribuir para o conforto da mulher durante o processo reprodutivo, constituindo uma mais valia aventando a necessidade da realização de mais sessões teórico-práticas para todos os EEESMO’s do serviço. Foram assim mobilizados conhecimentos, partilhando a evidência científica atual sobre uma temática pouco conhecida e pouco estudada, contribuindo para a sua divulgação e para a melhoria de cuidados especializados na área da SMGO. Foram deste modo adquiridas e desenvolvidas competências de formação pela promoção de momentos de aprendizagem, não só teóricos mas também práticos; e de comunicação pela necessidade de compreensão e divulgação dos conteúdos científicos (ver apêndice VII). Verifiquei ainda que, ao longo do tempo me questionavam sobre esta temática e me solicitavam para exemplificar a técnica, algo que fui esclarecendo e demonstrando, sempre que foi possível.

Também em contexto de ER, no BP, apliquei a técnica do *rebozo* a quatro parturientes/casais, preenchendo os dados da minha prestação de cuidados tendo por base a folha de “Notas de campo” construída para o efeito (ver apêndice VIII). Durante a minha prestação de cuidados em ER, cuidei da parturiente/casal de forma individualizada, de acordo com a sua cultura, esclarecendo e capacitando-os para a decisão de recorrer a esta técnica, respeitando a sua vontade. Todos as parturiente/casais, a quem propus a utilização do *rebozo*, aceitaram este recurso. A todos os intervenientes foi efetuado o esclarecimento sobre as várias utilizações e posições a adotar com recurso à técnica do *rebozo*, mantendo um ambiente calmo e acolhedor, dando oportunidade para a parturiente eleger a posição da sua preferência e mais adaptada à sua situação, no primeiro estágio de TP. Em toda esta dinâmica foi incentivada a participação do acompanhante, que colaborou na sua aplicação, dando apoio e estabilidade à grávida. Por sugestão da EEESMO orientadora, o uso da técnica *rebozo* iniciou-se apenas quando já detinha algum conhecimento prático em BP, e foi aplicado em parturientes em início de TP ativo, em gravidezes de baixo risco, com CTG’s tranquilizadores e sem sinais de sofrimento fetal, e quando a dinâmica do serviço o possibilitava, mantendo uma prestação de cuidados EEESMO/parturiente de 1:1, já que esta técnica exige um cuidado permanente, e uma vez que é uma técnica que ainda não é do meu domínio total. A técnica do *rebozo* foi aplicada a mulheres saudáveis, entre os 19 e os 30 anos, primigestas, em fase ativa de TP e que até ao momento não pretendiam analgesia por cateter epidural. Foi utilizada a técnica nas posições de pé e sentada na bola de pilates, massajando ombros, região superior das costas e região lombar. Verificou-se, em todas elas, evolução do TP, (evoluíram dos 3 para os 6/7 centímetros de dilatação). As parturientes referiram, no final da minha prestação, tranquilidade, relaxamento e principalmente **conforto**. Não foi possível, contudo, acompanhar estes TP até ao final, não podendo tirar elações mais profundas sobre estas aplicações da técnica. No final foram realizados os registos relativos à sua utilização, em notas de enfermagem, no questionário relativo ao uso de medidas não farmacológicas em uso naquele BP, e ainda em notas de campo.

Inicialmente estava proposta a realização de um estágio de observação participativa num *Birth Center* em Inglaterra, para aprender com peritos na área a aplicação da técnica do *rebozo*. Foi realizada pesquisa dos vários locais possíveis

com a utilização deste método, e foram enviados *e-mails* pedindo estágio para efetuar essa aprendizagem. Porém, todos os contactos estabelecidos vieram com resposta não favorável. Em alternativa, e após pesquisa sobre o local, foi efetuado contacto por *e-mail* com uma maternidade espanhola onde este método é estudado e aplicado às parturientes, mas não foi obtida resposta. Com a colaboração da docente orientadora, descobri posteriormente um hospital com BP, na região norte de Portugal, onde este método foi implementado recentemente. Após contactos telefónicos e *e-mails* que troquei com a instituição e com a enfermeira chefe do BP desse hospital, veio uma resposta positiva. Assim, realizei um estágio de uma semana nesse local, onde observei a técnica do *rebozo* e a sua aplicação em contexto da prática de cuidados. Durante esse período de tempo acompanhei as EEESMO's nas sessões de "Preparação para a Parentalidade", "Preparação para a Parentalidade em Meio Aquático", "Curso de Puericultura" e no BP. Na sessão de preparação para a parentalidade, de vertente prática, foi ensinada a técnica às grávidas/casais, e nessa altura tive a oportunidade, não só de executar esta técnica, como de explica-la, a dois grupos de grávidas. O primeiro grupo, constituído por 13 grávidas (9 primeiros filhos) referiram nunca ter ouvido falar desta técnica, mas no final manifestaram muito conforto e relaxamento com a mesma. No segundo grupo, constituído por 19 grávidas, duas haviam já ouvido falar desta técnica. Uma por ser venezuelana conhecia a técnica, e partilhou que esta é uma prática recorrente das parteiras no domicílio nos países sul americanos em parte devido à má assistência hospitalar que estes países oferecem. A outra grávida referiu ter encontrado a informação por pesquisa na internet, tendo inclusive visto vídeos no *youtube*. Também neste grupo referiu conforto com esta técnica. Em ambos os grupos foram experimentadas as posições com o *rebozo* deitadas e sentadas em bola de pilates, massajando costas, cabeça e membros. O ambiente envolvente porém, não era o mais indicado. Existia pouco espaço entre grávidas, não se encontrava escurecido, ouvindo-se inclusive algum ruído externo.

Conduzi ainda entrevistas semi-estruturadas às EEESMO's sobre a sua experiência com a técnica do *rebozo*, refletindo com estas sobre a viabilidade da sua aplicação (ver apêndice V). Quando questionadas sobre a técnica do *rebozo*, constatei que toda a equipa de enfermagem detinha conhecimentos sobre esta temática. As colegas explicaram que a técnica do *rebozo* foi implementada, como

projeto, em agosto de 2013, sendo uma temática que foi abordada em formação em serviço a todos os membros da equipa, de modo que todos (100%) a sabem executar e a utilizando na sua prestação de cuidados. Toda a equipa considera que de fato esta técnica apresenta benefícios para as mulheres, mas vêem a sua principal utilidade na massagem, relaxamento e alívio dos desconfortos/da dor e como tal na promoção do conforto na gravidez e TP.

Em contexto de BP, pude observar a prestação de cuidados a seis parturientes, duas das quais em período expulsivo, mas não observei a aplicação da técnica do *rebozo* neste contexto. Constatei, que apesar de ser considerada uma técnica viável, acessível por quem a executa, e agradável, relaxante e confortável para as grávidas, esta é mais utilizada na preparação para a parentalidade e nem tanto em contexto de TP. As EEESMO daquele BP, referem no entanto, que é uma técnica, que apesar de toda a equipa ter competência para a executar, não é muito utilizada, porque, para além de ser recente, apenas a aplicam em BP às grávidas que a conhecem do curso de preparação para a parentalidade, quando a solicitam. Considero, no entanto, que este estágio de observação foi enriquecedor, e possibilitou uma visão importante da aplicabilidade da técnica, em preparação para o parto, na promoção do conforto nas grávidas e envolvimento do companheiro, mas também fez-me compreender a importância da mulher conhecer e sentir-se bem com esta técnica antes de a utilizar em TP, num momento em que se sente mais vulnerável. Percecionei ainda a importância de sessões práticas, em particular em meio aquático para a mulher compreender a importância da respiração em TP, assim como a partilha de conhecimento imprescindível, em puericultura, para o cuidado ao RN. Ainda relativo a este estágio, redigi diários de aprendizagem, que refletem as aprendizagens assimiladas, e efetuei notas de campo, relativamente aos dois grupos de grávidas que acompanhei aquando da aplicação da técnica do *rebozo*, nas sessões para a preparação para a parentalidade.

Partindo das experiências e da evidência científica atual, construí um procedimento sobre a aplicação da técnica do *rebozo*, para o BP do local do ER, como forma de apoio e uniformização para a prática de cuidados desta técnica.

Avaliação: Apesar das dificuldades sentidas para a concretização deste objetivo, este foi atingido com sucesso, conseguindo adaptar as atividades inicialmente traçadas, com os recursos disponíveis. Todas as entrevistas

conduzidas, os diários escritos, as notas de campo, o próprio relatório e as experiências de campo em ambos os BP, foram uma mais-valia para a construção da minha entidade como futura EEESMO, promovendo o meu conhecimento científico e constatação de outras realidades, adquirindo e desenvolvendo competências.

Verifiquei que a técnica do *rebozo* é uma técnica com potencialidade, passível de ser utilizada como medida não farmacológica no controlo da dor/desconfortos no TP, adaptável ao contexto hospitalar, e aos recursos que este possui. Constatei que a sua aplicação requer um conhecimento aprofundado sobre a sua utilização, movimentos e posições possíveis, deve ser aplicada, respeitando a mulher/casal e suas preferências. Tem benefícios evidentes para a mulher no que concerne à **diminuição dos desconfortos e ao relaxamento**, referidos pelas parturientes e constatados por mim. Uma das mulheres a quem apliquei a técnica referiu aumento do desconforto associado ao aumento das contrações, após a utilização do *rebozo*, o que poderá estar relacionado com uma evolução positiva do TP. No entanto, é uma técnica muito desgastante para quem a executa, uma vez que implica movimentos de todo o corpo, sendo necessário cumprir os princípios básicos da ergonomia para evitar lesões. Apesar de nenhuma mulher conhecer esta técnica aderiram bastante bem e mostraram-se agradadas com os efeitos que provocou.

A WHO (2000) defende que o conhecimento sobre práticas de saúde tradicionais devem ser respeitadas e aplicadas, porém devem ser estudadas para que a sua aplicação na prática de cuidados seja segura e eficaz, devendo investir-se na sua educação, formação e investigação. O ICM (2013) completa ainda a importância destes fatos, defendendo que os EEESMO's devem adquirir habilidades e competências e implementá-las de forma a marcar a diferença no resultado materno e/ou neonatal, características essas que devem ser reconhecidas já que acrescentam conhecimento e qualidade nos cuidados prestados à mulher/RN/família. O EEESMO deve, como consequência conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, criando um ambiente terapêutico e seguro, suportando-se numa PBEC (Regulamento n.º 122/2011).

2.1.6. Objetivo Geral n.º 6

Desenvolver a capacidade de reflexão e de análise crítica sobre as atividades de aprendizagem do ER, instigando o desenvolvimento pessoal e profissional como futura EEESMO.

O cumprimento deste objetivo prende-se, não só, com o desenvolvimento de uma temática na área de intervenção do EEESMO, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas de enfermeira especialista, mas também como o desenvolvimento de competências do 2.º ciclo de estudos.

Le Boterf (2006, p. 61) considera que um profissional age com competência quando a sua prática reflete três dimensões

(...) primeiro, a dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, competências comportamentais...) que ele pode mobilizar para agir; depois, surge a dimensão da acção e dos resultados que ela produz, isto é, a das práticas profissionais e do desempenho. Finalmente, há a dimensão da reflexividade, que é a do distanciamento em relação às duas dimensões anteriores.

Em todo este processo de análise, crescimento e aprendizagem socorri-me da pesquisa bibliográfica/revisão crítica da literatura, da consulta de documentos de referência na área da SMGO, de acordo com as minhas necessidades formativas, possibilitando o meu desenvolvimento e consolidação de conhecimentos atualizados. Também as reuniões com a docente orientadora e com a EEESMO orientadora do local do ER, assim como as conversas informais com a equipa multidisciplinar e de enfermagem de vários contextos de EC e do ER, e ainda colegas da especialidade e que frequentaram o *workshop* sobre a técnica do *rebozo*, procuraram a mobilização dos meus conhecimentos e a minha reflexão sobre a prática de cuidados. Ao concretizar e implementar o meu projeto individual neste ER, estimulei a análise e discussão da sua evolução e dos resultados obtidos, com o docente orientador, o EESMO orientador e EEESMO's dos locais de estágio.

Particpei nas discussões e análise de práticas efetuadas em contexto académico, refletindo em conjunto com os colegas sobre a evolução sentida em diferentes contextos de aprendizagem, verificando a existência de diferentes contextos, práticas e experiências.

Elaborei também dois Jornais de Aprendizagem (JA), abordando em cada um uma temática escolhida por mim, sobre as quais senti necessidade de refletir, pesquisar e aprofundar conhecimentos com vista à melhoria das minhas práticas

assistenciais específicas. Assim no primeiro JA desenvolvi a temática das “Anomalias do TP”, uma vez que, na altura, estas representavam cerca de 30% dos partos realizados/assistidos em contexto de estágio, sendo uma preocupação para o meu desempenho na sua deteção e resolução. O segundo JA incidiu sobre a problemática dos “Cuidados ao períneo”, na medida em que, durante a minha prestação de cuidados, e até realização desse documento, obtive cerca de 7,31% de períneos intactos, 41,46% de lacerações de grau I, 34,14% de lacerações de grau II, 0% de lacerações de grau III, 0% de lacerações grau IV e 17,07% de episotomias/episiorragias. Importante ainda em todo este processo e por forma a cumprir este objetivo foi a realização da minha autoavaliação formativa e sumativa, e posterior avaliação por parte da EEESMO orientadora, apreciando todos os cuidados, decisões, conhecimentos e crescimento atingido por mim. A reflexão constitui uma ferramenta imprescindível para a autoformação e desenvolvimento de competências, algo concretizável em estágio a partir da elaboração de todas as tarefas descritas anteriormente, e em particular com o presente documento, examinando todas as experiências e aprendizagens vividas. Estes processos cognitivos sobre as práticas diárias e experiências vividas num determinado contexto facilitam a incorporação do conhecimento (Bártolo, 2007). Por outro lado as conversas informais com os elementos da equipa, reuniões com a chefia do local de ER, com as mulheres grávidas e parturientes, revelaram-se fundamentais para divulgação do projeto e partilha de experiências e saberes (Alarcão & Roldão, 2010).

Avaliação: Considero que também este objetivo foi cumprido com sucesso, realizando todas atividades que propus na redação do projeto para o ER. Desenvolvi assim o pensamento analítico, crítico e reflexivo perante todas as essas atividades permitindo o desenvolvimento de competências relacionadas com a melhoria contínua da qualidade e o domínio das aprendizagens profissionais, pela criação de respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da SMGO (Regulamento n.º 168/2011). Complementar a estas actividades será a discussão pública do relatório final, realizada após a sua entrega, em data ainda a determinar.

3. REFLEXÃO FINAL

Durante o período do ER foram desenvolvidas competências partindo de estratégias reflexivas e intervencionistas junto da equipa multidisciplinar dos BP's dos locais de estágio e mulher/RN/família, agindo com conhecimentos científicos atuais sólidos centrando a atenção na Pessoa, a primeira fonte do conhecimento. Pela análise dos objetivos previamente definidos, e pela reflexão das atividades desenvolvidas posso afirmar que foram atingidos com sucesso, contribuindo para o desenvolvimento de competências descritas no Regulamento n.º 127/2011, e pelo ICM (2013), e que dizem respeito à integração de saberes teóricos nas componentes: científica, ética, pessoal, estética e política, conceptualizando a prática de cuidados no cuidado humano, relação terapêutica, bem-estar, vulnerabilidade, visão sistémica da pessoa e desenvolvimento humano, permitindo ainda a aquisição de competências do 2.º ciclo, pelo desenvolvimento de competências de comunicação, reflexão e crítica. Tendo como modelo concetual para a prática de cuidados a **Teoria de Conforto de Kolcaba**, foram prestados cuidados de enfermagem individualizados e especializados na área de SMOG, em contexto hospitalar, tendo a **mulher/RN/família como parceiros de cuidados assegurando o seu bem-estar e conforto**, promovendo a continuidade de cuidados. Todas as situações vividas foram analisadas e discutidas, com a EEESMO e a docente orientadoras. Redigi dois JA, cujas temáticas foram escolhidas de acordo com as experiências, necessidade de aprofundar e refletir conhecimentos.

Os objetivos e atividades foram avaliados, quer em contexto de ER, quer posteriormente com a elaboração deste relatório. O projeto de cariz individual foi também realizado e implementado, permitindo a mobilização de competências de investigação, comunicação e aprendizagem contínua, contribuindo para a construção e divulgação de novo saber pelo estudo de uma técnica pouco utilizada em Portugal, a técnica do *rebozo* no TP. Contribui assim para “disseminar e levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem”, adotar uma postura interventiva pela procura da excelência de cuidados, de pesquisa e de divulgação da evidência científica atual, tal como defendido no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011 (p.8648). Mobilizei ainda o conhecimento científico atual e experiência profissional,

desenvolvendo progressivamente as minhas capacidades de resolução de problemas concretos, apoiada na seleção e interpretação de informação relevante, tomando decisões, em situações novas e complexas fundamentados em juízos profissionais e na evidência científica.

Ao longo deste ER enfrentei algumas dificuldades relacionadas com situações complexas na prática de cuidados, que com o tempo e ajuda da EEESMO orientadora fui capaz de ultrapassar, aumentando a minha capacidade de avaliar as várias situações e de intervir autonomamente. Na implementação do projeto, o fato de nem todos os EEESMO terem participado na formação e o fato de alguns se encontrarem renitentes à mudança dificultou, embora pouco, a minha intervenção no BP. Relativamente ao estágio realizado no BP da região Norte, considero que apesar de produtivo, observar a utilização desta técnica apenas em preparação para a parentalidade constituiu uma limitação para o desenvolvimento do projeto, uma vez que esperava aprender mais sobre a técnica e a sua aplicação em contexto de prática de cuidados em TP. No entanto, posso concluir que esta é uma medida não farmacológica no controlo da dor em TP, viável e relatada pelas grávidas/parturientes como uma **medida que promove o conforto**.

Como futura EEESMO o meu caminho não termina com a conclusão do ER e da redação deste documento, havendo muito ainda a desenvolver. Assim pretendo, não só, obter o grau de Mestre, pela discussão pública do presente relatório, mas também, pesquisar, aperfeiçoar e aprofundar a técnica do *rebozo*, não permitindo que esta caia no esquecimento, incluindo-a, para tal, na minha prática diária de cuidados, instigando a restante equipa, ao seu recurso. Ambiciono também criar uma rede de apoio, constituída por EEEMO's da América Central que utilizem esta técnica, para que seja possível a partilha de experiências, reflexão, crescimento pessoal e profissional nesta área, criando laços para que mais tarde seja possível a aprendizagem com estas *in loco*. A par da sua aplicação, pretendo estudar as suas potencialidades colhendo dados para mostrar à comunidade científica a sua aplicabilidade e benefícios, divulgando progressivamente as minhas conclusões através da redação de artigos científicos e ainda através da participação em congressos científicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Roldão, M. C. (2010). *Supervisão: Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. (2.ªed.). Mangualde: Edições Pedagogo, Lda.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa parto normal. Documento de Consenso*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 9, 61-69.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Barradas, A., Torgal, A.L., Gaudêncio, A.P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., ... Varela, V. (2015). *Livro de Bolso – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Ordem do Enfermeiros. Acedido em: 06/10/2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Boterf, G. L. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. *Reflexão RH*, 60-63. Acedido em 25/09/2016. Disponível em <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Carvalho, A.L.S., Nobre, R. N.S., Leitão, N. M. A., Vasconcelos, C. T. M. & Pinheiro, A. K. B. (2008). Avaliação dos registos das consultas de enfermagem em ginecologia. *Revista electrónica de enfermagem*, 10(2), 472-483.

- Carvalho, A. M. V. G. O. & Zangão, M. O. B (2014). Contributo do contacto pele-a-pele na temperatura do recém-nascido. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 14, 63-67. Acedido em: 22/09/2016. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13591/1/APEO-2014-Contributo-do-contacto-pele-a-pele-na-temperatura.pdf>.
- Chapman, V. & Charles, C. (2013). *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. (3.^a Ed.). Iowa: Wiley-Blackwell.
- Cohen, S. R. & Thomas, C.R. (2015). Rebozo technique for fetal malposition in labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60 (4) 445- 451.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3.^a ed.). Loures: Lusociência.
- George, J.B. (2000). *Teorias de enfermagem – Os fundamentos à prática profissional*. (4.^a Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-fetal*. (4.^a Ed.). Lisboa: LIDEL – edições técnicas, lda.
- Infarmed (2016). Folheto Informativo: Informação para o utilizador – Ocitocina. *Infarmed*. Acedido em 05/09/2016. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6565&tipo_documento=fi
- International Confederation of Midwives (2013). Essencial competencies for basic midwifery practice 2010 – Revised 2013. *International Confederation of Midwives*. Acedido em 07/09/2016. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7.^a Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Melnyk, B.; Fineout-Overholt, E.; Stetler, C. & Allan, J. (2005). Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Practice Leadership Summit. *Worldviews On Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society Of Nursing*, 2(3), 113-121.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2011). Parecer n.º15/2011. Assunto: Prescrição e colheita de material para citologia pelo EEESMO em consulta de saúde sexual e reprodutiva. *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*
Acedido em: 14/07/2016, Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer15_MCEESMO.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Clinical Guideline- CG190 - Intrapartum care for healthy women and babies*. National Institute for Health and Care Excellence. Acedido em: 16/06/2016. Disponível em:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557>
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, C. s. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17 (2), 1-8. Acedido em 02/03/2016. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8(1).pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Segurança do doente. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 17, 9-10. Acedido em 30-06-2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_17_julho_2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem - Tomada de decisão. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 25/09/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 29/02/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

Shilling, T. (2009). #2: Liberdade de movimentos durante o trabalho de Parto. *Práticas de Nascimento Saudáveis de Lamaze® International*. Acedido em 19-04-2015. Disponível em www.lamazeinternational.org/d/do/242

Silva, M. Z. N., Andrade, A.B. & Bosi, M.L.M. (2014). Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na atenção básica. *Saúde Debate*. 38 (103), 805-816. DOI: 10.5935/0103-1104.20140073. Acedido em 29/06/2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653. Acedido em 06-06-2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Regulamento n.º 127/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República 2.ª série, n.º35 (18-02-2011) 8662-8666. Acedido em: 20/07/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

- Ruivo, M.; Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15, 1-37. Acedido em 27-02-2016. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf .
- Santos, A. P.; Freitas, P. & Martins, H. M. G (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 1-5. **DOI:** 10.1136/emered. Acedido em: 30/07/2016. Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/emergmedj2013jan%2023Epu Ahead_of_print.pdf
- Santos, E., Varela, J. & Varela, V. (2010). Projeto da MCEESMO - OE. Maternidade com qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 29/02/2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.^a ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Vinaver, N.; Keijzer, M. & Tuyl, T. (2015). *A técnica do Rebozo Revelada – Guia de massagem para a gravidez e parto*. São Paulo: Lexema Editora.
- Villar, C. L. & Acebo, A.S. (2011). Parto activo y acompañamiento respetuoso. In *Estudios multidisciplinares para la humanización del parto. Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto*, Universidade da Coruña, 2011, Coruña, 147-162.
- Virchez, R. G. P.; Sánchez, K. J. N.; Castro, I.J.J.; Guerrero, M. O. & Garcia, F.J.H. (2011). Exposición itinerante del rebozo, como estrategia para la revalorización del patrimonio artesanal en el municipio de Tenancingo, Estado de Mexico. *Revista Digital de Gestión Cultural*, 2, 48- 69.

World Health Organization (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 02/07/2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66783/1/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf

World Health Organization (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Italy: World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data. Acedido em 22/09/2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

World Health Organization (2014). *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn – 2013*. Geneva: World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data. Acedido em 03/09/2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DO ER

LEGENDA:

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER – Estágio com Relatório

F - Férias

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

UC - Unidade Curricular

01 – Janeiro

02- Fevereiro

03 – Março

04 – Abril

05 – Maio

06 – Junho

07 – Julho

08 – Agosto

09 – Setembro

10 – Outubro

11 – Novembro

12 - Dezembro

APÊNDICE II:

ANÁLISE DO ARTIGO OBTIDO NA REVISÃO DA LITERATURA BASEADA NA METODOLOGIA
DE UMA RSL

ANÁLISE DO ARTIGO

TABELA 1- ESTUDO DE COHEN & THOMAS (2015)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TÍTULO: Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study AUTORES: Susanna R. Cohen & Celeste R. Thomas ANO DA PUBLICAÇÃO: 2015 FONTE: Journal of Midwifery & Women's Health
OBJETIVO	Determinar as intervenções de enfermagem com recurso à técnica do <i>rebozo</i> a realizar numa parturiente com um feto mal posicionado e as adaptações necessárias à prática tradicional, em contexto hospitalar.
TIPO DE ESTUDO E MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	Estudo de caso. Observação participante.
PARTICIPANTES	Uma parturiente (24 anos, Gesta 1/Para 0: IG de 40 semanas).
INDICAÇÕES/ CONTRA-INDICAÇÕES/ INTERVENÇÕES	Indicações da técnica do <i>rebozo</i> : promoção do relaxamento da musculatura pélvica e ligamentos, permitindo que o feto esteja mais livre para terminar os movimentos cardinais; em situações de variedades posterior/assinclitismos. Contraindicações: CTG não tranquilizador, tassistolias, se a mulher referir desconforto, apresentação pélvica com rotura de membranas pelo risco de prolapso do cordão, descolamento prematuro da placenta, hemorragia vaginal anormal, outras contra-indicações para o parto vaginal. Contraindicações absolutas: placenta prévia, hemorragia vaginal. Intervenções: - Explicar as origens, indicações e a técnica do <i>rebozo</i> à mulher/família; - Obter o seu consentimento informado; - Documentar a frequência cardíaca fetal antes e depois da técnica do <i>rebozo</i> ; - Efetuar as manobras de Leopold para alertar o feto do início da técnica, massajando suavemente o abdómen (durante 1 minuto), encorajando a mulher a relaxar os músculos abdominais; - Executar a técnica durante 5 a 10 minutos, parando durante as contrações; - Nos casos de mal-posicionamento fetal podem ser usadas as posições: deitada de costas; em 4 apoios e o "bombom"; - Envolver toda a equipa de prestação de cuidados, com a permissão da mulher/família; - Promover o treino da equipa: ações de formação (de 2 horas, por exemplo). - Podem ser usados lençóis, a nível hospitalar, por ser mais higiénico; ou usar o <i>rebozo</i> da mulher se esta o possuir.
RESULTADOS	A adaptação da técnica do <i>rebozo</i> em meio hospitalar é um cuidado no TP, recorrendo à criatividade e comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar. É uma ferramenta importante para a prática de cuidados em TP que promove o relaxamento e o conforto.

APÊNDICE III:

ALGUNS MOVIMENTOS DA TÉCNICA DO *REBOZO* NO TP

ALGUNS MOVIMENTOS DA TÉCNICA DO *REBOZO* NO TP

1. TÉCNICA 1: MOVIMENTO EM POSIÇÃO DE PÉ

OBJECTIVO: relaxamento da parte inferior das costas e da região pélvica;

PREPARAÇÃO:

1. Grávida de pé, inclinada para trás, com pés ligeiramente afastados;
2. O EEESMO fica de frente para a grávida;
3. Verificar se existe espaço suficiente entre os intervenientes;
4. Segurar firmemente o *rebozo* mantendo os braços esticados (ou cruzados), posicionando-o em volta da região pélvica;

IMAGEM 1: Massagem completa das costas em posição de pé.



FONTE: Vinaver et al, (2015).

5. Afastar ligeiramente os pés assegurando equilíbrio;
6. Certificar que a parturiente não escorrega (evitar o uso de meias/sapatos; auxílio do companheiro; recurso a parede para apoio).

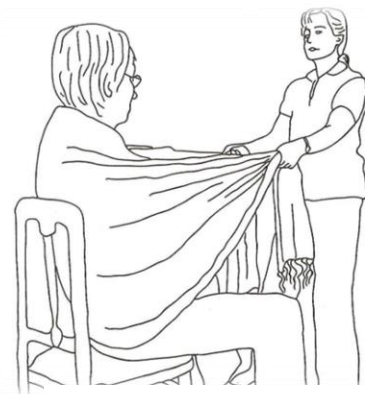
2. TÉCNICA 2: MOVIMENTO EM POSIÇÃO SENTADA

OBJECTIVO: relaxamento das costas e do tronco;

PREPARAÇÃO:

1. A grávida senta-se numa cadeira, deixando as costas livres;
2. Ficar de frente para a grávida;
3. Verificar se existe espaço suficiente entre os intervenientes;
4. Afastar ligeiramente os pés assegurando equilíbrio;
5. Estender o *rebozo* sobre os

IMAGEM 2: Massagem completa das costas em posição sentada.



FONTE: Vinaver et al, (2015).

- ombros e as costas da mulher, posicionando-o a partir de metade do pescoço até ao final da coluna;

6. Segurar firmemente o *rebozo* mantendo os braços esticados (ou cruzados).

3. TÉCNICA 3: MASSAGEM EM POSIÇÃO DEITADA DE LADO

OBJECTIVO: relaxamento geral.

PREPARAÇÃO:

1. Grávida deitada de lado sobre a cama (também pode ficar no chão) com o rosto virado para o EEESMO, e o ventre apoiado no limite do colchão;

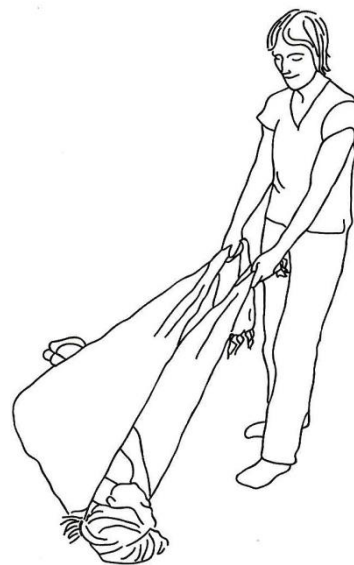
2. O EEESMO fica sentado ao mesmo nível da cama, ou em pé, a uma distância em que seja possível manter os braços esticados ou cruzados;

3. Posicionar as mãos uma acima da outra e não ao lado;

4. O *rebozo* deverá ser colocado no meio das costas da grávida;

5. Puxar o *rebozo* pela mão que estiver por baixo e depois pela que estiver por cima, em alternância.

IMAGEM 3: Massagem em posição deitada de lado.



FONTE: Vinaver et al, (2015).

4. TÉCNICA 4: MASSAGEM PARA A BARRIGA EM VÁRIAS POSTURAS

OBJECTIVO: relaxamento da região pélvica e do assoalhado pélvico;

PREPARAÇÃO:

1. A grávida fica com os pés ligeiramente afastados, de forma firme e ligeiramente inclinada para a frente, podendo apoiar-se sob uma superfície, parede ou pessoa;

IMAGEM 4: Massagem da barriga com o *rebozo* esticado.



FONTE: Vinaver et al, (2015).

2. O EEESMO fica de pé, atrás da mulher, à distância necessária para segurar o *rebozo* com os braços esticados ou cruzados;

3. Flectir os joelhos e encontrar equilíbrio, ficando firme no chão;

4. O *rebozo* deve ser dobrado duas vezes sobre a barriga da mulher;
5. Não puxar o tecido com muita força na região da barriga. (É o movimento que tem ação relaxante e não a fricção do tecido sobre a barriga).

5. TÉCNICA 5: MASSAGEM PARA A BARRIGA EM VÁRIAS POSTURAS

OBJECTIVO: relaxamento da pele e assoalhado pélvico, parte inferior das costas e embalar o bebé dentro da barriga;

PREPARAÇÃO:

1. A grávida fica em 4 apoios ou debruçada sobre a bola de Pilates;
2. A barriga deverá ficar livre e relaxada e os joelhos devem estar afastados o que proporciona bastante espaço para a barriga;
3. O EEESMO deve posicionar-se atrás da mulher;
4. Posicionar o centro do *rebozo* sobre a barriga da mulher e segurar ambas as extremidades de modo que a barriga penda para dentro do *rebozo*.

IMAGEM 5: Massagem da barriga em posição de quatro apoios.



FONTE: Vinaver et al, (2015).

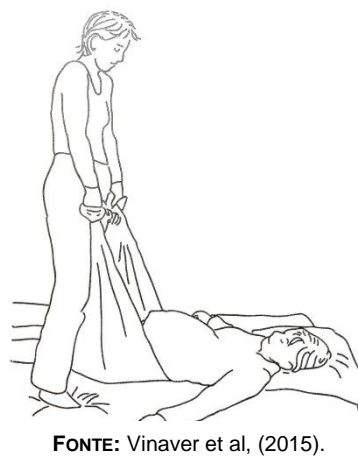
6. Técnica 6: Massagem da pele – Aconchego

OBJECTIVO: relaxamento amplo;

PREPARAÇÃO:

1. A grávida deita-se sobre um colchão/tapete com a cabeça sobre uma travesseira, confortavelmente;
2. O EEESMO deve ficar de pé com as pernas afastadas sobre a parte superior da mulher;
3. Os pés devem ficar o mais perto possível do corpo da mulher para que a massagem não implique demasiado esforço;
4. Elevar ligeiramente (poucos centímetros) do chão a grávida, esticando as pernas, anteriormente flectidas;

IMAGEM 6: Massagem da pele.



FONTE: Vinaver et al, (2015).

5. O *rebozo* pode ser utilizado sem dobrar, ou dobrado, e deve ser colocado de forma a conter toda a região pélvica da grávida, desde a cintura até à parte inferior da anca.

6. O centro do *rebozo* deverá ficar por baixo do cóccix, com tecido de ambos os lados, suficiente para ficar firme.

7. TÉCNICA 7: MASSAGEM PARA A REGIÃO DA BACIA

OBJECTIVO: relaxamento da anca e assoalhado pélvico e apoio durante o período expulsivo;

PREPARAÇÃO:

1. A grávida posiciona-se em 4 apoios, devendo ficar com as costas rectas;
2. O EEESMO deverá sentar-se de frente para a mulher e aplicar a massagem na posição sentada;
3. O *rebozo* deverá envolver a anca, posicionando o seu centro sobre o cóccix, cobrindo as nádegas;
4. As extremidades do *rebozo* ficam próximas à cabeça da grávida.
5. Variantes: *rebozo* dobrado e o “bombom”.

IMAGEM 7: Massagem da parte inferior das costas com o *rebozo* dobrado



FONTE: Vinaver et al, (2015).

IMAGEM 8: Massagem da anca em quatro apoios.



FONTE: Vinaver et al, (2015).

IMAGEM 9: O “bombom”



FONTE: Vinaver et al, (2015).

8. TÉCNICA 10: O REBOZO E A BOLA DE PILATES

OBJECTIVO: relaxamento do assoalho pélvico e região pélvica;

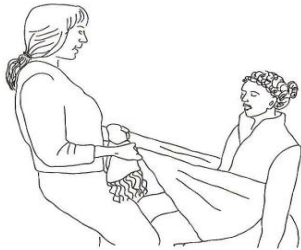
PREPARAÇÃO:

1. A grávida deve sentar-se sobre a bola, mantendo os joelhos à mesma altura da pelve, ou abaixo dela;

2. Assim que a grávida encontrar a posição de equilíbrio pode entregar-se aos movimentos suaves da bola (rolar, embalar, pular,...);

Inúmeras possibilidades do uso da bola de Pilates com *Rebozo*

IMAGEM 10: Massagem em posição sentada com a bola de pilates com os braços de fora.



FONTE: Vinaver et al, (2015).

IMAGEM 11: Massagem em posição de apoio sobre a bola suíça.



FONTE: Vinaver et al, (2015).

9. APLICAÇÕES CRIATIVAS: APLICAÇÃO DE CALOR

OBJECTIVO: relaxamento;

PREPARAÇÃO:

1. Usar uma bolsa de água quente durante a massagem com *rebozo*;
2. Pode ser colocada entre o *rebozo* e o corpo da mulher;
3. A bolsa de água quente deverá ser envolvida numa toalha antes do contacto com o corpo para evitar queimaduras.

10. APLICAÇÕES CRIATIVAS: PENDURAR-SE NO *REBOZO*

OBJECTIVO: relaxamento e pode contribuir para a descida do feto no canal de parto durante o TP;

PREPARAÇÃO:

- Dar um nó firme numa das extremidades do tecido e colocá-lo sobre o alto da porta, fechando-a em seguida;
- O tecido deve ser posicionado de forma a que, quando a grávida o estiver a puxar, a força seja efectuada na direcção em que a porta é fechada;
- A grávida deve estar de pé, com os pés bem separados e os joelhos levemente voltados para

IMAGEM 12: Suspensão com o rebozo



FONTE: Vinaver et al, (2015).

fora (amplia a pelve);

- A grávida deve segurar o *rebozo* na parte superior, alongando assim a parte superior do seu corpo, inclinando-se ligeiramente para trás;

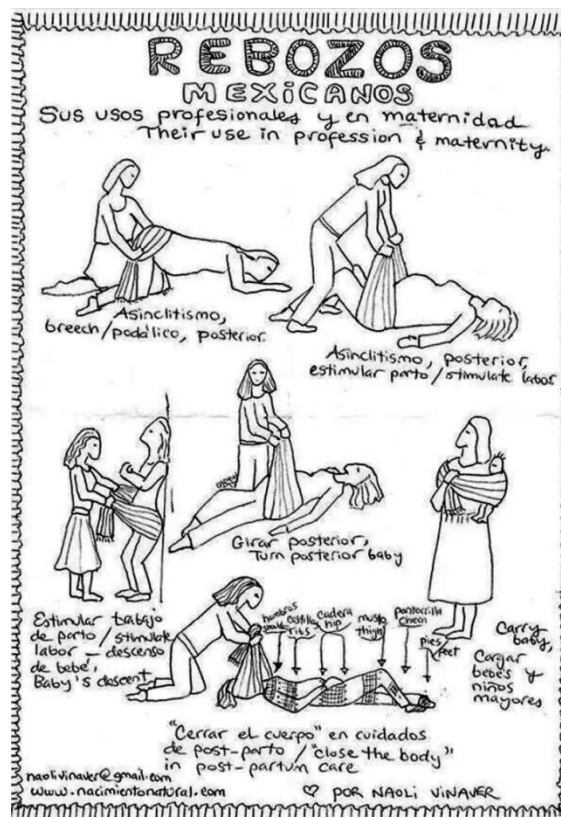
A grávida também pode ficar de cócoras ao pendurar-se no *rebozo*, ou apenas segurar o *rebozo* e baixar-se

11. MANTEADA

OBJETIVO: estimular o feto a mudar de posição

PREPARAÇÃO:

FIGURA : APLICAÇÃO DO REBOZO EM ASSINCLITISMOS



Fonte: <https://pt.pinterest.com/gborecka/rebozo/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Vinaver, N.; Keijzer, M. & Tuyl, T. (2015). *A técnica do Rebozo Revelada – Gui de massagem para a gravidez e parto*. São Paulo: Lexema Editora.

APÊNDICE IV:

GUIÃO PARA AS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PERITOS

PERÍODO DE ENTREVISTAS: 6 DE NOVEMBRO DE 2015 A 8 DE AGOSTO DE 2015

(Nome: _____, Data _____)

Parte 1 – Questões:

1. Conhece a técnica do *rebozo*?
2. Sabe como se utiliza?
3. Qual a sua percepção sobre esta técnica? Na sua opinião esta técnica traz benefícios/vantagens para a mulher/casal? Se sim, quais?
4. E considera que tem desvantagens para a mulher/casal? Se sim, quais?
5. Utiliza esta técnica com as grávidas/parturientes?
6. Em que situações (preparação para a parentalidade/trabalho de parto/pós parto)?
7. Onde aprendeu esta técnica?
8. Considera que existem entraves/limitações na sua utilização/aplicação? Quais? Por parte de quem?
9. Da sua experiência as mulheres/casais aderem bem a esta técnica? Justifique.
10. Qual o *feedback* da sua utilização que tem recebido por parte das mulheres/casais que utilizaram esta técnica durante o trabalho de parto?
11. Considera que é uma técnica que tem potencial de utilização? Se sim, em que contextos mais concretamente?
12. Quantas mulheres aderiram a esta técnica?

Parte 2 – Agradecimentos

AGRADECER: A colaboração e questionar se deseja acrescentar algo, dando a possibilidade ao entrevistado de completar informação sobre as questões que são objecto da entrevista.

SOLICITAR:

Email:

Telefone de contacto:

APÊNDICE V:

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA REALIZADA A EEESMO'S

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA REALIZADA A EEESMO'S DOS LOCAIS ONDE FORAM REALIZADOS OS ENSINOS CLÍNICOS I, II, III E IV.

1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA E DA POPULAÇÃO INQUIRIDA

TEMÁTICA EM AVALIAÇÃO: A utilização da técnica do *rebozo*

PERÍODO DA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS: de Setembro de 2015 a Março de 2016

NÚMERO TOTAL DE PERITOS QUESTIONADOS: 7 EEESMO's dos locais onde foram realizados os Ensinos Clínicos I, II, III e IV.

2. QUESTÕES COLOCADAS

1. CONHECE A TÉCNICA DO *REBOZO*?

TABELA 1 – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DA TÉCNICA DO *REBOZO*

	Sim	Não
CONHECE A TÉCNICA DO <i>REBOZO</i> ?	0 (100%)	7 (100%)

3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ao longo dos Ensinos Clínicos (I, II, III e IV) realizados neste 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foi minha preocupação compreender o que os peritos sabiam sobre a temática da técnica do *rebozo*, para que pudesse conhecer, compreender e aprender a executar na perfeição esta técnica, e para que pudessem partilhar comigo o conhecimento científico sobre a mesma. Já sabia que não é uma técnica usual, em particular em Portugal e que isso poderia ser uma dificuldade na implementação de um projeto desta natureza. Estes dados, vieram confirmar que de fato os EEESMO's, pelo menos dos locais por onde passei nestes Ensinos Clínicos, desconhecem esta técnica, e como tal não foi possível a partilha de informação por parte destes. Considero por exemplo, em contexto de cuidados de saúde na comunidade, em particular na preparação para a parentalidade, seria pertinente a EEESMO que é responsável e que conheci, ser detentora de um conhecimento mais aprofundado sobre esta temática para que

pudesse incentivar as mulheres para o seu recurso e para que aprendessem e até utilizassem posteriormente a nível hospitalar. Este poderá ser um dos passos a ter em consideração numa fase mais avançada da implementação da técnica do *rebozo* a nível hospitalar, fazendo a ponte com a mulher/casal, ainda na comunidade dando-lhe a possibilidade de escolher e utilizar esta técnica.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA REALIZADA AOS EEESMO'S DO SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS DO LOCAL DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA E DA POPULAÇÃO INQUIRIDA

TEMÁTICA EM AVALIAÇÃO: A utilização da técnica do *rebozo*

PERÍODO DA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS: de 6 de Novembro de 2015 a 18 de Maio de 2016

NÚMERO TOTAL DE PERITOS QUESTIONADOS: 23 EEESMO's (uma equipa de 28 EEESMO's) do serviço de BP do hospital da região a sul o Tejo

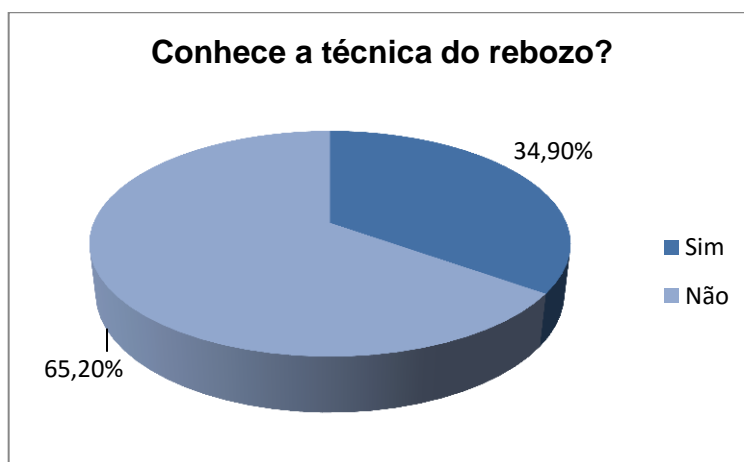
2. QUESTÕES COLOCADAS

1. CONHECE A TÉCNICA DO REBOZO?

TABELA 1 – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DA TÉCNICA DO REBOZO

	SIM	NÃO
CONHECE A TÉCNICA DO REBOZO?	8 (34,9%)	15 (65,2%)

GRÁFICO 1 – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DA TÉCNICA DO REBOZO



2. SABE COMO SE UTILIZA? (Dos 8 EEESMO's QUE CONHECEM A TÉCNICA)

TABELA 2 – CONHECIMENTO PRÁTICO DA TÉCNICA DO *REBOZO* SEGUNDO OS EEESMO's QUE MENCIONAM CONHECER O *REBOZO*

	SIM	NÃO
SABE COMO SE UTILIZA? (DOS 8 QUE CONHECEM A TÉCNICA)	5 (62,5%)	3 (37,5%)

GRÁFICO 2 – CONHECIMENTO PRÁTICO DA TÉCNICA DO *REBOZO* SEGUNDO OS EEESMO's QUE MENCIONAM CONHECER O *REBOZO*

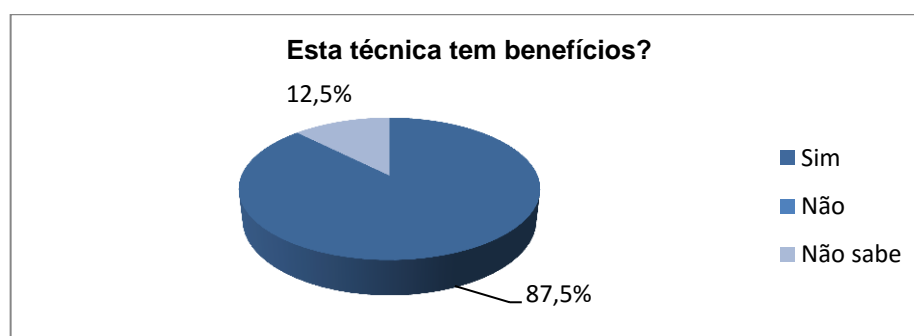


3. QUAL A SUA PERCEÇÃO SOBRE ESTA TÉCNICA? NA SUA OPINIÃO ESTA TÉCNICA TRAZ BENEFÍCIOS/VANTAGENS PARA A MULHER/CASAL? (Dos 8 EEESMO's QUE CONHECEM A TÉCNICA)

TABELA 3 – AVALIAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DA TÉCNICA DO *REBOZO* PELOS EEESMO's

	SIM	NÃO	NÃO SABE
ESTA TÉCNICA TEM BENEFÍCIOS? (DOS 8 QUE CONHECEM A TÉCNICA)	7 (87,5%)	0 (0%)	1 (12,5%)

GRÁFICO 3 – AVALIAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DA TÉCNICA DO *REBOZO* PELOS EEESMO´S



3.1. SE SIM, QUAIS? (Dos 7 EEESMO´S QUE CONSIDERAM QUE EXISTEM BENEFÍCIOS)

TABELA 4 – BENEFÍCIOS APONTADOS PELOS EEESMO´S QUE CONHECEM A TÉCNICA DO *REBOZO*

N.º DE EEESMO´S/% DE EEESMO´S (DE UM TOTAL DE 7 EEESMO´S)	BENEFÍCIOS DA TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>
2 (28,6%)	Massagem
1 (14,3%)	Relaxamento
6 (85,7%)	Alívio dos desconfortos/da dor/promoção do conforto na gravidez e TP
1 (14,3%)	Alívio das lombalgias na grávida, parturiente e puérpera
1(14,3%)	A mulher sente-se “aconchegada”, trazendo-lhe benefícios emocionais
6 (85,7%)	Permite rodar o feto em assinclitismo
2 (28,6%)	Permite oscilações da bacia que facilitam a descida do feto e como tal favorece o trabalho de parto; utilidade durante o trabalho de parto, gravidez e até mesmo no transporte do recém-nascido.
1 (14,3%)	Não sabe.

4. E CONSIDERA QUE TEM DESVANTAGENS PARA A MULHER/CASAL? (Dos 8 EEESMO'S QUE CONHECEM A TÉCNICA)

TABELA 5 – DESVANTAGENS DO REBOZO SEGUNDO OS EEESMO'S QUE CONHECEM A TÉCNICA

	SIM	NÃO	NÃO SABE
ESTA TÉCNICA TEM DESVANTAGENS PARA A MULHER/CASAL? (DOS 8 QUE CONHECEM A TÉCNICA)	3 (37,5%)	3 (37,5%)	2 (25%)

GRÁFICO 4 – DESVANTAGENS DO REBOZO SEGUNDO OS EEESMO'S QUE CONHECEM A TÉCNICA



4.1. SE SIM, QUAIS? (Dos 3 EEESMO'S QUE CONSIDERAM QUE EXISTEM DESVANTAGENS)

TABELA 6 – DESVANTAGENS IDENTIFICADAS PELOS EEESMO'S QUE CONHECEM O REBOZO E QUE CONSIDERAM EXISTIR DESVANTAGENS NA SUA UTILIZAÇÃO

N.º DE EEESMO'S/% DE EEESMO'S (DE UM TOTAL DE 3 EEESMO'S)	DESVANTAGENS DA TÉCNICA DO REBOZO
1 (33,3%)	Se mal utilizada pode provocar compromissos a nível do bem-estar materno-fetal.
1 (33,3%)	Se mal executada por pode provocar lesões músculo-esqueléticas ao EEESMO.
1 (33,3%)	A mulher/casal pode não gostar de ser tocada.
1 (33,3%)	Não pode ser utilizada se a mulher possuir cateter de analgesia epidural.

5. UTILIZA ESTA TÉCNICA COM AS GRÁVIDAS/PARTURIENTES?

TABELA 7 – UTILIZAÇÃO DO REBOZO NA PRÁTICA PROFISSIONAL DOS EEESMO´S QUE SABEM UTILIZAR ESTA TÉCNICA

	SIM	NÃO
UTILIZA ESTA TÉCNICA COM AS GRÁVIDAS/PARTURIENTES? (DOS 5 QUE SABEM UTILIZAR A TÉCNICA)	5 (100%)	0 (0%)

6. EM QUE SITUAÇÕES?

TABELA 8 – SITUAÇÕES EM QUE OS EESMO´S SABEM UTILIZAR O REBOZO E O UTILIZAM

N.º DE EEESMO´S/% DE EEESMO´S (DE UM TOTAL DE 5 EEESMO´S)	SITUAÇÕES EM QUE UTILIZARAM A TÉCNICA DO REBOZO
1 (20%)	Na gravidez.
1 (20%)	Preparação para a parentalidade
4 (80%)	No trabalho de parto, para alívio dos desconfortos/promoção do conforto.
1 (20%)	No pós-parto

7. ONDE APRENDEU ESTA TÉCNICA?

TABELA 9 – FONTE DE CONHECIMENTO SOBRE O REBOZO SEGUNDO OS EEESMO´S QUE CONHECEM A TÉCNICA

N.º DE EEESMO´S/% DE EEESMO´S (DE UM TOTAL DE 5 EEESMO´S)	ONDE/COM QUEM APRENDERAM A TÉCNICA DO REBOZO
2 (40%)	Na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
2 (40%)	Midwifery Today
1 (20%)	Enfermeira Núria Vives (no Curso Parir em Movimento)
1 (20%)	Autodidata

8. CONSIDERA QUE EXISTEM ENTRAVES/LIMITAÇÕES NA SUA UTILIZAÇÃO/APLICAÇÃO?

TABELA 10 – EXISTÊNCIA DE LIMITAÇÕES/ENTRAVES NA UTILIZAÇÃO/APLICAÇÃO DO REBOZO SEGUNDO OS EEESMO'S QUE CONHECEM A TÉCNICA

	SIM	NÃO	NÃO SABE
CONSIDERA QUE EXISTEM ENTRAVES/LIMITAÇÕES NA SUA UTILIZAÇÃO/APLICAÇÃO? (DOS 8 QUE CONHECEM A TÉCNICA)	5 (62,5%)	1 (12,5%)	2 (25%)

GRÁFICO 5 – EXISTÊNCIA DE LIMITAÇÕES/ENTRAVES NA UTILIZAÇÃO/APLICAÇÃO DO REBOZO SEGUNDO OS EEESMO'S QUE CONHECEM A TÉCNICA



8.1. QUAIS? POR PARTE DE QUEM?

TABELA 11 – IDENTIFICAÇÃO DAS LIMITAÇÕES/ENTRAVES NA UTILIZAÇÃO/APLICAÇÃO DO *REBOZO* SEGUNDO OS EEESMO'S QUE CONHECEM A TÉCNICA

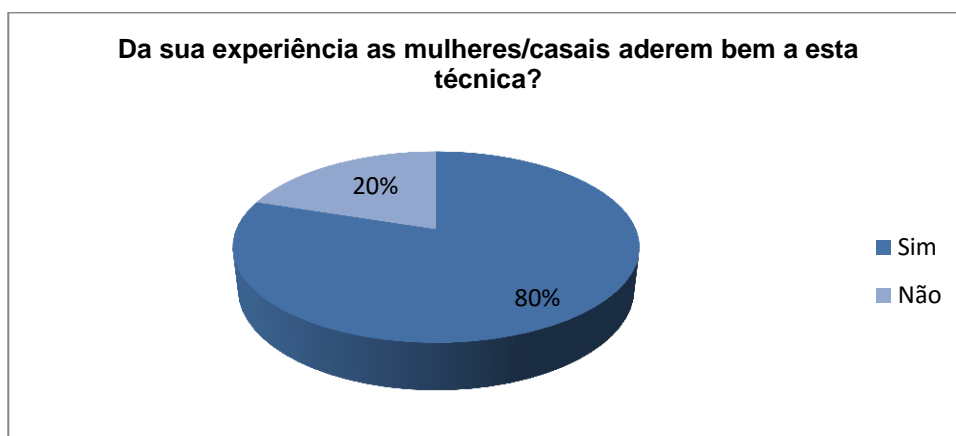
N.º DE EEESMO'S/% DE EEESMO'S (DE UM TOTAL DE 8 EEESMO'S)	LIMITAÇÕES/ENTRAVES NA UTILIZAÇÃO/APLICAÇÃO DA TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>
1 (12,5%)	Inexperiência na manipulação do <i>rebozo</i> .
2 (25%)	Inexistência de material com as características adequadas (<i>rebozo</i> em vez dos lençóis)/Recursos hospitalares inadequados para executar esta técnica (espaço, ganchos no teto).
1 (12,5%)	Nem toda a equipa de enfermagem é receptiva.
1 (12,5%)	Desmotivação própria e da equipa de enfermagem.
1 (12,5%)	Mulheres que já possuem cateter epidural e que queiram as medidas farmacológicas e não farmacológicas combinadas pode ser um entrave ao seu recurso, na medida em que não permite a utilização do <i>rebozo</i> na massagem na região lombar pela possível exteriorização do cateter epidural.
1 (12,5%)	Mulher pode não se adaptar a este método
2 (25%)	Mulheres não recetivas a esta técnica/ renitentes à sua utilização quando não conhecem esta técnica.
1 (12,5%)	Não se pode utilizar em todas as mulheres, mas naquelas que possuem condição física para a sua utilização particular do método em suspensão.
2 (25%)	Necessidade de apoio constante por parte do EEESMO na aplicação da técnica o que ser uma limitação em particular se estiver a prestar cuidados a mais de uma mulher em trabalho de parto.
1 (12,5%)	Poucos estudos da sua aplicação prática e potencialidades.
2 (25%)	Aumento da prática médica instrumentalizada no seu contexto de práticas.
2 (25%)	Não sabe.

9. DA SUA EXPERIÊNCIA AS MULHERES/CASAIS ADEREM BEM A ESTA TÉCNICA?

TABELA 12 – OPINIÃO DOS EEESMO´S QUE UTILIZAM O *REBOZO* QUANTO À ADESÃO DAS MULHERES A ESTA TÉCNICA

	SIM	NÃO
DA SUA EXPERIÊNCIA AS MULHERES/CASAIS ADEREM BEM A ESTA TÉCNICA?? (DOS 5 QUE CONHECEM A TÉCNICA)	4 (80%)	1 (20%)

GRÁFICO 6 – OPINIÃO DOS EEESMO´S QUE UTILIZAM O *REBOZO* QUANTO À ADESÃO DAS MULHERES A ESTA TÉCNICA



9.1. JUSTIFIQUE.

TABELA 13 – JUSTIFICAÇÃO DOS EEESMO´S QUE UTILIZAM O *REBOZO* QUANTO À RAZÃO OU NÃO DA ADESÃO DAS MULHERES A ESTA TÉCNICA

N.º DE EEESMO´S/% DE EEESMO´S (DE UM TOTAL DE 5 EEESMO´S)	JUSTIFICAÇÃO
2 (40%)	Casais mais receptivos a novas técnicas/medidas não farmacológicas no TP
2 (40%)	Referem bastante conforto/alívio dos desconfortos do TP.
1 (20%)	Mulheres que não conhecem a técnica são renitentes ao seu uso.

10. QUAL O *FEEDBACK* DA SUA UTILIZAÇÃO QUE TEM RECEBIDO POR PARTE DAS MULHERES/CASAS QUE UTILIZARAM ESTA TÉCNICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO?

TABELA 14 – *FEEDBACK* RECEBIDO E PERCEBIDO PELOS EEESMO’S QUANDO UTILIZAM A TÉCNICA DO REBOZO

N.º DE EEESMO’S/% DE EEESMO’S (DE UM TOTAL DE 5 EEESMO’S)	<i>FEEDBACK</i>
5 (100%)	Muito positivo: referem conforto, alívio dos desconfortos.
1 (20%)	Muito positivo: Nos assinclitismos ocorre diminuição dos desconfortos e promove um melhor posicionamento do feto.
1 (20%)	Muito positivo: os maridos sentem maior satisfação por poderem participar.

11. CONSIDERA QUE É UMA TÉCNICA QUE TEM POTENCIAL DE UTILIZAÇÃO?

TABELA 15 – OPINIÃO DOS EEESMO’S QUE CONHECEM O REBOZO QUANTO AO POTENCIAL DE UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA

	SIM	NÃO	NÃO SABE
CONSIDERA QUE É UMA TÉCNICA QUE TEM POTENCIAL DE UTILIZAÇÃO? (DOS 8 QUE CONHECEM A TÉCNICA)	7 (87,5%)	0 (0%)	1 (12,5%)

GRÁFICO 7 – OPINIÃO DOS EEESMO’S QUE CONHECEM O REBOZO QUANTO AO POTENCIAL DE UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA



11.1. SE SIM, EM QUE CONTEXTOS MAIS CONCRETAMENTE?

TABELA 16 – OPINIÃO DOS EEESMO'S QUE CONHECEM O REBOZO QUANTO AOS CONTEXTOS COM POTENCIAL PARA A SUA UTILIZAÇÃO

N.º DE EEESMO'S/% DE EEESMO'S (DE UM TOTAL DE 8 EEESMO'S)	CONTEXTOS DE APLICAÇÃO DA TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>
2 (25%)	A nível hospitalar.
3 (37,5%)	Na gravidez, TP (fase latente e fase ativa), parto e pós-parto.
1 (12,5%)	No TP.
1 (12,5%)	Em situações em que a mulher deseja um parto natural.
2 (25%)	Em situações em que o bebé se encontra com uma apresentação alta.
1 (12,5%)	Em situações em que o feto se encontra na variedade occipito-posterior
2 (25%)	Não sabe.

12. QUANTAS MULHERES ADERIRAM A ESTA TÉCNICA?

TABELA 17 – NÚMERO DE MULHERES QUE UTILIZARAM A TÉCNICA DO *REBOZO* POR EEESMO

N.º DE EEESMO'S	% DE EEESMO'S	MULHERES QUE ADERIRAM À TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>
1	20%	2
2	40%	3
1	20%	6
1	20%	30
Total		41

3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Estas entrevistas semi-estruturadas decorreram de forma informal entre 6 de novembro de 2015 e 18 de maio de 2016, no Bloco de Partos onde foi realizado o Estágio com Relatório, antes da ação de formação sobre a técnica do *rebozo*.

Nestas entrevistas colaboraram todos os EEESMO's desse serviço e que se encontravam a exercer funções nesse período de tempo. Foram assim estabelecidas conversas informais, tendo como suporte o guião de entrevista semi-estruturada elaborado para o efeito, com 23 EEESMO's, de um total de 28 que constitui a equipa de EEESMO's, na medida em que os restantes 5, se encontravam de licença de maternidade ou de atestado médico.

Dos 23 EEESMO's cerca de 53,6%, ou seja, mais de metade da equipa de EEESMO's desconhece esta técnica, e apenas 28,6% a conhecia. Apenas os 28,6% foram questionados acerca dos restantes aspetos em estudo. Assim, dessa amostra, 62,5% sabe utilizar esta técnica, os restantes apenas ouviram falar sobre a mesma. Desses mesmos EEESMO's 87,5% refere que esta técnica tem benefícios para a mulher/casal, nomeadamente: massagem, relaxamento, alívio dos desconfortos/dor; promoção do conforto na gravidez e trabalho de parto; alívio das lombalgias na grávida, parturiente e puérpera; promoção da sensação de aconchego trazendo-lhe benefícios emocionais; rotação do feto em assinclitismo, oscilações da bacia que facilitam a descida do feto e como tal favorece o trabalho de parto; e ainda utilidade durante o trabalho de parto, gravidez e até mesmo no transporte do recém-nascido. Como desvantagens, 37,5% desses EEESMO's apontam: a utilização incorreta do *rebozo* que pode resultar em compromissos a nível do bem-estar materno-fetal ou em lesões musculoesqueléticas ao EEESMO; e não pode ser um recurso em mulheres que não gostem de ser tocadas e/ou que possuam cateter de analgesia epidural.

Todos os EEESMO's que sabem utilizar a técnica do *rebozo*, utilizam esta técnica em grávidas/parturientes, e recorrem a esta nos seguintes contextos: gravidez (20%), preparação para a parentalidade (20%), no trabalho de parto para alívio dos desconfortos e promoção do conforto (80%), e ainda no pós-parto (20%). Os mesmos aprenderam a técnica: na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (40%), *Midwifery Today* (40%) e Curso Parir em Movimento (20%). 20% (que na

realidade representa 1 EEESMO), refere ser autodidata, tendo aprendido a técnica através de vídeos no *youtube* e de leitura na área.

Quando questionados relativamente aos entraves/limitações da aplicação desta técnica, 62,5% dos EEESMO's que conhecem a técnica referem que estes existem, 12,5% afirmam que não existem entraves e 25% não sabem.

Como principais entraves/limitações estes EEESMO's referem: inexperiência na manipulação do *rebozo*; inexistência de material com as características adequadas (*rebozo* em vez dos lençóis) e/ou inexistência de recursos hospitalares adequados para executar esta técnica, como seja espaço e ganchos no teto, por exemplo; nem toda a equipa de enfermagem é recetiva a mudanças e a novo conhecimento; a desmotivação de cada um aliado à desmotivação de toda a equipa de enfermagem; o fato de as mulheres que já possuem cateter epidural e que queiram as medidas farmacológicas e não farmacológicas combinadas constituir um entrave ao seu recurso, na medida em que esta técnica não permite a utilização do *rebozo* na massagem na região lombar pela possível exteriorização do cateter epidural; o fato de a mulher poder não se adaptar a este método; as mulheres podem não ser recetivas a esta técnica por não a conhecem esta técnica; a utilização em mulheres que apresentem condição física que consiga suportar por exemplo a suspensão com *rebozo*, ou outras posições; a necessidade de apoio constante por parte do EEESMO na aplicação da técnica o que ser uma limitação em particular se estiver a prestar cuidados a mais de uma mulher em trabalho de parto; a existência de poucos estudos da sua aplicação prática e potencialidades; por último o aumento da prática médica instrumentalizada no seu contexto de práticas, que influencia não só o recurso a esta técnica mas a outras técnicas não farmacológicas.

Todos os EEESMO's que já utilizaram esta técnica, referem ainda que o *feedback* das mulheres relativamente ao *rebozo* é bastante positivo, principalmente na promoção de conforto e alívio dos desconfortos. 20% acrescentam como impacto positivo a diminuição dos desconfortos e promoção de um melhor posicionamento do feto, nos assinclitismos e ainda o fato de ser uma técnica que possibilita a participação dos maridos/companheiros contribuindo para um sentimento de maior satisfação por poderem participar ativamente neste momento tão importante para o casal.

Quando questionados acerca das potencialidades deste técnica, 87,5% dos EEESMO's que conhecem a técnica consideram que tem potencialidades, principalmente a nível hospitalar e na gravidez, TP (fase latente e fase ativa), parto e pós-parto; e ainda em situações em que a mulher pretenda um parto natural, quando o feto se encontra com uma apresentação alta, e/ou em situações de variedade occipito posterior. 12,5% referem que não sabem o suficiente sobre a técnica para tirarem elações.

Relativamente ao número de mulheres que aderiram a esta técnica, os EEESMO's não apresentam números muito elevados de utilização. A sua utilização é muito díspar entre os EEESMO's havendo inclusive um EEESMO que refere ter utilizado esta técnica num número de mulheres (30) que excede em muito o somatório total de mulheres a que foi aplicado o *rebozo* pelos restantes EEESMO's utilizadores da técnica (11 mulheres).

No local de ER a técnica ainda é pouco conhecida e anteveem-se alguns entraves na sua implementação no seio da equipa, como sejam a desmotivação da equipa, as mulheres que recorrem a esse serviço, em trabalho de parto e que nunca ouviram falar da técnica, o próprio serviço que ainda não possui recursos para específicos para esta técnica e a questão do rácio enfermeiro/parturiente, que é importante na medida em que limita o recurso a este método que necessita de uma intervenção contínua e demorada. Por outro lado, e algo que pude constatar frequentemente, é recorrente as mulheres solicitarem analgesia por cateter epidural, o que, tal como apontado, limita o recurso a esta técnica, ou pelo menos a sua aplicação na região lombar, podendo contudo ser utilizado em outras zonas do corpo da parturiente. Os peritos consideram que é um recurso válido e com potencialidades a nível hospitalar, que promove o conforto no trabalho de parto, devendo contudo ser estudado mais profundamente.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS EEESMO'S DO BP DE UM HOSPITAL DA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL

1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA E DA POPULAÇÃO INQUIRIDA

TEMÁTICA EM AVALIAÇÃO: A utilização da técnica do *rebozo*

PERÍODO DA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS: de 18 de Julho de 2015 a 22 de Agosto de 2016

NÚMERO TOTAL DE PERITOS QUESTIONADOS: 23 EEESMO's (uma equipa de 23 EEESMO's e uma enfermeira generalista) do serviço de BP do hospital da região norte do país.

2. QUESTÕES COLOCADAS

1. CONHECE A TÉCNICA DO *REBOZO*?

TABELA 1 – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DA TÉCNICA DO *REBOZO*

	SIM	NÃO
CONHECE A TÉCNICA DO <i>REBOZO</i> ?	23 (100%)	0 (0%)

2. SABE COMO SE UTILIZA?

TABELA 2 – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DA UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DO *REBOZO*

	SIM	NÃO
SABE COMO SE UTILIZA?	23 (100%)	0 (0%)

3. QUAL A SUA PERCEÇÃO SOBRE ESTA TÉCNICA? NA SUA OPINIÃO ESTA TÉCNICA TRAZ BENEFÍCIOS/VANTAGENS PARA A MULHER/CASAL?

TABELA 3 – AVALIAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DA TÉCNICA DO *REBOZO* SEGUNDO OS EEESMO'S QUE A UTILIZAM

	SIM	NÃO
ESTA TÉCNICA TEM BENEFÍCIOS?	100 (100%)	0 (0%)

3.1. SE SIM, QUAIS?

TABELA 4 – IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFÍCIOS DA TÉCNICA DO *REBOZO* SEGUNDO OS EEESMO'S QUE A UTILIZAM

N.º DE EEESMO'S	% DE EEESMO'S	BENEFÍCIOS DA TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>
23	100%	Massagem
23	100%	Relaxamento
23	100%	Alívio dos desconfortos/da dor/promoção do conforto na gravidez e TP

4. É CONSIDERA QUE TEM DESVANTAGENS PARA A MULHER/CASAL?

TABELA 5 – DESVANTAGENS DA TÉCNICA DO *REBOZO* SEGUNDO OS EEESMO'S QUE A UTILIZAM

	SIM	NÃO
ESTA TÉCNICA TEM DESVANTAGENS PARA A MULHER/CASAL?	23 (100%)	0(100%)

4.1. SE SIM, QUAIS?

TABELA 6 – IDENTIFICAÇÃO DAS DESVANTAGENS DA TÉCNICA DO *REBOZO* SEGUNDO OS EEESMO'S QUE A UTILIZAM

N.º DE EEESMO'S	% DE EEESMO'S	DESVANTAGENS DA TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>
10	43,5%	Necessário apoio contínuo e um rácio EEESMO/mulher de 1:1.
10	43,5%	A mulher deverá conhecer a técnica para que seja aplicada em contexto de TP.

5. UTILIZA ESTA TÉCNICA COM AS GRÁVIDAS/PARTURIENTES?

TABELA 7– UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA PELOS EEESMO'S

	SIM	NÃO
UTILIZA ESTA TÉCNICA COM AS GRÁVIDAS/PARTURIENTES?	23 (100%)	0 (0%)

6. EM QUE SITUAÇÕES?

TABELA 8 – SITUAÇÕES EM QUE A TÉCNICA DO *REBOZO* FOI UTILIZADA PELOS EEESMO'S

N.º DE EEESMO'S	% DE EEESMO'S	SITUAÇÕES EM QUE UTILIZARAM A TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>
23	100%	Preparação para a parentalidade
23	100%	No trabalho de parto, para alívio dos desconfortos/promoção do conforto.

7. ONDE APRENDEU ESTA TÉCNICA?

TABELA 9 – ONDE/COM QUEM OS EEESMO'S APRENDERAM ESTA TÉCNICA

N.º DE EEESMO'S	% DE EEESMO'S	ONDE/COM QUEM APRENDERAM A TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>
3	13,0%	Na Escola Superior de Enfermagem do Porto
20	87,0%	Formação em serviço

8. CONSIDERA QUE EXISTEM ENTRAVES/LIMITAÇÕES NA SUA UTILIZAÇÃO/APLICAÇÃO?

TABELA 10 – AVALIAÇÃO DAS LIMITAÇÕES/ENTRAVES DA APLICAÇÃO DESTA TÉCNICA PELOS EEESMO'S

	SIM	NÃO
CONSIDERA QUE EXISTEM ENTRAVES/LIMITAÇÕES NA SUA UTILIZAÇÃO/APLICAÇÃO?	10 (43,5%)	13 (56,5%)

8.1. QUAIS? POR PARTE DE QUEM?

TABELA 11 – LIMITAÇÕES/ENTRAVES NA UTILIZAÇÃO/APLICAÇÃO DA TÉCNICA DO *REBOZO*

N.º DE EEESMO'S	% DE EEESMO'S	LIMITAÇÕES/ENTRAVES NA UTILIZAÇÃO/APLICAÇÃO DA TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>
10	43,5%	Inexperiência na manipulação do <i>rebozo</i> .
10	43,5%	Mulher pode não se adaptar a este método
10	43,5%	Mulheres não recetivas a esta técnica/ renitentes à sua utilização quando não conhecem esta técnica.
10	43,5%	Necessidade de apoio constante por parte do EEESMO na aplicação da técnica o que ser uma limitação em particular se estiver a prestar cuidados a mais de uma mulher em trabalho de parto.

9. DA SUA EXPERIÊNCIA AS MULHERES/CASAIS ADEREM BEM A ESTA TÉCNICA?

TABELA 12 – AVALIAÇÃO DA ADESÃO DESTA TÉCNICA POR PARTE DAS MULHERES, SEGUNDO OS EEESMO'S

	SIM	NÃO
DA SUA EXPERIÊNCIA AS MULHERES/CASAIS ADEREM BEM A ESTA TÉCNICA?	23 (100%)	0 (0%)

9.1. JUSTIFIQUE.

TABELA 13 – JUSTIFICAÇÃO DA ADESÃO DA MULHER/CASAL À TÉCNICA DO *REBOZO*

N.º DE EEESMO'S	% DE EEESMO'S	JUSTIFICAÇÃO
10	43,5%	Conhecem a técnica do <i>rebozo</i> nas sessões de preparação para a parentalidade
10	43,5%	As mulheres referem alívio dos desconfortos da gravidez/TP e relaxamento.

10. QUAL O *FEEDBACK* DA SUA UTILIZAÇÃO QUE TEM RECEBIDO POR PARTE DAS MULHERES/CASAIS QUE UTILIZARAM ESTA TÉCNICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO?

TABELA 14 – *FEEDBACK* DA UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DO *REBOZO*

N.º DE EEESMO'S	% DE EEESMO'S	FEEDBACK
10	43,5%	Muito positivo: referem conforto, alívio dos desconfortos.
10	43,5%	Muito positivo: referem relaxamento.

11. CONSIDERA QUE É UMA TÉCNICA QUE TEM POTENCIAL DE UTILIZAÇÃO?

TABELA 15 – POTENCIAL DE UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DO *REBOZO*

	SIM	NÃO
CONSIDERA QUE É UMA TÉCNICA QUE TEM POTENCIAL DE UTILIZAÇÃO?	23 (100%)	0 (100%)

11.1. SE SIM, EM QUE CONTEXTOS MAIS CONCRETAMENTE?

TABELA 16 – CONTEXTOS DE APLICAÇÃO DA TÉCNICA DO *REBOZO*

N.º DE EEESMO´s	% DE EEESMO´s	CONTEXTOS DE APLICAÇÃO DA TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>
10	43,5%	A nível hospitalar.
10	43,5%	Na preparação para a parentalidade.
10	43,5%	No TP.
10	43,5%	Em situações em que a mulher deseja um parto natural.

12. QUANTAS MULHERES ADERIRAM A ESTA TÉCNICA?

TABELA 17 – MULHERES QUE ADERIRAM À TÉCNICA DO *REBOZO* POR EEESMO

N.º DE EEESMO´s	% DE EEESMO´s	MULHERES QUE ADERIRAM À TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>	MÉDIA MULHERES QUE ADERIRAM À TÉCNICA DO <i>REBOZO</i>
23	100%	Referem que aplicam, mas não contabilizam números.	??? (por EEESMO)

3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Estas entrevistas semi-estruturadas foram realizadas no âmbito de um estágio de observação participativa, realizado durante uma semana, no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos de um hospital da região norte do país. A equipa de prestação de cuidados é constituída por cerca de 23 enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia, possuindo apenas um elemento de momento que não é detentor desse título. A equipa é relativamente jovem e defende o parto natural e, como tal as medidas não farmacológicas no controlo da dor/desconfortos no trabalho de parto.

Quando questionadas sobre a técnica do *rebozo*, constatei que toda a equipa de enfermagem detinha conhecimento sobre esta temática. As colegas explicaram que a técnica do *rebozo* foi implementada, como projeto, em Agosto de 2013, sendo uma temática que foi abordada em formação em serviço a todos os membros da equipa, de modo que todos (100%), têm conhecimentos sobre esta técnica, sabem utilizá-la e recorrem a esta na sua prestação de cuidados. Toda a equipa considera que de fato esta técnica apresenta benefícios para as mulheres, mas vêm a sua

principal utilidade na massagem, relaxamento e alívio dos desconfortos/da dor e como tal na promoção do conforto na gravidez e trabalho de parto.

Porém apontaram desvantagens desta técnica. Assim 43,5% da equipa apontam como desvantagem a necessidade de apoio contínuo da mulher com a aplicação desta técnica, mantendo um rácio EEESMO/mulher de 1:1. Referem ainda, 43,5% dos EEESMO's, como desvantagem o fato de não poderem aplicar a técnica em trabalho de parto se a mulher a desconhecer.

Os EEESMO's deste serviço utilizam, todos, esta técnica na preparação para a parentalidade, no curso que ministram às grávidas no hospital, e em trabalho de parto.

Cerca de 13% dos EEESMO's adquiriram formação nesta área em contexto académico, tendo posteriormente pesquisado informação junto de algumas fontes (livro da Naoli Vinaver e vídeos no *youtube*), tendo posteriormente partilhado a informação em sessões de formação de serviço com a restante equipa (cerca de 87% dos EEESMO's).

Da equipa de EEESMO's, 43,5% considera que existem entraves/limitações para a sua aplicação, referindo a inexperiência na manipulação do *rebozo*, o fato de as mulheres não se adaptarem a esta técnica e/ou não se encontrarem receptivas à sua utilização pelo seu desconhecimento sobre a técnica e a necessidade de apoio constante por parte do EEESMO na aplicação da técnica o que constitui uma limitação em particular se estiver a prestar cuidados a mais de uma mulher em trabalho de parto.

Apesar de alguns entraves para a sua aplicação toda a equipa referiu uma boa adesão por parte da mulher/casal a esta técnica, no entanto apenas a sugerem a quem já a conhece e/ou fez preparação para a parentalidade (onde é ensinada esta técnica). As colegas realçam que a adesão por parte da mulher/casal é muito positiva, contribuindo para o efeito o fato destes conhecerem a técnica do *rebozo* nas sessões de preparação para a parentalidade, e o fato das mulheres referirem alívio dos desconfortos da gravidez/TP e relaxamento.

43,5% dos EEESMO's referem que esta técnica tem um efeito bastante positivo sobre as mulheres/casais, referindo conforto e relaxamento após a sua aplicação.

A equipa considera que esta medida não farmacológica tem potencial de utilização e 43,5% dos EEESMO'S consideram que pode ser utilizada a nível hospitalar, na preparação para a parentalidade, no trabalho de parto e/ou em situações que a mulher pretenda um parto natural.

Porém, quando questionadas acerca de um número de mulheres às quais aplicaram esta técnica, estas colegas não sabem dizer, referindo no entanto que é algo ainda pouco utilizado, recorrendo esporadicamente a esta técnica, uma vez que está muito dependente da vontade da mulher para o recurso a medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto, referindo inclusive que a maioria das mulheres ainda pretende um trabalho de parto deitada. Consideram porém que esta técnica é muito utilizada na preparação para a parentalidade, fato que pude constatar, verificando que em duas sessões para a parentalidade, a que pude assistir e participar, aplicamos a técnica do *rebozo* a um total de 32 mulheres.

Considero que as colegas apresentam um bom conhecimento sobre esta técnica e socorreram-se de boas estratégias para a sua implementação, mas de fato não é muito utilizada em trabalho de parto, sendo preferencialmente usada em sessões de preparação para a parentalidade. É uma técnica que implica tempo por parte dos EEESMO's e adesão por parte das mulheres para que possa ser utilizada, mas que de fato traz benefícios para a mulher em termos de conforto/alívio dos desconfortos e relaxamento, tendo um efeito benéfico e positivo sobre a mulher/casal e trabalho de parto.

APÊNDICE VI:

PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO REALIZADA NO BP DO HOSPITAL DA REGIÃO
A SUL DO TEJO

PLANO DE SESSÃO

AÇÃO DE FORMAÇÃO REALIZADA NO BP DO HOSPITAL DA REGIÃO A SUL DO TEJO

DESIGNAÇÃO DO CICLO FORMATIVO: “Estratégias para a promoção de conforto ao longo do trabalho de parto e parto”

DESIGNAÇÃO DA AÇÃO: “A utilização da técnica do *rebozo* no 1.º estágio de Trabalho de Parto” (**PROJETO DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO**)”

FINALIDADE: Apresentação do projeto aos enfermeiros discussão da temática do *rebozo*.

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros do Bloco de Partos do Hospital da região sul de Lisboa (local do ER)

LOCAL DE INTERVENÇÃO: Sala de Formação do Hospital da região sul de Lisboa (local do ER)

DATA: de 19 de Maio de 2016.

DURAÇÃO: 45 minutos.

FORMADORA: Enfermeira Vera Oliveira.

OBJETIVOS: (1) Apresentar o tema do projeto e importância das medidas não farmacológicas no TP; (2) Partilhar o conhecimento adquirido sobre a técnica do *rebozo* (3) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática e aplicação da técnica do *rebozo* em contexto hospitalar.

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos
(1). Apresentar o tema do projeto e importância das medidas não farmacológicas no TP	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução ao tema • O projeto/temática • Finalidade do projeto • Medidas de alívio da dor no TP • Componente científica – Teoria do Conforto. 	Método expositivo	Data Show Computador
(2). Partilhar o conhecimento adquirido sobre a técnica do <i>rebozo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • O <i>rebozo</i> • A Técnica do <i>rebozo</i> 	Método expositivo Discussão em grupo	Data Show Computador <i>Rebozos</i> Livro sobre a técnica do <i>Rebozo</i> Artigo sobre <i>Rebozo</i>
(3) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática e aplicação da técnica do <i>rebozo</i> em contexto hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> • A técnica do <i>Rebozo</i> • Praticando a Técnica do <i>Rebozo</i>; • Conclusão 	Método expositivo Discussão em grupo Demonstração de técnicas de manipulação do <i>Rebozo</i>	Data Show Computador Videos <i>Rebozos</i> Livro sobre a técnica do <i>Rebozo</i> Artigo sobre <i>Rebozo</i> Bola de Pilates

APÊNDICE VII:

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

DESIGNAÇÃO DO CICLO FORMATIVO: “Estratégias para a promoção de conforto ao longo do trabalho de parto e parto”

DESIGNAÇÃO DA AÇÃO: “A utilização da técnica do *rebozo* no 1.º estágio de Trabalho de Parto”

DATA (S): 2016/05/19

DURAÇÃO: 11h15m/12h00m

NÚMERO TOTAL DE PARTICIPANTES: 18 (3 enfermeiras generalistas; 2 alunas EEESMO, 12 EEESMO’s, 1 Enfermeira Chefe).

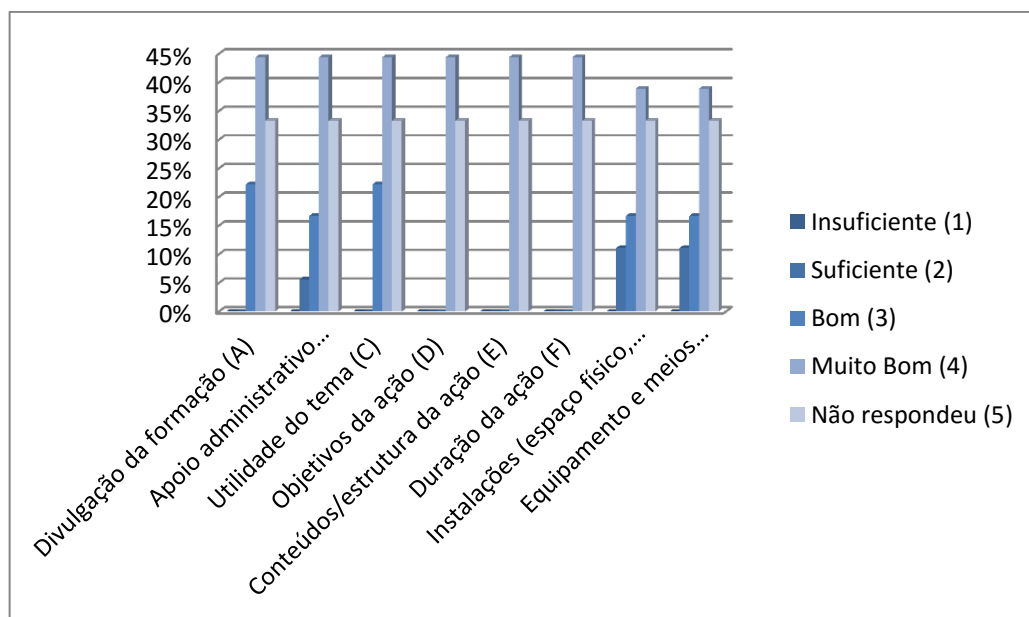
2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO

2.1. AVALIAÇÃO DA AÇÃO

TABELA 1 – AVALIAÇÃO DA GLOBALIDADE DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

ITENS DE AVALIAÇÃO	INSUFICIENTE (1)	SUFICIENTE (2)	BOM (3)	MUITO BOM (4)	NÃO RESPONDEU (5)
DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO (A)	0 (0%)	0 (0%)	4 (22,2%)	8 (44,4%)	6 (33,3%)
APOIO ADMINISTRATIVO (INSCRIÇÕES E INFORMAÇÕES) (B)	0 (0%)	1 (5,6)	3 (16,7%)	8 (44,4%)	6 (33,3%)
UTILIDADE DO TEMA (C)	0 (0%)	0 (0%)	4 (22,2%)	8 (44,4%)	6 (33,3%)
OBJETIVOS DA AÇÃO (D)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (44,4%)	6 (33,3%)
CONTEÚDOS/ESTRUTURA DA AÇÃO (E)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (44,4%)	6 (33,3%)
DURAÇÃO DA AÇÃO (F)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (44,4%)	6 (33,3%)
INSTALAÇÕES (ESPAÇO FÍSICO, MOBILIÁRIO, ...) (G)	0 (0%)	2 (11,1%)	3 (16,7%)	7 (38,9%)	6 (33,3%)
EQUIPAMENTO E MEIOS AUDIOVISUAIS (H)	0 (0%)	2 (11,1%)	3 (16,7%)	7 (38,9%)	6 (33,3%)

GRÁFICO 1 – AVALIAÇÃO DA GLOBALIDADE DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

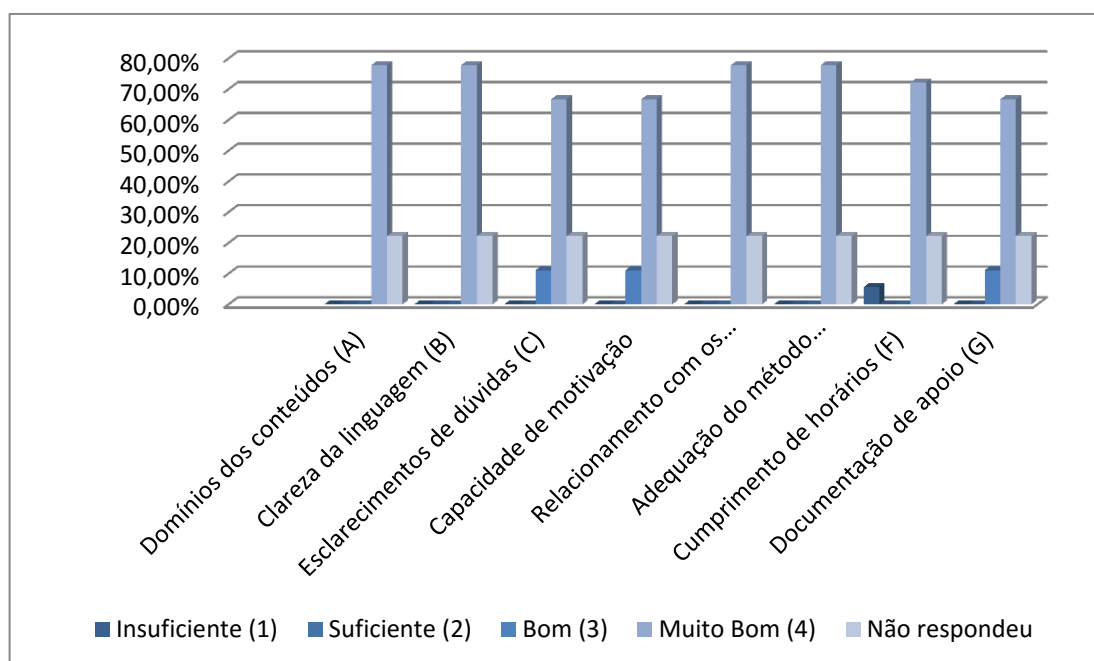


2.2. AVALIAÇÃO DO FORMADOR:

TABELA 2 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO FORMADOR

ITENS DE AVALIAÇÃO	INSUFICIENTE (1)	SUFICIENTE (2)	BOM (3)	MUITO BOM (4)	NÃO RESPONDEU (5)
DOMÍNIOS DOS CONTEÚDOS (A)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (77,8%)	4 (22,2%)
CLAREZA DA LINGUAGEM (B)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (77,8%)	4 (22,2%)
ESCLARECIMENTOS DE DÚVIDAS (C)	0 (0%)	0 (0%)	2 (11,1%)	12 (66,7%)	4 (22,2%)
CAPACIDADE DE MOTIVAÇÃO	0 (0%)	0 (0%)	2 (11,1%)	12 (66,7%)	4 (22,2%)
RELACIONAMENTO COM OS FORMANDOS (D)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (77,8%)	4 (22,2%)
ADEQUAÇÃO DO MÉTODO PEDAGÓGICO (E)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (77,8%)	4 (22,2%)
CUMPRIMENTO DE HORÁRIOS (F)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (72,2%)	4 (22,2%)
DOCUMENTAÇÃO DE APOIO (G)	0 (0%)	0 (0%)	2 (11,1%)	12 (66,7%)	4 (22,2%)

GRÁFICO 2 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO FORMADOR

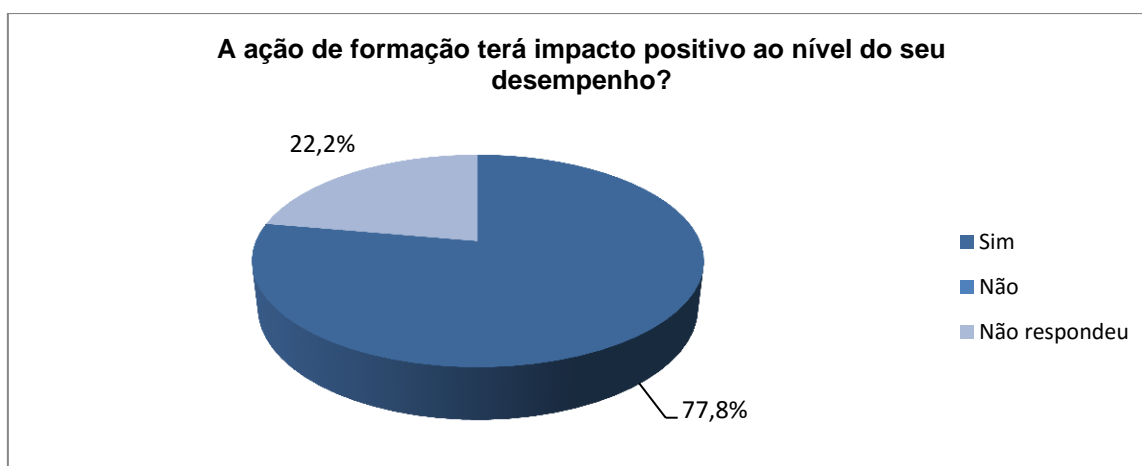


2.3. IMPACTO DA FORMAÇÃO

TABELA 3 – IMPACTO DA FORMAÇÃO PARA OS FORMANDOS

	SIM	NÃO	NÃO RESPONDEU
A AÇÃO DE FORMAÇÃO TERÁ IMPACTO POSITIVO AO NÍVEL DO SEU DESEMPEÑO?	14 (77,8%)	0 (0%)	4 (22,2%)

GRÁFICO 3 – IMPACTO DA FORMAÇÃO PARA OS FORMANDOS



JUSTIFICAÇÃO:

TABELA 4 – JUSTIFICAÇÃO DO IMPACTO DA FORMAÇÃO PARA OS FORMANDOS

N.º DE PARTICIPANTES	JUSTIFICAÇÃO
2 (11,1%)	Melhoria da prestação de cuidados
1 (5,6%)	Temática aplicável na prática de cuidados
1 (5,6%)	Implementação de procedimentos de melhoria do conforto para a mulher/parturiente
2 (11,1%)	Aquisição de novo conhecimento
2 (11,1%)	Maior motivação para utilizar esta técnica no BP
10 (55,6%)	Não responderam

SUGESTÕES/OBSERVAÇÕES:

TABELA 4 – SUGESTÕES/OBSERVAÇÕES PARA FORMAÇÕES FUTURAS

N.º DE PARTICIPANTES	SUGESTÃO/OBSERVAÇÃO
1 (5,6%)	Formação teórico/prática para todos os EEESMO's
1 (5,6%)	Tema inovador, adequado segundo a evidência científica para ser utilizado de modo a contribuir para o conforto da mulher durante o processo reprodutivo. Sendo assim é sempre uma mais valia adquirir conhecimentos neste campo.
16 (88,9%)	Não responderam

3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A presente ação de formação decorreu no âmbito do Estágio com Relatório que decorreu no Bloco de Partos de uma Hospital na região sul da grande Lisboa. A ação de formação, intitulada de “A utilização da técnica do *rebozo* no 1.º estágio de Trabalho de Parto” decorreu em conjunto com outras ações de formação, constituindo o ciclo formativo sobre “Estratégias para a promoção de conforto ao longo do trabalho de parto e parto”.

Este ciclo formativo tinha como destinatários os enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia e enfermeiros generalistas do Bloco de Partos desse hospital. Neste ciclo formativo decorreram ações de formação com as seguintes temáticas:

1 - Estratégias de prevenção e controlo de infeção (ação dada por enfermeiros do serviço);

2 - O conforto de parir em movimento: intervenção do ESMO (ação dada por colega do 6.º Curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia);

3 – Projeto maternidade com qualidade – apresentação e reflexão sobre os dados de 2014-2015 (ação dada por EEESMO's do BP).

4 - E por último, foi abordada a temática do *rebozo*, apresentada por mim, aproveitando a ocasião para sucintamente expor o projeto de estágio e partilhar os conhecimentos sobre esta temática, numa sessão teórico-prática.

A avaliação da ação de formação foi realizada pelos formandos tendo em consideração a “Ficha de avaliação pelo formando”, documento em uso na instituição para esse mesmo efeito, e utilizada para efetuar a análise e avaliação desta mesma ação ministrada por mim. As folhas foram entregues pela responsável da “pasta da formação” do Bloco de Partos no final da formação e foram preenchidas pelas participantes. Verificando não só as presenças, mas também as folhas preenchidas verifiquei que, dos 28 EEEMO's desse serviço, apenas 12 compareceram a esta ação de formação. Compareceram ainda a Enfermeira Chefe do Bloco de Partos, 3 enfermeira generalistas e 2 alunas da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia, o que fez um total de 18 participantes. Destes 18, nem todos entregaram as folhas de presença, aliás verifiquei, que alguns tiveram de se ausentar, ou por se encontrarem na prestação de cuidados ou por o ciclo formativo ter já terminado depois da hora prevista.

Considerando o documento de avaliação da ação formativa foram avaliados 2 aspetos principais, de 1 a 4 (1-Insuficiente, 2-Suficiente, 3- Bom, 4- Muito Bom). Foi avaliada assim a formação e o desempenho do formador.

Relativamente à avaliação da ação, nem todos os que preencheram esse documento avaliaram este aspeto. De uma forma geral, cerca de 44,4% classificaram como “Muito Bom” os itens referentes à divulgação da formação, o apoio administrativo (inscrições e informações), utilidade do tema, objetivos da formação, conteúdos/estrutura da formação e duração da ação. No entanto, 22,2% consideram que a divulgação da formação, o apoio administrativo e a utilidade do tema de apenas “Bom”, e 5,6% consideram “Suficiente” a apoio administrativo. Relativamente às instalações (espaço físico, mobiliário) e equipamentos audiovisuais, cerca de 38,9% classificou como “Muito Bom”, mas 16,7% como “Bom” e 11,1% como “Suficiente”.

Este critério avalia itens que se encontram na sua maioria, relacionados com aspectos do espaço da formação, e que não dependem do formador, mas da

instituição, pelo que me ultrapassaram. Verifiquei no entanto, que de fato a sala de formação é aceitável, mas não a mais confortável para as acções de formação, nem a mais adequada a sessões teórico-práticas. O tempo da formação, apesar de ter sido cumprido na íntegra por mim, não foi cumprido, no entanto a hora de início, aspeto que não dependeu de mim, uma vez que decorreu, antes da minha, uma acção de formação que ultrapassou o tempo previsto. Como consequência a minha intervenção começou e terminou mais tarde, algo que pode ter influenciado a participação dos EEESMO's e restante equipa de enfermagem, nesta acção de formação e como resultado, também a não avaliação desta acção por parte de alguns formandos. O fato de ter sido a última interveniente, por si, também não é um aspeto favorável para a participação dos formandos, que, estavam já desde as 8h30m em formação, acabando por se sentirem saturados e pouco disponíveis para permanecer num local fechado e pouco confortável.

Relativamente ao meu desempenho nesta acção de formação, 77,8% dos participantes classificaram como "Muito Bom" nos itens relativos a: domínio dos conteúdos, clareza de linguagem, relacionamentos com os formandos e adequação do método pedagógico. Nos itens relacionados com o esclarecimento de dúvidas, capacidade de motivação e documentação de apoio, 66,7% classificaram como "Muito Bom" e 11,1% como "Bom". No item relativo ao cumprimento de horários 72,2% classificou como "Muito Bom" e 5,6% classificou como "Insuficiente". Dos participantes, 22,2% não responderam.

Relativamente à documentação de apoio, gostaria de acrescentar, e apesar de 11,1% ter classificado como Bom, que quer o artigo da revisão baseado numa revisão sistemática da literatura, como o livro "A técnica do *rebozo* revelada" e ainda *rebozos* originais, foram levados para partilhar os conhecimentos disponível na actualidade. Não foram elaborados panfletos para distribuir pelos EEESMO's por considerar que a temática do *rebozo* vai para além de um mero folheto informativo, sendo mais de componente prática, que teórica. Porém, e é algo que pretendo fazer, será dado ao serviço em questão um livro de apoio, igual ao revelado na acção de formação, mas, por ainda não se encontrar à venda em Portugal, esta aquisição está ainda dificultada. Reforço, que apesar de 5,6% dos formandos ter classificado como Insuficiente o cumprimento de horários, reforço que, a minha acção foi a última e

como tal, dependente das restantes, cumprindo no entanto os 45 minutos que me estavam destinados de duração da ação.

Quando indagados sobre o impacto da formação a nível do seu desempenho, 77,8% referem que esse impacto foi positivo, verificando-se no entanto que 22,2% não responderam. Os participantes justificam o impacto positivo referindo que se trata de uma temática aplicável e que pressupõe a melhoria da prestação de cuidados especializados, em particular na promoção do conforto para a mulher/parturiente, acrescentando que esta ação acrescentou novo conhecimento e aumentou a motivação para utilização deste técnica por quem já a conhecia.

Como sugestões/observações reforçaram a importância desta temática, defendendo que se trata de um tema inovador, adequado segundo a evidência científica para ser utilizado de modo a contribuir para o conforto da mulher durante o processo reprodutivo, constituindo uma mais valia aventando a necessidade da realização de mais sessões teórico-práticas para todos os EEESMO's do serviço.

Com esta ação de formação considero que foram mobilizados conhecimentos, partilhando a evidência científica actual sobre uma temática pouco conhecida e pouco estudada, contribuindo para a sua divulgação e para a melhoria de cuidados especializados na área da saúde materna e obstétrica. Foram deste modo adquiridas e desenvolvidas competências de formação pela promoção de momentos de aprendizagem, não só teóricos mas também práticos; e de comunicação pela necessidade de compreensão e divulgação dos conteúdos científicos.

APÊNDICE VIII:

ESQUEMA DA NOTA DE CAMPO UTILIZADA NO ER

**VI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA**

DIÁRIO DE CAMPO

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

DATA: ___ / ___ / ___

DADOS DA GRÁVIDA

Idade
Escolaridade
Altura
Peso:
Antecedentes Obstétricos:

Antecedentes Pessoais:

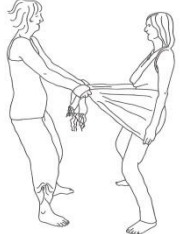


Antecedentes Cirúrgicos:




DADOS DA TP E PARTO


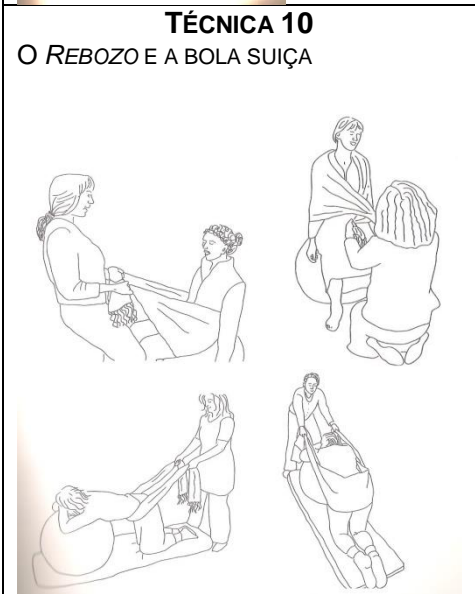
Duração do TP:
Duração do Parto:
Tipo de parto:
Complicações:


DADOS RELATIVOS AO USO DA TÉCNICA DO REBOZO

Sensações associadas à utilização da técnica do *rebozo*
Sentiu satisfação?
Sentiu alívio/conforto?
Contribuiu para uma boa experiência no 1.º estágio do TP?
Gostaria de repetir a sua utilização?
Aconselhava a alguém?

TÉCNICAS E <i>REBOZO</i>	APLICAÇÃO:	OBJETIVO	VARIANTE	USADO QUANDO	OPINIÃO UTENTE
<p>TÉCNICA 1 MOVIMENTO EM POSIÇÃO DE PÉ</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a gravidez; • No trabalho de parto, na fase de dilatação. 	Relaxamento da parte inferior das costas e da região pélvica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Massagem completa das costas 2. Massagem da cintura 3. Cruzando o <i>Rebozo</i> 		
<p>TÉCNICA 2 MASSAGEM DAS COSTAS - ACONCHEGO SENTADA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a gravidez; • No <u>trabalho de parto</u>, na fase de dilatação. 	Relaxamento das costas e do tronco.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ombros 2. Região superior das costas 3. Cintura 4. Região inferior das costas e nádegas 5. Com dois <i>Rebozos</i> 		
<p>TÉCNICA 3 MASSAGEM DAS COSTAS - POSIÇÃO DEITADA DE LADO</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a gravidez; • No <u>trabalho de parto</u>, na fase de dilatação – em particular quando a mulher não consegue deitar-se de costas. 	Relaxamento geral	(Não aplicável)		
<p>TÉCNICA 4 MASSAGEM DA BARRIGA - ACONCHEGO DE PÉ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a gravidez; • No <u>trabalho de parto</u>, na fase de dilatação. 	Relaxamento da região pélvica e do assoalhado	(Não aplicável)		

		pélvico			
<p>TÉCNICA 5 MASSAGEM DA BARRIGA – EM QUATRO APOIOS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a gravidez; • No <u>trabalho de parto</u>, na fase de dilatação. 	<p>Relaxamento da pelve e do assoalhado pélvico; Relaxamento da parte inferior das costas; Embalar o bebé dentro da barriga.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentada na cadeira; 2. Em pé. 		
<p>TÉCNICA 6 MASSAGEM DA PELVE – ACONCHEGO EM POSIÇÃO DEITADA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Durante a gravidez</u>; • No <u>trabalho de parto</u>, na fase de dilatação. 	<p>Relaxamento amplo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevar 2. Cruzar 		
<p>TÉCNICA 7 MASSAGEM DO QUADRIL – EM QUATRO APOIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a gravidez; • No <u>trabalho de parto</u>, na fase de dilatação. 	<p>Relaxamentos do assoalhado pélvico e do quadril Apoio durante a fase expulsiva.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoio aos “puxos” durante o trabalho de parto; 2. Deitada de lado 3. “Bombom” 		

					
<p>TÉCNICA 10 O REBOZO E A BOLA SUIÇA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a gravidez; • No <u>trabalho de parto</u>, <u>na fase de dilatação</u>. 	<p>Relaxamento assoalhado pélvico e região da pelve.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Massagem em posição sentada sobre a bola suíça com os braços dentro ou fora do <i>Rebozo</i> (costas, cintura e nádegas); 2. Massagem em posição de apoio sobre a bola suíça (barriga/nádegas). 		

<p>APLICAÇÕES CRIATIVAS DO REBOZO APLICAÇÃO DE CALOR</p> <p>“PENDURAR-SE NO REBOZO”</p>  <p>“PUXAR/EMPURRAR”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No <u>trabalho de parto</u>, na fase de dilatação. 	<p>Relaxamento Diminuir pressão sobre a metade inferior do corpo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicação de calor 2. “Pendurar-se no <i>Rebozo</i>” 3. “Puxar/empurrar” 		
---	--	---	---	--	--

ANEXO

ANEXO I:

FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO EM USO NO HOSPITAL DA REGIÃO A SUL DO TEJO



FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Ciclo Formativo	Estratégias para a Promoção de Conforto ao longo do Trabalho de Parto e Parto				
Designação Ação	A utilização do Rebozo durante o Trabalho de Parto				
Data(s)	2016/05/19				
Duração	11:15 -12:00				
Modalidade	Inicial	Continua	Serviço	<input checked="" type="checkbox"/>	Outra

2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO

A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pelo CHS. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.

Insuficiente - 1	Suficiente - 2	Bom - 3	Muito bom - 4
------------------	----------------	---------	---------------

AVALIAÇÃO DA AÇÃO

Divulgação da formação	
Apoio administrativo (inscrições e informações)	
Utilidade do tema	
Objetivos da ação	
Conteúdos/ Estrutura da ação	
Duração da ação	
Instalações (espaço físico, mobiliário...)	
Equipamentos e meios audiovisuais	

AVALIAÇÃO DO FORMADOR

Domínio dos conteúdos									
Clareza da linguagem									
Esclarecimentos de dúvidas									
Capacidade de motivação									
Relacionamento com os formandos									
Adequação do método pedagógico									
Cumprimento de horários									
Documentação de apoio									

APRECIÇÃO GLOBAL

A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho? Sim Não

Justifique _____

Sugestões/ observações: _____
