

Curso de Mestrado em Enfermagem De Saúde Materna e Obstetrícia

Intervenções do EESMOG Para a Promoção do Bem- Estar Materno-Fetal Quando a Parturiente Utiliza Óxido Nitroso no Controlo da Dor

JOANA CARINA SOUSA VIEIRA

2014

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública



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

**Intervenções do EESMOG Para a Promoção do Bem-
Estar Materno-Fetal Quando a Parturiente Utiliza Óxido
Nitroso no Controlo da Dor**

Joana Carina Sousa VIEIRA

Relatório de Estágio Orientado pela Docente

Irene Maria Trindade SOARES

2014





“(...) cuidar da parturiente é ajudá-la a crescer, na medida em que a ajudo a ultrapassar uma situação de sofrimento, podendo transformar o parto numa experiência única e inigualável para quem o vive”.

(Coutinho, 2006, p. 66)

AGRADECIMENTOS...

○ **À orientadora de todo o meu percurso, Professora Irene Soares...**

... pela sabedoria, pelos momentos de acompanhamento e partilha de saberes, pela sinceridade, pela confiança demonstrada, pela exigência instituída, por promover a minha capacidade de reflexão e autocrítica, por possibilitar o meu desenvolvimento pessoal e profissional neste percurso de ensino-aprendizagem.

○ **Ao EESMOG orientador no BP...**

... pela excelência da qualidade dos cuidados, pelo seu modo de “olhar” o parto e me envolver nesta magia, por permitir o meu crescimento profissional e *saber especializado*; por me ajudar a desenvolver competências e assumir uma postura responsável enquanto EESMOG... Considero-o um elemento de referência para qualquer formando, para outros profissionais e especialmente para todas as grávidas!

○ **À minha família, especialmente à minha mãe...**

... pelo amor incondicional e pelo apoio sem fim da minha mãe, pai, irmã, cunhado, sobrinhos e avó, por compreenderem os largos períodos de distância e poucas viagens; ... especialmente à minha Mamy por, mesmo estando longe, estar tão presente na minha vida, por ser a melhor mãe que poderia ter, por toda a motivação e dedicação, pela força e pensamento positivo constante, por estar disponível a qualquer hora ou momento, por acreditar sempre em mim e nas minhas capacidades.

○ **Ao meu namorado, Diogo...**

... pelo carinho, pelo amor, pelo apoio e pela paciência para comigo ao longo desta formação, por compreender os momentos que ficou privado de estarmos juntos, por estar sempre disposto a me ouvir, por ser uma pessoa ponderada e realista, por me chamar à razão nos momentos de stress, por não me deixar desanimar nos momentos mais difíceis, por me apoiar em todas as minhas decisões.

○ **À minha amiga e parceira nesta caminhada, Filipa Heitor...**

... pela amizade e honestidade, pelo apoio, pelo incentivo, por me encorajar, pela entreaajuda, pela partilha de saberes e experiências, pelos momentos de relaxamento.

○ **Aos restantes familiares, amigos e colegas de trabalho, que contribuíram mesmo só pela sua presença...**

○ **Às mulheres e família, que me permitiram fazer parte do seu momento especial...**

A todos... MUITO OBRIGADA!

RESUMO

A vivência da gravidez é um momento de grande importância na vida de um casal e respectiva família, que geralmente culmina no acontecimento tão desejado – o parto e que se reflecte num momento de grande emoção e unicidade. Assim, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EESMOG) fundamentado nas suas competências, no seu saber, experiência e evidência científica, contribui com a prestação de cuidados específicos que vão permitir à mulher e família a transição para uma maternidade estável e saudável.

A elaboração deste relatório corresponde à reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem junto da mulher, casal, RN, família e comunidade ao longo da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório. O meu objectivo foi aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do pré-natal, Trabalho de Parto (TP), puerpério imediato e cuidados ao feto/recém-nascido (RN), abrangendo ainda a Urgência Obstétrica e Ginecológica.

Neste trabalho, pretendo também destacar uma temática específica em que desenvolvi competências: *Intervenções do EESMOG Para a Promoção do Bem-Estar Materno-Fetal Quando a Parturiente Utiliza Óxido Nitroso no Controlo da Dor*, utilizando como referencial teórico a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

A analgesia Inalatória com Óxido Nitroso (em 50% de Oxigénio) é uma inovadora alternativa de analgesia que se pretende aplicar na obstetrícia em Portugal, mas já frequentemente utilizada em diversos países durante o TP. Para dar resposta a esta área específica, a metodologia utilizada foi a Revisão Sistemática da Literatura (RSL) aliada a uma observação participante numa instituição perita na utilização do Óxido Nitroso, a fim de melhor compreender a evidência identificada e fundamentar a prestação de cuidados com a analgesia inalatória aquando da sua implementação no hospital onde desenvolvi a UC Estágio com Relatório.

Deste modo, espero vir a contribuir fortemente para a sua implementação também em Portugal, disponibilizando à mulher, família e comunidade mais uma alternativa de analgesia durante o TP.

Palavras-Chave: Óxido Nitroso, dor, TP, intervenções de enfermagem

ABSTRACT

The experience of pregnancy is an important moment in the life of a couple and their family, which usually culminates in a very desirable event - the childbirth, a unique moment of great excitement. Thus, Midwife based on their skills, their knowledge, experience and scientific evidence, contributes to the provision of specific care that will enable women and families to transition into a stable and healthy maternity.

This report reflects my learning journey with the woman, couple, newborn, family and community in my final stage (Stage Report) as a midwife student. My goal was to develop knowledge and skills in providing specialized nursing care to the woman as a member of the family and community within the prenatal, Labor, immediate postpartum, fetus/newborn care, still covering the Emergency Obstetric and Gynecological.

In this report, I also want to highlight a specific theme in which I developed more skills: *interventions of Midwife for promoting maternal-fetal well-being when the women uses Nitrous Oxide in pain management*, having as theoretical reference the Self Care Theory of Dorothea Orem.

The Inhalation Analgesia with nitrous oxide (with 50% Oxygen) is an innovative alternative analgesia, commonly used in many countries during labor, which I intend to apply in obstetrics in Portugal. To address this specific area, the methodology used was the Systematic Review of Literature with participant observation in an expert institution in the use of nitrous oxide. This allowed me to better understand the identified evidence and support the inhalation analgesia implementation at the hospital where I developed my Stage Report.

With this report I hope to contribute strongly in implementing this technique in Portugal and making it available to women, family and community another alternative analgesia during labor.

Keywords: Nitrous Oxide, pain, labor, nursing interventions

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF	Auscultação dos Batimentos Cardio-Fetais
AM	Aleitamento Materno
APPT	Ameaça de Parto Pré-Termo
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
CPPP	Curso de Preparação para a Parentalidade
CTG	Cardiotocografia
DGS	Direcção Geral de Saúde
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
EBSCO	Elton B. Stephens Company Publishing
EC	Ensino Clínico
EESMOG	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
EUA	Estados Unidos da América
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
HTA	Hipertensão Arterial
IA	Índice de Apgar
ICM	International Confederation of Midwives (Confederação Internacional de Parteiras)
IG	Idade Gestacional
LA	Líquido Amniótico
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NCBI	National Center for Biotechnology Information
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PPTP	Paragem de Progressão do Trabalho de Parto
RN	Recém-Nascido
RPM	Rotura Prematura de Membranas

RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SMMF	Serviço de Medicina Materno-Fetal
SUOG	Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
TP	Trabalho de Parto
TVP	Trombose Venosa Profunda
UC	Unidade Curricular
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Primários
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i> (Escala Visual Analógica)

LISTA DE TABELAS

		Pág.
Tabela 1	Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O	40
Tabela 2	Critérios de inclusão e exclusão dos estudos a seleccionar	40
Tabela 3	Descritores utilizados e respectiva combinação	41

LISTA DE DIAGRAMAS

	Pág.
Diagrama 1 Processo de selecção dos estudos de investigação	41

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Caracterização das parturientes que utilizaram Óxido Nitroso	47
Gráfico 2 Eficácia da Analgesia Inalatória com Óxido Nitroso	48
Gráfico 3 Avaliação do VAS na parturiente que utilizou Óxido Nitroso	48
Gráfico 4 Utilização do Óxido Nitroso nos vários estádios do TP	48
Gráfico 5 Possível utilização do Óxido Nitroso num futuro TP	49

ÍNDICE

	Pág.
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE DIAGRAMAS	
LISTA DE GRÁFICOS	
0. INTRODUÇÃO	13
1. AUTOCUIDADO – UM MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMAGEM	16
2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM	19
2.1. Objectivo Específico N.º 1	19
2.2. Objectivo Específico N.º 2	22
2.3. Objectivo Específico N.º 3	25
2.4. Objectivo Específico N.º 4	34
2.5. Objectivo Específico N.º 5	35
2.6. Objectivo Específico N.º 6	37
2.6.1. Metodologia	38
2.6.2. Enquadramento Teórico	38
2.6.3. Revisão Sistemática da Literatura	40
2.6.4. Prática Baseada Na Evidência	42
3. REFLEXÃO FINAL	51
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Projecto Individual de Aprendizagem (adaptado)	
APÊNDICE II – Breve Caracterização do Bloco de Partos e SUOG	
APÊNDICE III – Apresentação dos Artigos Seleccionados na RSL	
APÊNDICE IV – Folhetos Informativos Sobre Estratégias Farmacológicas Para Alívio da Dor no Parto e Sobre Analgesia Inalatória no Trabalho de Parto (adaptados)	
APÊNDICE V – Relatório do Estágio Realizado em Londres (adaptado)	

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende ser um instrumento de reflexão e de avaliação da UC Estágio com Relatório, consequente da minha frequência do 4.º CMESMO da ESEL, sob orientação da Professora Irene Soares, culminando *à posteriori* no documento de discussão pública para a minha obtenção do grau de Mestre. O Estágio com Relatório decorreu entre 06 de Março e 11 de Julho de 2014, no Bloco de Partos e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica de um Hospital Central da região sul do país e teve uma duração total de 750 horas (500 horas de contacto, 25 horas de orientação tutorial e as restantes horas de trabalho autónomo), sob a orientação local de um EESMOG.

De acordo com Salvador (1999), citado por Lopes, o **relatório** consiste numa “descrição objectiva de factos, acontecimentos ou actividades, seguida de uma análise rigorosa, com o objectivo de tirar conclusões ou tomar decisões” (LOPES, 2006, p.265). Nesta perspectiva, a elaboração deste documento tem como objectivo primordial a descrição, auto-avaliação, reflexão e análise dos objectivos propostos, das actividades realizadas e dos resultados obtidos na UC Estágio com Relatório, de uma forma lógica e coerente, que traduza por si só o percurso efectuado e o trabalho desenvolvido, com vista ao desenvolvimento das competências enquanto futura EESMOG.

O nascimento de uma criança é, geralmente, um motivo de grandes emoções, alegria e apoio de todos os intervenientes. De acordo com o ICM, o EESMOG é o “profissional responsável e confiável que trabalha em parceria com as mulheres para lhes prestar o apoio, cuidados e aconselhamento necessários durante a gravidez, trabalho de parto e período pós-parto” (ICM, 2011, p.2). Assim, o EESMOG contribui com a prestação de cuidados específicos, fundamentados nas suas competências, no seu saber, experiência e evidência científica, que vão permitir à mulher e família a decisão consciente do seu plano de parto, baseada na confiança e conhecimento de si própria, com o objectivo de transitar para uma maternidade estável e saudável.

Concomitantemente ao desenvolvimento das minhas competências enquanto EESMOG neste estágio, propus-me ainda desenvolver uma temática pertinente e inovadora, que visa aprofundar conhecimentos numa área específica da Saúde Materna e Obstetrícia:

Intervenções do EESMOG Para a Promoção do Bem-Estar Materno-Fetal Quando a Parturiente Utiliza Óxido Nitroso no Controlo da Dor

O Óxido Nitroso em associação com o Oxigénio é um tipo de analgesia inalatória muito utilizada em diversos países europeus durante o TP e a escolha deste tema nasceu como um interesse pessoal, por ser uma temática inovadora no contexto da Obstetrícia em Portugal, mas também como interesse na sua implementação pelo BP onde realizei o Estágio com Relatório, disponibilizando à mulher/família mais uma alternativa de analgesia numa experiência tão importante e significativa como é o parto. Segundo a DGS (2008), fazendo referência à International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é considerada como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (DGS, 2008, p.6). Diversos são os métodos que permitem minimizar e/ou controlar a dor durante o TP (farmacológicos e não farmacológicos). Em qualquer método escolhido, a mulher deve ser entendida como um elemento activo nos procedimentos e envolvida na avaliação e tratamento da sua dor durante o TP. São vários os estudos que mostram que a utilização do Óxido Nitroso no controlo da dor da parturiente é uma escolha de eleição, um método eficaz e seguro para a parturiente e feto. E por fazer parte das suas competências, é aqui que o EESMOG assume um papel decisivo na promoção do bem-estar materno-fetal durante o TP, através do autocuidado; da prevenção e controlo da dor; da identificação e monitorização do risco materno-fetal durante o TP e parto; de intervenções adequadas à evolução do TP, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto (OE, 2010a).

Neste sentido, através de um sistema adequado e de supervisão do EESMOG, é a própria mulher quem faz a avaliação da sua dor e realiza a auto-administração da analgesia com Óxido Nitroso. Perante este facto, o Modelo Conceptual que orientou o meu cuidar foi o **Referencial Teórico de Dorothea Orem**, que defende que as pessoas têm a capacidade de se autocuidar e podem ser ajudadas pelo enfermeiro, dando especial ênfase à relação estabelecida entre a pessoa e o enfermeiro.

De um modo geral, o meu **objectivo** para este Estágio com Relatório, foi desenvolver competências no âmbito das intervenções comuns e específicas do EESMOG, com o intuito de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na

prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher, inserida na família e comunidade, no âmbito do pré-natal, TP, puerpério imediato e cuidados ao feto/RN, abrangendo ainda a Urgência Obstétrica e Ginecológica.

Além do desenvolvimento das competências preconizadas pela equipa pedagógica, delineei os seguintes **objectivos específicos** para este estágio:

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher e família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica e que recorre ao SUOG do hospital;
2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à grávida e família que vivencia risco pré-natal e que recorre ao SUOG do hospital;
3. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente, feto/RN e família nos diferentes estádios do TP;
4. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente e família no puerpério imediato, promovendo a transição para a parentalidade;
5. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao RN e família promovendo a adaptação à vida extra-uterina e a detecção precoce de complicações;
6. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados na promoção do bem-estar materno-fetal da parturiente que utiliza o óxido nitroso para controlo da dor.

Estruturalmente, este Relatório de Estágio encontra-se dividido em quatro capítulos, onde num primeiro ponto será abordado o modelo conceptual que fundamenta a minha prática de cuidados. No segundo capítulo, farei uma breve descrição dos aspectos que observei e das competências que desenvolvi, efectuando uma análise reflexiva e crítica sobre as actividades realizadas. Aqui, irei ainda aprofundar a temática central deste trabalho. No terceiro capítulo, será apresentada uma apreciação global daqueles que foram os contributos deste trabalho sob a forma de reflexão/considerações finais. Finalmente, será exposta a bibliografia utilizada para a elaboração deste relatório e apresentarei em apêndice os documentos que considere pertinentes para a melhor compreensão de todo este trabalho.

1. AUTOCUIDADO – UM MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMAGEM

Um modelo conceptual é uma poderosa ferramenta para organizar, estruturar e orientar o pensamento. Um modelo conceptual de Enfermagem reveste-se de extrema importância na medida em que orienta as nossas intervenções, contribui para a reflexão crítica, tomada de decisão e para a melhor compreensão da complexidade da disciplina de Enfermagem. A **Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem** é considerada uma Grande Teoria, pois engloba conceitos que representam fenómenos globais e de grande complexidade. Esta Teoria de Enfermagem apresenta um paradigma onde a acção de enfermagem privilegia a relação de ajuda e o apoio e/ou realização das actividades que a pessoa não pode fazer, em determinados momentos do seu ciclo vital, promovendo continuamente o autocuidado por parte da própria pessoa (OREM, 2001). Tal como os restantes modelos conceptuais de Enfermagem, os conceitos de Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem dinamizam a sua teoria: **Pessoa** é o ser humano com capacidade reflexiva sobre si e sobre o ambiente que o rodeia (aspecto que o distingue dos restantes seres vivos), tem competências para dirigir esforços e desenvolver acções que tragam benefícios a si e aos outros, é um agente de autocuidado na promoção do seu bem-estar; **Ambiente** diz respeito a tudo o que envolve a Pessoa e que pode influenciar o seu autocuidado (aspectos fisiológicos, familiares, sociais, comunitários); **Saúde** corresponde a um estado de bem-estar físico, mental e social, em que a Pessoa tem capacidade de dar resposta às suas necessidades através do autocuidado; **Enfermagem** consiste na interacção mútua entre o Enfermeiro e a Pessoa, onde o Enfermeiro vai assistir ou substituir a Pessoa para que esta última atinja a saúde e o bem-estar.

Este modelo conceptual contempla três teorias que se interrelacionam e complementam:

- Teoria do Autocuidado que descreve aquilo que as pessoas conseguem fazer por si próprias;
- Teoria da Deficiência de Autocuidado refere-se às limitações que podem tornar as pessoas parcialmente ou totalmente incapazes de se autocuidar e explica quando a enfermagem é necessária;

- Teoria dos Sistemas de Enfermagem que descreve as relações que devem ser criadas e mantidas para o enfermeiro compensar o défice.

O Autocuidado para Orem (2001), corresponde a todas as actividades desenvolvidas pelos próprios indivíduos, para seu benefício e cujas competências vão evoluindo com o seu desenvolvimento e maturidade, com o objectivo de manter a saúde, a vida e o bem-estar. Segundo Orem, todos os indivíduos têm potencialidade para o autocuidado. A Pessoa tem capacidade de aprendizagem, sendo o autocuidado uma habilidade que pode ser treinada e desenvolvida para adquirir o seu bem-estar, do grupo ou da comunidade (Alligood, Tomey, 2004). Na Teoria de Orem também são identificadas algumas características (**requisitos**) do autocuidado que, segundo a autora, correspondem aos objectivos do autocuidado para aquela pessoa e que vão promover a saúde e o bem-estar: respiração, alimentação, eliminação, equilíbrio entre actividade/repouso e entre solidão/interacção social, prevenção do risco, promoção da actividade humana e alteração por desvio de saúde (Orem, 2001).

Fonseca refere que, para a autora, “a pessoa é responsável pelo seu próprio autocuidado, servindo o enfermeiro de guia, professor, consultor na aprendizagem e na fomentação do cuidar de si próprio” (FONSECA, 2008, p.7-8). Para Orem, os cuidados de enfermagem visam o apoio, formação e acções que ajudam o cliente a tomar as suas próprias decisões e agir de modo a recuperar o autocuidado (Orem, 2001). Nesta ordem de ideias, Orem identificou três Sistemas de Enfermagem: **Sistema Totalmente Compensatório** (o enfermeiro substitui a Pessoa em todas as suas actividades); **Sistema Parcialmente Compensatório** (o enfermeiro assiste a Pessoa nas acções que esta não consegue realizar sozinha) e **Sistema de Apoio-Educação** (o enfermeiro promove a educação e supervisiona a Pessoa na realização do seu autocuidado).

E todos os requisitos e/ou sistemas podem estar condicionados quando a pessoa-alvo se trata de uma parturiente. Compete ao EESMOG prestar os cuidados adequados e promover o autocuidado, assegurando o equilíbrio entre as necessidades da mulher/família e a sua capacidade de resposta para a satisfação das mesmas.

Foram várias as razões que me levaram a seleccionar esta Teoria de Enfermagem: **1)** porque oriento sempre a minha prática tendo em conta o autocuidado e desenvolvimento da pessoa, identificando-me assim com os pressupostos deste enquadramento paradigmático; **2)** porque na gravidez, TP e parto, é importante ter um

conhecimento objectivo dos requisitos que afectam a mulher/família e o EESMOG surge como participante na vigilância/promoção do bem-estar materno-fetal, como promotor do autocuidado, facilitador da aprendizagem, desenvolvimento de habilidades e impulsionador na adopção de comportamentos saudáveis; **3)** porque através do autocuidado a mulher/família tem capacidade para gerir com sucesso as suas necessidades, permitindo-lhe maior controlo de si mesma e ser o elemento principal no momento do parto; **4)** porque privilegia a relação entre o EESMOG e a mulher/família, aspecto imperioso nesta fase do ciclo de vida, garantindo o respeito mútuo e a partilha contínua de conhecimentos que garantam uma gravidez e maternidade saudável; **5)** porque esta teoria é a que melhor se coaduna com o tema principal deste trabalho, pois, após deter o conhecimento e habilidades necessárias, é a própria mulher quem faz a auto-administração da analgesia inalatória com Óxido Nitroso. Para mim, a Teoria de Orem é uma mais-valia para a prestação de cuidados em Saúde Materna e Obstetrícia, onde o EESMOG tem competência para orientar a parturiente e família na implementação de intervenções para o seu autocuidado durante a gravidez, TP, parto e especificamente na administração da analgesia inalatória (foco central deste trabalho) pois vai apoiar e reforçar o papel individual da mulher/família, mantendo o bem-estar materno-fetal e influenciando positivamente a sua vivência do nascimento.

Em síntese, o EESMOG deve nortear o seu cuidado com vista ao autocuidado da mulher/família, isto porque é esperado que o nascimento seja um momento mágico para cada mulher. Por isso, o EESMOG é entendido como um agente de autocuidado e intervém com o respeito, a confiança, a delicadeza, o domínio do conhecimento e a educação necessária para ir ao encontro das expectativas e preocupações das pessoas-alvo dos seus cuidados. E também porque o parto será um momento recordado para toda a vida para a maioria das mulheres/família. É importante compreender a vontade expressa da parturiente e família, aquilo que ela pretende que seja o seu parto, explorar o potencial de cada pessoa e educar para a saúde, identificando as necessidades/requisitos/problemas e estratégias/soluções que permitam o autocuidado e a tomada de decisão consciente em cada contexto, fazendo desta interacção um momento de excelência para promover cuidados humanizados e ajudar na descoberta de si própria, valorizando o seu plano de parto e o seu projecto de nascimento.

2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

No presente capítulo, pretendo sucintamente descrever as actividades desenvolvidas na UC Estágio com Relatório, realizando ao mesmo tempo uma análise e apreciação crítica, tendo sempre em conta o desenvolvimento das competências do EESMOG. O desenvolvimento do meu Projecto Individual de Aprendizagem (Apêndice I) correspondeu a uma projecção das actividades a que me propus desenvolver junto da mulher, casal, RN, família e comunidade ao longo deste estágio, pelo que é um instrumento importante a ser mobilizado para a realização deste relatório.

Por outro lado, foi importante a elaboração contínua de um registo referente às respectivas actividades (em documentos específicos e através de Notas de Campo – com respeito pelos valores éticos e baseadas na observação directa e/ou entrevistas informais), realçando aspectos que considere mais pertinentes para a minha aprendizagem tendo em conta os meus objectivos.

O hospital onde desenvolvi o Estágio com Relatório é um Hospital Central Diferenciado da região sul do país, onde tive a possibilidade de prestar cuidados e desenvolver as competências do EESMOG no Bloco de Partos e SUOG, com vista ao cumprimento dos objectivos propostos. A caracterização destas unidades pode ser consultada no Apêndice II do presente trabalho.

Numa fase inicial, foi-me dada a conhecer a dinâmica organo-funcional destas unidades do hospital e as normas/protocolos existentes, garantindo uma melhor integração na equipa de saúde. Iniciei as minhas actividades através da observação participante evoluindo rapidamente para a prestação directa de cuidados sob supervisão e, mais tarde, prestação de forma autónoma e independente. Toda a mobilização de conhecimentos, a revisão da literatura transversal a todo o estágio e os momentos de reflexão individual ou com os peritos, foram elementos fundamentais para o sucesso deste percurso e para o cumprimento dos objectivos planeados.

2.1. Objectivo Específico N.º 1

Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher e família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica e que recorre ao SUOG do hospital

Ao chegar a este serviço, a mulher faz a sua inscrição no secretariado e aguarda a chamada na sala de espera. Posteriormente é feita uma triagem pela equipa de enfermagem, realizando uma objectiva e rápida avaliação da sintomatologia, dos parâmetros vitais e, por fim, atribuída a prioridade de atendimento médico de acordo com a Triagem de Manchester. Segundo vários autores, a Triagem de Manchester é um sistema baseado em algoritmos, que foi implementado nos serviços de urgência a fim de dar uma melhor resposta aos clientes que carecem de cuidados imediatos/prioritários, através do estabelecimento de prioridades clínicas por meio de cores (HAY, E. ET AL., 2001; MATIAS, C., 2008).

Após observação e participação nas triagens realizadas pelo enfermeiro orientador, consegui realizar autonomamente 38 triagens a mulheres com problemas do foro ginecológico. De uma forma empática e acolhedora, apresentei-me enquanto estudante do CMESMO, prestei cuidados especializados à mulher/família ao meu cuidado, elaborando um planeamento das intervenções de forma personalizada, implementando-as e avaliando-as de acordo com as competências do EESMOG.

A OE afirma que compete ao EESMOG a promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce de complicações e respectivo tratamento, no cuidado à mulher e família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica (OE, 2010a). Os motivos mais frequentes que levaram as mulheres ao SUOG foram: infecções vaginais/urinárias, metrorragias, abortos retidos ou espontâneos, DIP e abscessos mamários (nomeadamente em puérperas). Este foi um óptimo campo de estágio, pois as minhas actividades abrangeram todo o ciclo de vida da mulher, desde a adolescência até ao climatério, onde tive uma panóplia de intervenções com vista à promoção da saúde e bem-estar, tratamento e prevenção de complicações, actuando sempre em equipa multidisciplinar. Inicialmente não foi fácil efectuar as triagens, pois não tinha qualquer experiência em contexto de urgência e ao mesmo tempo tinha de mobilizar constantemente os conhecimentos teóricos com as necessidades da pessoa ao meu cuidado. Senti alguma dificuldade em realizar uma avaliação objectiva e sistematizada que me permitisse identificar os critérios de gravidade e atribuir conscientemente uma prioridade clínica no atendimento. Por vezes, mesmo me baseando na entrevista realizada, nos problemas identificados e compreendendo o tempo de espera estimado para o atendimento, havia em mim um sentimento de

insegurança e de necessidade de confirmação da triagem com o enfermeiro orientador, aspecto que foi trabalhado e melhorado ao longo do estágio. Procurei sempre atender a cliente com uma postura disponível, com tranquilidade e assegurando a privacidade, proporcionando o estabelecimento de uma relação de confiança. Assim, em muitos momentos tive a oportunidade de realizar uma anamnese completa e pertinente (ex. sintomatologia actual, história ginecológica/obstétrica, antecedentes pessoais), desenvolver uma sistemática avaliação física, adequar a minha intervenção às características da pessoa, orientar sobre recursos existentes na comunidade, promovendo a sua decisão esclarecida e realizar registos completos em ALERT (metodologia de registos utilizada no SUOG).

Foram também diversos os momentos de prestação directa de cuidados: punção venosa periférica, colheita de sangue para análises, análise sumária de urina, algaliação, preparação das clientes e respectivos processos de enfermagem para internamento (ex. DIP, metrorragia, neoplasia do endométrio) e ainda assisti a uma pequena cirurgia de drenagem de abscesso da Glândula de Bartholin. Tentei sempre disponibilizar o tempo necessário à mulher, enquanto que, simultaneamente, tentava inteirar-me das suas preocupações, identificar os **requisitos de autocuidado** que estavam comprometidos, identificar as estratégias e promover intervenções **parcialmente/totalmente compensatórias** como medidas de suporte para alívio dos desconfortos. O **sistema de apoio-educação** foi também uma constante nesta área de intervenção, onde consegui informar, educar para a saúde e orientar para estilos de vida saudáveis, tendo em conta a patologia ginecológica identificada (anatomia e fisiologia da reprodução, ciclo hormonal, métodos contraceptivos, situações de aborto, autovigilância e despiste precoce de afecções ginecológicas, entre outros).

A educação para a saúde é sem dúvida uma das intervenções de excelência do EESMOG, na medida em que detém o conhecimento e competências baseadas na evidência científica para promover a saúde ginecológica, diagnosticar precocemente, prestar cuidados, facilitar adaptação a novas situações do ciclo reprodutivo e prevenir complicações da mulher, família e comunidade (OE, 2010a). Segundo Osuna, “a educação para a saúde tem como principal objectivo dotar de conhecimentos e ferramentas suficientes para que o cidadão saiba e possa cuidar de si mesmo e dos que os rodeiam” (OSUNA, 2000, p.44). Nesta unidade, consegui atingir os objectivos a

que me propus com sucesso. Porém, percebi que em algumas vezes o *timing* para o atendimento e o número de clientes em espera para realizar a triagem poderia ser um obstáculo à comunicação e relação de confiança com a cliente/família, tal como o próprio ambiente e a tecnologia que absorve a atenção dos diversos profissionais.

É realmente um enorme desafio conseguir contornar todos estes factores e realizar uma triagem individualizada, contudo, estes constrangimentos não podem interferir com o respeito, a dignidade e a condição daquela pessoa, especialmente se os cuidados forem prestados por um EESMOG. E, sem dúvida, a reflexão sobre o percurso que realizei no SUOG permitiu-me compreender a importância do papel do EESMOG junto da mulher e família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica, percebendo também o seu impacto na própria mulher e no ciclo de vida familiar, social, profissional e cultural.

2.2. Objectivo Específico N.º 2

Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à grávida e família que vivencia risco pré-natal e que recorre ao SUOG do hospital

Segundo a OE, o EESMOG é o profissional competente que “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (OE, 2010a, p.4). Tendo em conta os cuidados de enfermagem prestados às grávidas e família no SUOG, tive a oportunidade de realizar todas actividades previstas no meu Projecto de Aprendizagem. As razões mais frequentes que levaram as grávidas ao SUOG foram: contractilidade uterina dolorosa, HTA, RPM, perdas hemáticas vaginais, infecções urinárias, APPT, diminuição dos movimentos fetais ou por recomendação médica quando a avaliação do risco gravídico correspondia a uma possível agressão orgânica, psíquica e/ou social a que estavam expostos a grávida e o feto. Por outro lado, recorreram também ao SUOG as grávidas que, sem qualquer sintomatologia, tinham prevista a admissão hospitalar para indução do TP. Indo ao encontro de Caldas, “do ponto de vista obstétrico, estatísticas apontam que 90% das gestações iniciam e evoluem sem intercorrências ou complicações. No entanto, aproximadamente 10% delas apresentam problemas no início ou no seu

decurso, sendo, portanto, chamadas de gestações de alto risco” (CALDAS, D.B. ET AL. 2013, p.69). E o EESMOG é o profissional com competências que lhe permitem, logo num primeiro contacto, identificar as situações de risco materno-fetal. Assim, é importante estar desperto para os eventuais riscos, pois com uma detecção precoce, intervenção adequada, eficaz e oportuna, podemos prevenir a mortalidade e a morbilidade materna e fetal (LOWDERMILK, 2006).

Numa fase inicial do meu estágio, observei a realização das triagens e prestação de cuidados pelo EESMOG, tornando-me progressivamente mais responsável, confiante e autónoma na realização deste tipo de intervenção. Durante a minha permanência no SUOG realizei triagem e prestei cuidados a 33 grávidas/famílias com complicações e/ou patologia associada. Aqui realizei uma avaliação inicial completa, abrangendo a história de saúde, história da gestação actual e de gestações anteriores, realização do exame físico e avaliação do perfil psicossocial, análise de exames complementares de diagnóstico e ainda a avaliação dos potenciais riscos (hipertensão, alterações analíticas, edemas, ansiedade, problemas de vinculação). De acordo com a IG, avaliei a estática fetal (Manobras de Leopold) e o bem-estar materno-fetal (ABCF ou CTG), aproveitando estes momentos de maior proximidade e empatia com a grávida para identificar os seus **défices de autocuidado**, adequando a minha intervenção às suas individualidades. Ainda nesta unidade, tendo em conta a sintomatologia da grávida, tive a possibilidade de realizar o exame e toque vaginal (apagamento cervical, dilatação, consistência, posição, integridade das membranas, variedade e apresentação fetal e proporção feto-pélvica). Inicialmente, senti dificuldade em certificar-me da avaliação cervical que efectuava, característica que fui desenvolvendo com sucesso.

Também com as grávidas realizei inúmeros momentos de educação para a saúde, com a finalidade de promover o autocuidado e minimizar/ultrapassar as suas limitações através do **sistema apoio-educação** (ex. alimentação e hidratação, desconfortos associados à gravidez, AM, fases do TP e alívio da dor); dotei-as de conhecimentos e aprendizagem de habilidades para a prevenção e despiste precoce de complicações (sinais/sintomas de alerta, com especial ênfase no motivo que a levou ao SUOG); demonstrei constantemente confiança e disponibilidade para escutar e apoiar emocionalmente; tentei identificar os recursos da comunidade e por fim efectuar registos completos e personalizados. Tive ainda a oportunidade de colaborar

activamente na decisão de internamento de diversas grávidas em fase activa do TP no BP deste hospital e algumas grávidas em fase lactente do TP mas com contractilidade dolorosa, fundamentando a necessidade do internamento e explicando os procedimentos habituais. Apercebi-me de que este momento de internamento era sempre um momento decisivo, gerador de ansiedade e por vezes medo do desconhecido. O ICM defende que o EESMOG tem competências para “oferecer orientação e preparação básica para o trabalho de parto, parto e maternidade” (ICM, 2011, p.10) e, neste sentido, o EESMOG contribui com a transmissão de informações que vão permitir à grávida e família o autocuidado e a decisão consciente dos cuidados, com a finalidade de obter uma maternidade satisfatória.

Por outro lado, durante a gravidez, pode surgir um período complexo e difícil, que determine um internamento em contexto hospitalar. Na verdade, a aceitação de uma patologia é um processo complicado e onde emergem inúmeras emoções. Perante avaliação de algumas grávidas e mantendo sempre uma postura de apoio e responsabilidade, foram realizados também alguns internamentos no SMMF pelas mais diversas razões: vigilância da hipertensão, oligoâmnios, APPT, etc. Compete ao EESMOG saber mobilizar todos os seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida e família que vive um processo de desvio do padrão de gravidez (OE, 2010a).

Tanto na grávida como na parturiente, para dar resposta aos requisitos de autocuidado comprometidos, tive a necessidade de recorrer aos **sistemas de apoio-educação, parcialmente compensatório e totalmente compensatório**, tendo em conta as suas características e o risco materno-fetal identificado. De um modo geral, sinto que consegui articular os conhecimentos adquiridos na componente teórica deste CMESMO com a prática de cuidados neste SUOG em tempo real, mas considero ainda um desafio, na medida em que é fundamental um adequado suporte de conhecimentos para mobilizar em qualquer que seja a sintomatologia da grávida e em qualquer IG. Esta experiência foi uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem. No entanto, não considero uma vitória absoluta, pois esta é uma área muito específica e a avaliação de uma grávida em contexto de urgência é, para mim, um momento de algum receio, onde a identificação de qualquer alteração ou compromisso materno-fetal é por vezes difícil de diagnosticar. Efectivamente, e indo ao encontro da OE, é competência

do EESMOG diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal, prescrevendo alguns meios de diagnóstico e referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação (OE, 2010a). É esta responsabilidade, autonomia na tomada de decisão, diferenciação no exercício profissional e intervenção especializada em contexto de actuação multidisciplinar que pretendo continuamente aperfeiçoar.

2.3. Objectivo Específico N.º 3

Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente, feto/RN e família nos diferentes estádios do TP

De acordo com a OE, o EESMOG é responsável por prestar cuidados à mulher, 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” (OE, 2010, p.5). Actualmente, são identificados quatro estádios do TP: **1)** período desde o início das contracções uterinas regulares até ao apagamento e dilatação cervical completa; **2)** período desde a dilatação completa do colo uterino até ao nascimento; **3)** período desde o nascimento até a dequitação e **4)** período fundamental para a recuperação da mãe a adaptação do RN após o parto com aproximadamente 2 horas – puerpério imediato (LOWDERMILK, 2006; GRAÇA, 2010).

Apesar destes diferentes períodos temporais que delimitam os quatro estádios do TP, toda a duração do TP e parto é um processo dinâmico, de construção, envolvimento e adaptação constante por parte de todos os intervenientes. Para que o processo de nascimento seja de qualidade, é fundamental o respeito pela mulher e família, compreendendo a sua individualidade e o seu contexto sociocultural. E neste sentido, o EESMOG desempenha um papel fulcral, pois é o profissional de eleição para a prestação de cuidados diferenciados, o apoio, o conforto e o diálogo que visem uma decisão elucidada e consciente dos cuidados a adoptar neste momento de transição, assegurando ainda o bem-estar materno-fetal na sua opção e influenciando positivamente a sua vivência da maternidade. Assim, durante a minha estadia no BP deste hospital e após a observação participante nos cuidados prestados pelo enfermeiro orientador, consegui autonomamente prestar cuidados de enfermagem

especializados à parturiente e família ao longo dos quatro estádios do TP. Os partos foram realizados em segurança a 47 parturientes que tinham uma gestação de termo e apresentação cefálica, cuidando a mulher para otimizar a sua saúde e promovendo a adaptação do RN à vida extra-uterina.

Relativamente ao **1.º estágio do TP**, prestei cuidados a 86 parturientes/família. Realizei o acolhimento identificando-me como estudante do CMESMO, sempre com o intuito de estabelecer uma relação empática num ambiente agradável, confortável, tranquilo e com privacidade. Consultei o processo de enfermagem, o BSG, os exames complementares de diagnóstico, inteirei-me das necessidades e desejos daquelas pessoas ao meu cuidado e tentei continuamente ir ao encontro das suas expectativas durante o TP. Nenhuma das parturientes a quem prestei cuidados tinha elaborado formalmente um plano de parto, porém, muitas delas possuíam uma ideia ou algumas particularidades que gostariam de ter no seu TP e parto. Com todas estas clientes/família discuti as suas ambições a fim de negociar e proporcionar o máximo possível das suas intenções. Indubitavelmente, a melhor forma de obter o equilíbrio, harmonia e bem-estar de cada mulher/família consiste na negociação do seu autocuidado e dos cuidados a prestar. No primeiro contacto com a parturiente, efectuava uma avaliação inicial completa e global; realizava as Manobras de Leopold, procedia à monitorização/interpretação do CTG e realizava o toque vaginal de acordo com a necessidade e situação de saúde da parturiente.

Tentei sempre promover um cuidado humanizado, fornecendo todas as informações à parturiente/família, possibilitando a liberdade de movimentos, promovendo a ingestão de líquidos, incentivando aos hábitos de eliminação, adoptando estratégias para alívio da dor e reforçando o autocuidado e autocontrolo da parturiente para obter um parto com sucesso e de forma natural. Para a minha tomada de decisão e negociação dos cuidados durante a condução do TP, tive em conta as características da patologia que a cliente podia apresentar, pois prestei cuidados a parturientes com diagnóstico de Diabetes Prévia e Gestacional; HTA crónica, induzida ou agravada pela gravidez; RPM, Oligoâmnios; Hipotiroidismo e uma parturiente com episódio de sépsis anterior relacionada com uma queimadura e que estava agora com RPM.

Através do **sistema apoio-educação e parcialmente compensatório**, houve a oportunidade de acompanhar inúmeras parturientes na adopção de estratégias não

farmacológicas para alívio da dor, como a técnica de respiração, hidroterapia, deambulação, massagem, liberdade de posições e de movimentos, utilização da bola de pilates, musicoterapia e aromaterapia, esclarecendo a mulher e família sobre os benefícios de cada uma destas opções e respeitando a sua decisão esclarecida. Percebi que a adopção de maior mobilidade e posições verticais no 1.º estágio do TP não era uma constante em todas as equipas, mas, sempre que possível, esta foi uma estratégia frequentemente utilizada com as parturientes ao meu cuidado. Obviamente, qualquer enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos cuidados que presta e o EESMOG está habilitado para tomar este tipo de decisões, pois segundo diversos autores a liberdade de movimentos em posição vertical permite uma melhor adaptação anatómica e fisiológica da mulher ao TP, aumenta o tamanho e forma da pélvis, melhora o ciclo das contracções, utiliza a gravidade na descida do bebé, reduz a intensidade da dor, proporciona conforto e promove uma evolução positiva do nascimento (ENKIN, M.W. ET AL., 2005; SOONG, B., BARNES, M., 2005; LOWDERMILK, 2006; OE, APEO, 2012).

A dor durante o TP é um factor que pode condicionar negativamente o momento do nascimento, por isso procurei sempre proporcionar o melhor conforto possível e, para além das estratégias não farmacológicas para alívio da dor, proporcionei métodos farmacológicos para alívio do seu desconforto (analgesia endovenosa de acordo com protocolo do serviço/prescrição médica e analgesia loco-regional). Indo ao encontro do que defende o ICM, o EESMOG deve possuir conhecimentos sobre “medidas farmacológicas para o tratamento e controlo da dor do trabalho de parto, incluindo os riscos relativos, desvantagens, segurança de métodos específicos de tratamento da dor e o seu efeito na fisiologia normal do trabalho de parto” (ICM, 2011, p.11). Assim, por diversas vezes colaborei com o anestesista na realização de analgesia loco-regional.

A condução do TP exige um grande empenho do EESMOG mas, para mim, traduz-se num sentimento de satisfação, de valorização pessoal através da promoção do bem-estar da parturiente e no culminar de um parto natural, com o mínimo de procedimentos invasivos e em segurança. No entanto, as competências técnicas e invasivas também fizeram parte da minha experiência, como por exemplo a colocação de 4 monitorizações directas, através da colocação de um eléctrodo específico no escalpe fetal (monitorização interna): um procedimento invasivo que fornece uma

informação mais precisa na interpretação da FCF do CTG quando há necessidade de obter informação mais rigorosa. É aplicado quando a monitorização externa não é tranquilizadora ou não está a ser eficaz e que leva à suspeita de compromisso do bem-estar fetal. Para a execução desta técnica, é necessário que já tenha ocorrido a RPM ou então que se proceda à amniotomia (rotura artificial das membranas).

Para realização de amniotomia é importante que a apresentação esteja encravada e bem apoiada no colo uterino, de forma a evitar o prolapso do cordão umbilical. Porém, este procedimento é também utilizado para “induzir o trabalho de parto quando o colo se encontra favorável, ou para a sua estimulação se deixar de progredir” (LOWDERMILK, 2006, p.832). E foi neste contexto que também realizei 6 amniotomias, em que cerca de 2 horas com colo favorável e sem progressão do TP se optou por esta técnica como forma de acelerar o TP. Um outro procedimento invasivo que observei e numa outra oportunidade realizei foi a amnioinfusão. A amnioinfusão consiste numa técnica “pela qual se aumenta transitoriamente o volume amniótico, instilando soro fisiológico na cavidade amniótica” (GRAÇA, 2010, p.301). A realização desta técnica deveu-se ao facto de ser uma parturiente com diagnóstico de oligoâmnios, com RPM e presença de mecónio espesso no LA, características que, segundo Graça (2010) são indicativas para a execução desta conduta. A identificação destes desvios da gravidez (PPTP, risco de sofrimento fetal) e a adopção das respectivas intervenções, através do **sistema parcialmente e totalmente compensatório**, permitiram-me uma progressiva e melhor articulação com a equipa multidisciplinar, referenciando o que estava para além da minha área de actuação.

O TP e parto são momentos complexos e de fragilidade para a grávida, muito diferentes do que experienciou até então e muitas vezes desconhecidos, cheios de incertezas. Além da competência técnica, torna-se premente o estabelecimento de um vínculo com a parturiente/família, acompanhá-la e estar atento às suas necessidades, estar presente para compreender as suas dúvidas e os seus receios. E neste percurso nada é linear. Não basta a mulher ter frequentado um CPPP, ter aprendido as técnicas respiratórias, de relaxamento ou de alívio da dor! É extremamente importante o EESMOG estar presente, demonstrar que está disponível para apoiar aquela mulher/família, respeitá-la, reconhecer o seu valor, promover o seu conforto, orientar os cuidados adequados a cada fase do TP e promover o seu autocuidado nesta etapa de

grande dispêndio de energia. Lazure diz-nos que “respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é” (LAZURE, 1994, p.51). Para mim, estes foram momentos de eleição para o desenvolvimento das minhas competências relacionais e de técnicas de comunicação. Acredito que o 1.º estágio do TP (especialmente numa fase lactente) é o momento ideal para estabelecer uma relação, para esclarecer dúvidas e fornecer a informação pertinente daquilo que é esperado que aconteça nas diferentes fases do TP.

A todas as parturientes, possibilitei a presença constante da pessoa significativa, tal como preconizado na legislação do acompanhamento da mulher grávida durante o parto, onde tem “direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida” (LEI N.º 15/2014). Este convivente significativo é, na minha óptica, mais um parceiro nos cuidados a prestar à parturiente, pois com o seu consentimento, tentei envolvê-lo no processo de cuidar, ajudando a mulher nas técnicas respiratórias, nas massagens, transmitindo-lhe calma, confiança e, sobretudo, ser um apoio constante nesta fase.

Estando a parturiente com a dilatação cervical completa (10 cm), entramos no **2.º estágio do TP**, denominado por período expulsivo, onde os movimentos do feto na progressão do canal de parto fazem com que apresentação exerça pressão no colo uterino e na face posterior da vagina e a mulher fique com vontade de fazer força. Este mecanismo é designado como o Reflexo de Ferguson, que define que esta pressão do polo cefálico vai estimular as terminações nervosas e desencadear a libertação de Ocitocina (LOWDERMILK, 2006).

O EESMOG é responsável pela realização do parto de baixo risco e é da sua competência a aplicação de “técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (OE, 2010a, p.5). Esta é a etapa tão esperada pela mulher e família e o EESMOG é realmente o profissional de excelência para colaborar nesta fase tão singular e de grandes emoções. O importante não se cinge apenas à técnica de fazer o parto, pois o que realmente distingue o EESMOG dos outros profissionais é a capacidade de respeitar a dignidade da mulher como participante activa no seu parto, de detectar precocemente qualquer complicação e actuar perante ela ou referenciando para outros profissionais e, acima de tudo, é ter a sensibilidade para estabelecer uma

relação com a mulher/família e ir ao encontro das suas expectativas neste que será um momento inesquecível.

Para mim, e na busca da qualidade do cuidar durante o TP, mais que uma técnica bem executada, mais que um procedimento excelente com todos os passos cumpridos, é fundamental um olhar para a mulher/família a quem prestei cuidados, é o comunicar através de uma palavra sincera de apoio, é o estar com a pessoa nesta fase tão importante. Este aspecto teve de ser trabalhado, pois numa fase inicial foi difícil conseguir conciliar a relação humana com a técnica da realização do parto, no entanto, considero ter adquirido e aperfeiçoado o desenvolvimento destas competências. Assim, tentei que fosse eu a fazer o parto das mulheres que acompanhei pois já havíamos estabelecido uma relação empática que se iria prolongar naquele momento tão marcante para a mulher e família. Empenhei-me em dar resposta às suas necessidades/desejos e à posição de nascimento seleccionada pela parturiente. De acordo com Lowdermilk, a mulher “pode querer assumir várias posições para o nascimento, e deve ser encorajada e assistida para se posicionar e manter na posição ou posições que escolheu” (LOWDERMILK, 2006, p.456). Deste modo, consegui realizar 47 partos eutócicos, sendo que as restantes parturientes a quem prestei cuidados no 1.º estágio do TP acabaram por evoluir para um parto distócico ou não chegaram a atingir o 2.º estágio do TP no meu turno. Dos 47 partos que realizei autonomamente, 13 foram em posição de litotomia, 26 na posição sentada e 8 na posição sentada no banco de parto.

De acordo com a Teoria de Orem, nesta fase o EESMOG assume uma postura de **parcialmente compensatório**, onde tanto a parturiente como o enfermeiro prestam cuidados interdependentes para o bem-estar e para promover o nascimento de uma criança saudável, de forma satisfatória e com o mínimo de complicações. O ICM salienta que o EESMOG “presta cuidados de elevada qualidade, culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos” (ICM, 2011, p.11). Neste sentido, através de uma monitorização contínua através do CTG, orientei a mulher no controlo da respiração e na realização dos esforços expulsivos. Uma postura tranquilizadora e o reforço positivo foram uma constante na fase expulsiva, à medida que ia avaliando a descida da apresentação

fetal. Neste período, constatei que por vezes a parturiente ficava ansiosa, com comportamentos de perda do controlo e a querer “desistir” do TP. Inicialmente tive alguma dificuldade em assumir uma postura mais directiva e firme, tentando ajudá-la a recuperar o autocontrolo e a participação activa no seu parto, aspecto melhorado ao longo do estágio. Também aqui procurei continuamente envolver a pessoa significativa neste momento do nascimento, incentivando-a no apoio à parturiente e fornecendo também o encorajamento necessário.

No momento do nascimento e quando a parturiente o desejou, o RN foi colocado sobre o abdómen da mãe e realizada a laqueação do cordão quando este deixou de pulsar (cerca de 2-3 minutos), facto que, segundo Luna et al. (2009), pode favorecer os níveis séricos de ferro no bebé e não traz complicações para a mãe. Sempre que possível e fosse vontade da parturiente/pessoa significativa, era possibilitado o corte do cordão umbilical por estes elementos, o que segundo vários autores é um momento de grande emoção e traduz um marco importante na separação física entre a mãe e o filho. Todas as situações em que estivesse assegurada a estabilidade do RN na adaptação à vida extra-uterina e existisse interesse por parte da mãe, foi promovido o contacto precoce pele-a-pele por um período mínimo de 1 hora, considerado como um grande passo para o processo de vinculação, estabilidade cardiorrespiratória, termorregulação e ainda promoção do AM, permitindo ao mesmo tempo que a díade/tríade disfrute daquele momento de felicidade.

Em todos os partos realizados, efectuei a protecção da musculatura perineal através da Manobra de Ritgen Modificada, favorecendo assim a extensão da cabeça durante o nascimento (LOWDERMILK, 2006). Em 38 dos partos realizados foi ainda aplicado calor no períneo pois esta aplicação local pode maximizar o relaxamento desta musculatura (LOWDERMILK, 2006). Através destas abordagens, consegui realizar 21 partos com períneo intacto, 19 com Laceração de Grau I e 4 com Laceração de Grau II. Realizei ainda 3 episiotomias médio-lateral quando houve necessidade de abreviar o período expulsivo, estando já a apresentação a coroar o períneo. Segundo Graça, a episiotomia não deverá ser um procedimento de rotina mas está indicada “sempre que necessário para abreviar o período expulsivo por razões fetais ou para permitir um mais amplo campo para as intervenções obstétricas (fórceps, ventosa, apresentação occipito-posterior, parto pélvico, distócia de ombros, etc.)” (GRAÇA, 2010,

p.699). Nestes partos, tive ainda a possibilidade de desenvolver intervenções adequadas em 22 situações de circular cervical e em 3 distocias de ombros, técnicas que por vezes tive alguma dificuldade em gerir pelas suas particularidades específicas.

Tive também participação activa num parto de gravidez gemelar, prestando os cuidados imediatos ao primeiro RN. Acompanhei ainda 15 parturientes na progressão do TP e que, por vários motivos (exaustão na realização dos esforços expulsivos, bradicardia fetal, hipertonia uterina, PPTP) o 2.º estágio do TP terminou em parto distócico: 9 ventosas e 6 cesarianas. Na verdade, é competência do EESMOG a identificação precoce de complicações durante o TP, referenciando para outros profissionais as situações que vão para além da sua área de actuação (OE, 2010a).

Após o nascimento, é esperado que o EESMOG avalie e desenvolva o controlo activo do descolamento e expulsão da placenta (dequitação), executando-o de forma eficaz e segura. Este fenómeno corresponde ao **3.º estágio do TP**. Tentei sempre respeitar a fisiologia inerente a este processo, adoptando uma atitude calma e expectante. Após a saída da placenta e membranas, certifiquei-me sempre da sua integridade. Na maioria destes procedimentos, a dequitação foi natural e aparentemente completa, através do mecanismo de Schultze, não identificando a retenção de fragmentos na cavidade uterina. Contudo, em alguns partos o mecanismo de expulsão da placenta foi o de Duncan; numa situação ocorreu retenção placentária e realizada dequitação manual pelo médico; e numa outra dequitação houve suspeita de membranas fragmentadas, pelo que procedi a uma revisão manual e posteriormente foi comunicado à equipa médica com controlo ecográfico, não se tendo confirmado esta retenção e não sendo necessário o desenvolvimento de outras manobras.

Segundo protocolo do serviço, após a dequitação foi administrada terapêutica profiláctica uterotómica (Ocitocina) com a finalidade de estimular a contracção uterina e prevenir a hemorragia, prática considerada por Graça como “comum e eficaz” (GRAÇA, 2010, p.322). Confirmei sempre a formação do Globo de Segurança de Pinard e controlei frequentemente as perdas hemáticas via vaginal, com vista à prevenção e identificação precoce de complicações. Segundo as orientações deste BP, foi colhido em quase todos os partos sangue do cordão umbilical para avaliação do pH (para avaliação do bem-estar/hipóxia fetal) e para determinação do grupo sanguíneo se um ou ambos os progenitores apresentassem factor Rh negativo (para determinar a

existência de incompatibilidade) ou se o grupo sanguíneo da mãe fosse Zero positivo. Durante este Estágio com Relatório, não tive experiência na colheita de células estaminais para criopreservação pois nenhuma das parturientes solicitou esta técnica.

De acordo com a OE, o EESMOG “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação” (OE, 2010a, p.5). Assim, através de um **sistema totalmente compensatório**, procedi à reparação dos tecidos da mucosa e/ou do períneo, efectuando as respectivas perineorrafias e episiorrafias. Este foi um aspecto também novo no meu percurso profissional pelo que identifiquei alguma dificuldade na destreza manual para a sua realização e na própria identificação dos tecidos a suturar. Com o evoluir do estágio, considero que melhorei significativamente e consigo já realizar estes procedimentos de forma autónoma, tentando continuamente aprimorar esta técnica, a fim de garantir o melhor conforto à mulher.

O **4.º estágio do TP** diz respeito ao puerpério imediato, ou seja, à vigilância apertada da puérpera e adaptação do RN à vida extra-uterina num período aproximado de 2 horas. Este é um estágio em que continuam algumas contracções uterinas para a involução uterina e vasoconstricção no local de implantação da placenta. Corresponde também a uma fase em que a puérpera tenta recuperar do esforço físico efectuado ao longo do TP e parto, pelo que deve ser favorecido um clima de harmonia durante este momento tão gratificante para o casal/família. Tendo em conta a continuidade dos cuidados e o método de enfermeiro responsável, tentei prestar os cuidados de enfermagem especializados à puérpera, RN e família com quem tinha acompanhado os anteriores estádios do TP. Devo referir que todas as puérperas a quem prestei cuidados apresentaram uma evolução favorável a nível físico e psicológico, adaptando-se positivamente ao puerpério. Foi também um período importante para a promoção da amamentação e da vigilância de saúde da puérpera e do RN, utilizando o **sistema de apoio-educação**. Finalizado este período de cerca de 2 horas, fiz novamente uma avaliação geral e obstétrica da puérpera: parâmetros vitais; avaliação da pele/mucosas; mamas e mamilos; involução uterina; lóquios; avaliação do períneo, perineorrafia ou episiorrafia; eliminação vesical; despiste de possíveis complicações (retenção urinária, hemorragia, TVP) e por fim prestei cuidados perineais para promover o seu conforto, através do **sistema parcialmente compensatório**. Nas puérperas submetidas a

cesariana, a avaliação foi similar, acrescida da vigilância do penso operatório e da monitorização urinária, uma vez que a mulher fica com cateter vesical durante 6 horas (relacionado com a anestesia efectuada e bloqueio motor dos membros inferiores). Por fim, elaborei registos completos e objectivos referentes aos 4 estádios do TP.

2.4. Objectivo Específico N.º 4

Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente e família no puerpério imediato, promovendo a transição para a parentalidade

Conforme descrito pela OE, o EESMOG “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (OE, 2010a, p.6). Neste estágio prestei cuidados a 63 puérperas. O puerpério imediato é muito importante para que a transição para a parentalidade ocorra de forma saudável e satisfatória para a díade/tríade e o EESMOG desempenha um papel fulcral como sendo o profissional de eleição para o cuidado especializado, para a promoção da saúde e para o despiste precoce de complicações do RN, puérpera, casal e família.

O período pós-natal, é especialmente importante para os RN e para as mães, um período cheio de desafios, que exige adaptação ao novo meio, aos novos papéis, um momento de mudanças físicas, fisiológicas e psíquicas. Segundo Canavarro, “são numerosos os casos que refutam, à partida, a noção de maternidade como instintiva ou como necessidade fundamental” (CANAVARRO, 2001, p.41) e cada vez mais a transição para a parentalidade tem merecido um grande relevo na actuação do EESMOG.

É crucial compreender a singularidade da puérpera/família e perceber como cada mulher integra o seu papel de mãe, para poder aperfeiçoar a nossa prestação de cuidados especializados e mobilizar os recursos adequados. Neste período, a mãe e o RN “não estão apenas a recuperar do processo físico do parto, mas também se estão a conhecer um ao outro e a estabelecer relações com os restantes membros da família” (LOWDERMILK, 2006, p.491). Os primeiros contactos entre a mãe e o RN são fundamentais para uma partilha mútua de sensações: o cheiro, a temperatura, o toque, o diálogo, o manter contra o peito... Deste modo, foi promovido um ambiente caloroso para o contacto pele-a-pele (desde que a mãe o desejasse), sendo também um

momento de excelência para o estabelecimento da relação mãe-filho e para a promoção do AM, tal como preconizado pelas directivas definidas por este hospital creditado Amigo dos Bebés. Após estes primeiros contactos, prestei os cuidados imediatos ao RN, forneci alimentação e hidratação à puérpera, posicionei-a confortavelmente e permiti que este momento fosse vivido em conjunto pela tríade e/ou com as restantes pessoas significativas. Foi sempre promovido o alojamento conjunto e colaborei frequentemente na amamentação através da adaptação do RN à mama, posicionamento correcto e identificação de sinais de boa pega.

Este período foi também importante para me inteirar e avaliar a interacção da díade/tríade, a fim de identificar alguma dificuldade neste processo. Para obter uma transição para a parentalidade saudável não se pode descurar o conceito de vinculação, a construção de um suporte emocional para a família e o EESMOG é o profissional com competências diferenciadas neste sentido. Nestas experiências, através de **intervenções de apoio-educação e parcialmente compensatórias** tive a certeza de que é essencial proporcionar ao casal/família a motivação, o controlo e o conhecimento necessário para promover a capacidade de assumirem comportamentos facilitadores dos seus papéis e viverem uma parentalidade positiva.

Terminada esta etapa, a mulher é transferida para o Internamento de Puérperas, pelo que todos os meus registos foram elaborados informaticamente, no processo de enfermagem e no BSG, transmitindo a informação pertinente para a continuidade dos cuidados. Com consentimento das puérperas, fiz posteriormente uma visita à grande maioria das mulheres a quem prestei cuidados e, no Internamento de Puérperas, acompanhei o bem-estar da mulher/família com a finalidade de identificar possíveis complicações ou dificuldades na transição para a parentalidade.

2.5. Objectivo Específico N.º 5

Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao RN e família promovendo a adaptação à vida extra-uterina e a detecção precoce de complicações

De acordo com a OE, o EESMOG tem competências para conceber, planear, implementar e avaliar as intervenções no sentido de promover a adaptação do RN à vida extra-uterina, referenciando as situações que estão para além da sua área de

actuação (OE, 2010a). É também um profissional de eleição para realizar uma avaliação e prestação de cuidados imediatos ao RN, implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina e/ou realizando manobras de reanimação em contexto de emergência. Assim, logo após o nascimento e de uma forma objectiva, avaliei o IA ao 1.º, 5.º e 10.º minuto de vida de todos os RN a quem prestei cuidados. Com a progressiva autonomia adquirida ao longo do estágio, prestei cuidados imediatos a 63 RN, sendo estes os RN que acompanhei nos diferentes estádios do TP, assim como os que culminaram em partos distócicos (ventosas e cesarianas), assumindo uma postura **totalmente compensatória**, na medida em que o RN não tem capacidade para se autocuidar nesta fase vital. Alguns destes RN necessitaram cuidados específicos: RN impregnados em mecónio e RN com circulares cervicais apertadas.

Na grande maioria dos partos foi promovido o contacto precoce pele-a-pele, avaliando constantemente a vitalidade, choro, características da pele e mucosas e a reacção do RN à adaptação à vida extra-uterina. Para favorecer a vinculação, fomentei aqui o envolvimento da pessoa significativa. Após este momento de partilha entre a díade/tríade e ainda junto da mãe, o RN é identificado com duas pulseiras onde consta o nome da mãe (uma no pulso e outra no tornozelo), que são sempre confirmadas pela parturiente. Depois, o RN é levado para a sala de prestação de cuidados ao RN, onde são prestados cuidados imediatos ao bebé: exame objectivo, integridade do SNC através da pesquisa de reflexos, avaliação do peso, cuidados de higiene e desinfeção do coto umbilical, profilaxia para prevenção de hemorragia (administração de Vitamina K intramuscular) e profilaxia de infecção ocular (administração de colírio oftálmico).

Aqui é também colocada uma pulseira electrónica com um sistema informático de segurança no tornozelo do RN (Sistema de Segurança *Babymatch*). Se apresentar sinais de boa adaptação à vida extra-uterina, após estes procedimentos e já vestido, o RN é levado novamente para junto da mãe. Por outro lado, se houver alguma suspeita de dificuldade na adaptação à vida extra-uterina (ex. gemidos), o RN permanece nesta sala de prestação de cuidados, num *Babytherm* aquecido e com possibilidade de administração de oxigénio. Quando necessário, foi solicitada a presença do pediatra para a obsevação do RN. Claramente, o EESMOG contribui para este processo, pois detém o conhecimento e competências para promover a adaptação do RN à vida extra-

uterina, diagnosticar precocemente, prestar cuidados e prevenir complicações promovendo o bem-estar e uma transição saudável para a parentalidade.

Nesta perspectiva, para a promoção da adaptação à vida extra-uterina e despite precoce de complicações, tive sempre em linha de conta alguns aspectos, como a história obstétrica da mãe, as patologias associadas durante a gravidez, o rastreio bioquímico e biofísico efectuado durante a gestação. Todos os RN a quem prestei cuidados apresentaram boa capacidade de adaptação à vida extra-uterina e boa adaptação à mama. Não cheguei a realizar nenhum procedimento de reanimação neonatal, no entanto, num dos partos que efectuei, o RN apresentou um IA de 5 ao 1.º minuto (pontuação 1 para cada um dos parâmetros avaliados: coloração, frequência cardíaca, frequência respiratória, tónus muscular e irritabilidade reflexa), sendo necessária a implementação destas medidas pelo EESMOG orientador e pediatra. As manobras foram realizadas na sala de reanimação de RN, pelo que eu permaneci junto da mãe a apoiá-la e a prestar os cuidados inerentes ao 3.º estadio do TP, não tendo a possibilidade de assistir. Felizmente, ao 5.º minuto de vida apresentou um IA 8 e ao 10.º minuto de vida um IA de 10. É uma área que me deixa ainda muito insegura pelo facto de ainda não ter experienciado uma situação de reanimação neonatal.

Todos os registos referentes ao RN foram efectuados por mim no processo de enfermagem da mãe, onde são descritas todas as informações relevantes para a continuidade dos cuidados a prestar ao RN.

2.6. Objectivo Específico N.º 6

Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados na promoção do bem-estar materno-fetal da parturiente que utiliza o óxido nitroso para controlo da dor

O nascimento constitui um acontecimento único, inesquecível e significativo na vida de uma mulher e família. Contudo, o TP é um processo fisiológico normal que geralmente é associado a momentos de dor, levando por vezes a um sentimento de ambivalência. A dor em TP pode ser muito variável entre as mulheres e pode ser muito extenuante, na medida em que assume as características das contracções uterinas: progressivamente mais intensa e mais frequente, aumenta de forma intermitente até atingir a maior amplitude da contractilidade uterina e depois vai diminuindo à medida

que a musculatura uterina vai relaxando. Assim, as manifestações da dor durante o TP são de acordo com as experiências individuais da mulher e família, do seu significado da dor, das suas características culturais e sociais.

É aqui que o EESMOG também intervém com a sua arte, com os seus cuidados de Enfermagem especializados e personalizados a cada mulher, família e comunidade. Assim, a promoção do bem-estar materno-fetal e o controlo da dor no TP tem assumido, ao longo dos tempos, uma das preocupações dos profissionais de saúde. É da responsabilidade do EESMOG o desenvolvimento de competências que promovam o alívio da dor, o conforto e o bem-estar, tendo em conta a estratégia de intervenção desejada pela mulher e família. Deste modo, considero que se torna premente o desenvolvimento de competências neste âmbito e a identificação das intervenções que promovam a saúde da mulher e feto/RN aquando da utilização do Óxido Nitroso para controlo da dor, sendo esta uma das minhas preocupações ao longo do estágio.

2.6.1. Metodologia

É fundamental definir a metodologia, pois corresponde à estratégia que irá orientar a pesquisa e permitir ter directrizes objectivas para toda a investigação. Neste trabalho, a metodologia utilizada foi baseada numa pesquisa bibliográfica através da revisão narrativa da literatura, inerente a todos os períodos de EC e através de uma RSL, que foi desenvolvida entre Março de 2013 e Julho de 2014.

2.6.2. Enquadramento Teórico

Segundo Fortin (1999) o enquadramento teórico pretende explicitar as apreciações, temas e teorias estudados numa investigação com a finalidade de perceber o fenómeno e fundamentar a área temática e os conceitos em estudo.

Durante o TP a mulher sente necessidade de apoio, de conforto, de um ambiente seguro, que vai favorecer uma experiência positiva deste momento especial. É importante compreender que a dor é parte integrante do TP e deve ser valorizada para definir a melhor estratégia a adoptar. Além das estratégias não farmacológicas para alívio da dor, é fundamental avaliar a necessidade de implementar medidas farmacológicas, ajudando a mulher a lidar com este aspecto do TP e cooperando “na

implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor” (OE, 2010a, p.5). Compete ao EESMOG informar adequadamente a mulher e família sobre as várias opções de analgesia que dispõe, tornando-a activa na gestão do seu cuidado.

Na actualidade, tem-se verificado em vários países a utilização de um diferente tipo de analgesia durante o TP: Analgesia Inalatória com Óxido Nitroso em associação com o oxigénio (50% N₂O e 50% Oxigénio – também denominado de Protóxido de Azoto). É uma via de analgesia pouco comum na obstetrícia em Portugal pelo que despertou em mim uma vontade em contribuir e beneficiar na prestação de cuidados à mulher, família e comunidade durante o TP. É um tipo de analgesia utilizada em diversos países europeus e é um método que promove a participação activa da mulher através da sua própria gestão da analgesia e liberdade de movimentos durante o TP.

Esta mistura de gás com Óxido Nitroso e Oxigénio medicinal (farmacologicamente denominado Livopan[®] em Portugal e Entonox[®] no Reino Unido) foi introduzido na área da Saúde Materna e Obstetrícia na década de 1960. Desde então, no Reino Unido, o Óxido Nitroso tem sido alvo de estudos e tornou-se numa opção comum de analgesia eficaz no TP, mantendo-se até a actualidade. De acordo com Rosen (2002), este tipo de analgesia é uma escolha de eleição para o TP e não interfere com a progressão do mesmo. Efectivamente, vários são os autores que defendem que se trata de um gás que, quando utilizado, produz um efeito analgésico, ansiolítico e ligeiramente sedativo, com acção rápida e sem compromisso da consciência (ROSEN, 2002; EL-WAHAB E ROBINSON, 2011; GIVEN J., 2010; JONES ET AL., 2012; KLOMP ET AL., 2012).

Assim, é a própria parturiente quem vai fazer a auto-administração da analgesia de acordo com a sua intensidade de dor e o EESMOG vai orientar a mulher e família para a implementação de intervenções e aprendizagem de habilidades, para o seu autocuidado na administração do analgésico. Nesta perspectiva, a **Teoria do Autocuidado de Orem** surge como uma orientação de excelência nos cuidados do EESMOG quando é utilizado este tipo de analgesia, pois vai **intervir parcialmente, apoiar e educar** para o papel individual da mulher, sendo uma mais-valia na participação activa ao longo do TP. Certamente, uma mulher devidamente esclarecida, com conhecimento e capacidade para gerir a sua própria analgesia é um elemento activo no seu parto. Deste modo, uma vez que em Portugal o Óxido Nitroso é pouco

conhecido na área de Obstetrícia, há uma vontade intrínseca em identificar o papel do EESMOG na promoção do bem-estar materno-fetal da parturiente quando é utilizado este tipo de analgesia no controlo da dor, área onde pretendo tornar-me competente e perita, com vista à integração do mesmo no BP onde desenvolvi o meu Estágio com Relatório.

2.6.3. Revisão Sistemática da Literatura

A RSL tem sido cada vez mais utilizada em estudos científicos, onde são avaliados dados de uma determinada temática com o objectivo de obter uma síntese baseada em evidências e que contribua para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem. Assim, definida a problemática em estudo, importa identificar a questão orientadora do trabalho, a partir da qual pesquisei aprofundadamente e desenvolvi uma RSL. Nesta perspectiva, formulei a seguinte questão recorrendo ao formato PI[C]O, descrito por Vilelas (2009) e que apresento na Tabela n.º 1:

“Quais as intervenções do EESMOG que promovem o bem-estar materno-fetal na parturiente que utiliza o Óxido Nitroso no controlo da dor?”

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

P	Participantes	Quem foi estudado	Mulheres em TP que utilizam Óxido Nitroso no controlo da dor
I	Intervenções	O que foi feito	Intervenções do EESMOG
C	Comparações	Podem existir ou não	Não existe
O	<i>Outcomes</i>	Resultados/efeitos ou consequências	Promoção do bem-estar materno-fetal

Para dar resposta à pergunta formulada, a RSL tem como base a pesquisa de estudos científicos delimitados a uma selecção dos artigos, através da definição de critérios de inclusão e exclusão:

Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos a seleccionar

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Estudos completos	Repetidos nas bases de dados
Estudos em Inglês, Português ou Espanhol	Necessidade de pagamento
Estudos com publicação entre 2004 e 2014	Sem relação com os resultados pretendidos

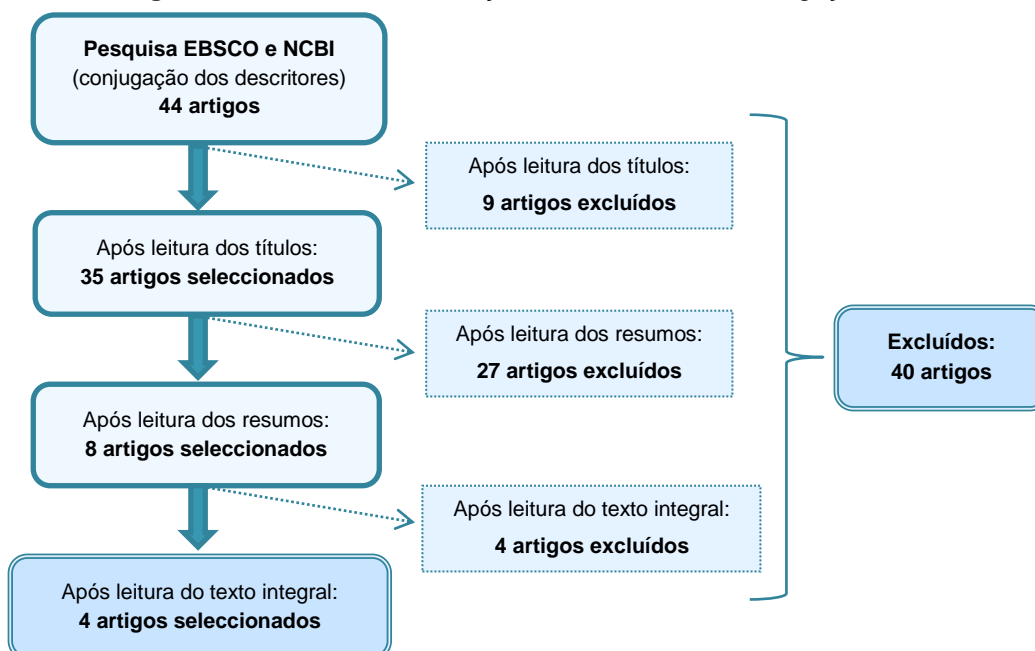
Tendo em conta o referido, entre Março de 2013 e Julho de 2014 foi desenvolvida a pesquisa na plataforma EBSCO, com a selecção das bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews e ainda na plataforma da NCBI, utilizando a base de dados da PubMed. A pesquisa foi desenvolvida com recurso à combinação de expressões booleanas:

Tabela 3. Descritores utilizados e respectiva combinação

DESCRITORES	“Nitrous Oxide” OR “Inhalation Analgesia” OR “Óxido Nitroso”	AND	“Labor” OR “Delivery” OR “Childbirth” OR “Parto”	AND	“Midwife” OR “Nursing intervention” OR “Parteira” OR “Midwi* ”
N.º DE ARTIGOS ENCONTRADOS NAS BASES DE DADOS	CINAHL → 13 MEDLINE → 25 Cochrane → 1 Pubmed → 5 Total = 44				

A amostra foi seleccionada através da leitura do título, do resumo e, sempre que o resumo suscitava dúvidas, do texto integral. Foram excluídos os artigos repetidos nas bases de dados e os que não estavam relacionados com o tema. Assim, os estudos identificados foram seleccionados tendo em conta o objectivo do trabalho e através de um processo de revisão e análise dos dados, de acordo com o diagrama seguinte:

Diagrama 1. Processo de selecção dos estudos de investigação



Tendo em conta a especificidade desta temática, foi identificado um número de estudos ainda reduzido, sendo por isso uma limitação ao desenvolvimento de um estudo mais aprofundado deste tema.

A análise dos artigos seleccionados são apresentados em forma de quadro no Apêndice III, sendo que cada artigo está identificado cronologicamente. Esta metodologia de apresentação é uma forma explícita de enunciar os dados e constitui uma ferramenta fundamental para a posterior discussão dos resultados.

2.6.4. Prática Baseada Na Evidência

A OE entende a “prática de **Enfermagem baseada na evidência** como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos clientes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, 2006, p.1). Na verdade, a PBE permite a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Com base nos diferentes estudos enriquecedores encontrados e na análise dos artigos que me propus discutir nesta RSL consegui obter a resposta à minha questão de partida: *Quais as intervenções do EESMOG que promovem o bem-estar materno-fetal na parturiente que utiliza o Óxido Nitroso no controlo da dor?*

De acordo com a DGS, a analgesia no parto é “um direito universal, ao qual todas as mulheres devem ter igualdade de acesso, o que pressupõe, por parte destas, informação detalhada e faculdade de opção consciente perante este acontecimento tão importante” (DGS, 2001, p.46). Neste sentido, é importante o EESMOG fomentar o alívio da dor, tanto através de métodos não farmacológicos como através de analgésicos, razão pela qual considere essencial apostar na minha formação e investigação desta temática. A analgesia inalatória é um gás utilizado para aliviar a dor durante o TP em diversos países (Reino Unido, Espanha, Noruega, Canadá, EUA, etc.). É um analgésico seguro e pode ser utilizado em qualquer fase ou posição do TP, não altera a percepção das contracções uterinas e não tem efeitos adversos para o feto/RN. Este gás não elimina a dor na sua totalidade mas promove um alívio significativo e uma dor mais tolerável. Deste modo, permite que tenha uma sensação próxima do parto natural. Após 2 anos de utilização em Portugal em contexto hospitalar de algumas especialidades (ex. estomatologia e pediatria), a utilização deste gás foi

finalmente aprovada pelo Infarmed em Janeiro de 2014. É acondicionado em recipientes próprios e é administrado através de uma máscara ou bucal, onde a parturiente pode controlar a sua própria administração com apoio e/ou supervisão.

Para tal, é fulcral EESMOG capacitar a parturiente para a autoavaliação da dor e gestão do regime terapêutico. Sem dúvida, a aquisição de conhecimentos e aprendizagem de habilidades vão tornar a mulher e família mais confiantes no desafio do controlo da dor no TP. Indo ao encontro da informação descrita na página web do produto inglês (Entonox[®], 2014), o efeito analgésico é sentido após 4-5 inalações e obtém a sua eficácia máxima ao fim de 2-3 minutos, sendo que o efeito regride cerca de 5 minutos após a interrupção da administração. É uma técnica segura de administração, pois possui uma válvula com um mecanismo de segurança que só abre com a pressão negativa da inspiração, minimizando assim a saturação do gás no meio ambiente. Neste sentido, este tipo de terapêutica torna-se proveitosa para a própria mulher que controla e gere o seu limiar de dor, ao mesmo tempo que a torna activa ao longo do TP. Contudo, ao longo dos tempos, o Óxido Nitroso tem sido alvo de frequentes estudos de investigação e muitos autores identificam algumas vantagens e desvantagens à sua utilização (EL-WAHAB E ROBINSON, 2011; GIVEN J., 2010; JONES ET AL., 2012; KLOMP ET AL., 2012; O'SULLIVAN, G., 2005; ROSEN, 2002):

- Vantagens:
 - Facilidade de administração;
 - Permite autonomia da parturiente;
 - Sem efeito sobre a contractilidade uterina;
 - Pode ser usado em qualquer estágio do TP;
 - Tem pouco efeito sobre o sistema cardio-respiratório;
 - É de absorção rápida (cerca de 45 segundos após primeira inalação) e breve duração da acção;
 - É rapidamente eliminado do organismo, essencialmente através da respiração (não influencia função renal ou hepática);
 - Não tem efeito sobre o RN (apesar de alguns estudos referirem a capacidade de atravessar a barreira placentária);
 - Não influencia a amamentação ou contacto pele-a-pele;
 - Pode ser utilizado em associação com outros analgésicos (opióides ou não opióides);
 - Relativa falta de inflamabilidade;
 - É económico comparativamente a outros analgésicos.

- **Desvantagens:**
 - Pode provocar sonolência, tonturas, náuseas/vómitos e euforia (identificada apenas em alguns estudos);
 - Por vezes, analgesia insatisfatória;
 - As concentrações de Óxido Nitroso no ambiente devem ser medidas regularmente (de acordo com indicações do respectivo fabricante);
 - É muito eficiente na retenção de calor, contribuindo para o aquecimento global e para a camada de ozono.

Segundo o American College of Nurse-Midwives (2013), o EESMOG deve desenvolver competências e habilidades para administrar e supervisionar o uso seguro do Óxido Nitroso como analgesia durante o parto. De um modo geral e apesar de existirem diversos estudos referentes à utilização do Óxido Nitroso, apercebi-me de que ainda são notórias algumas investigações pouco consensuais e uma evidência pouco objectiva. No entanto, a literatura diz-nos que, em inúmeras instituições dos diversos países, existe uma elevada percentagem de utilização desta analgesia durante o TP (entre 40-60% na generalidade dos estudos), considerando-a muito eficaz. Na verdade, muitos autores afirmam que o Óxido Nitroso possui efeitos analgésicos eficazes, previsíveis e de confiança, garantindo que os efeitos adversos são pouco significativos (desaparecem com a interrupção da inalação) e a sua utilização é muito segura.

Com base na evidência encontrada, posso assumir, na globalidade, que esta analgesia pode ser utilizada com segurança pois:

- Pode ser administrada facilmente pela parturiente (elemento activo no controlo da dor) e tem um rápido início de acção (entre 30 e 50 segundos);
- A analgesia inalatória não interfere com a contractilidade uterina e com a progressão do TP;
- Não tem implicações para o bem-estar materno-fetal, para a vinculação precoce, contacto pele-a-pele e amamentação;
- Quando interrompe a analgesia, o efeito é rapidamente dissipado com a respiração (eliminação do produto em cerca de 5 minutos);
- Pode ser associada outra estratégia de alívio da dor ou, se a mulher o desejar, pode ser interrompido a qualquer momento e adoptada outra medida farmacológica ou não farmacológica para alívio do desconforto.

Tendo em conta estas premissas e apesar de algumas limitações, consegui desenvolver as actividades propostas no meu Projecto de Aprendizagem. Tive a possibilidade de dar a conhecer a analgesia inalatória utilizada durante o TP a enfermeiros e grávidas/família (EC III e EC IV), informar e ainda esclarecer dúvidas sobre a sua utilização a peritos e parturientes que já detinham algum conhecimento.

Quando me propus desenvolver este tema, havia uma intenção do BP onde desenvolvi a UC Estágio com Relatório em iniciar uma fase experimental da utilização do Óxido Nitroso, projecto já a ser idealizado pela enfermeira-chefe e uma anestesista local. O meu intuito inicial era desenvolver uma Norma de Procedimentos, realizar a respectiva sessão de educação aos EESMOG do BP deste hospital e iniciar esta fase experimental aquando do meu estágio. Contudo, por condicionantes inerentes ao serviço, esta fase experimental ocorreu antes do meu Estágio com Relatório e foi desenvolvida a Norma de Procedimentos pelos elementos que já estavam a abraçar este projecto, baseando-se na literatura identificada. Assim, durante cerca de um mês, entre Novembro e Dezembro de 2013, a analgesia inalatória com Óxido Nitroso foi utilizada pelos EESMOG deste local. Nessa altura, encontrava-me a desenvolver o EC IV que felizmente ocorreu no SMMF deste hospital. Deste modo, tive a possibilidade de fazer formação personalizada às mulheres que se encontravam internadas em fase lactente ou activa do TP, consegui observar a sua utilização pontualmente no BP e consegui fazer visita às mulheres no puerpério (com o seu consentimento) a fim de perceber a sua eficácia e satisfação na sua utilização. Deste curto período de tempo, tive a oportunidade de contactar com 5 mulheres, que verbalizaram ser muito eficaz.

Além desta experiência, ainda no **EC IV** tive a oportunidade de ser um elemento activo numa sessão do Curso de Preparação Para a Parentalidade (CPPP), onde apresentei as estratégias farmacológicas para alívio da dor durante o TP e especialmente a Analgesia Inalatória que estava em uso no momento. Para melhor elucidar as grávidas, desenvolvi um folheto informativos que distribui ao casal grávido quando abordava os métodos farmacológicos para alívio da dor no parto e um alusivo a este tipo de analgesia (Apêndice IV). Também no **EC III**, desenvolvido numa UCSP da região sul do país entre Janeiro e Fevereiro de 2014, tive a possibilidade de fazer formação sobre analgesia inalatória às grávidas/família que recorreram à Consulta de Vigilância Pré-Natal e através da minha participação em dois CPPP desenvolvidos

nesta unidade. Quando finalmente cheguei ao BP para realizar o Estágio com Relatório, esta analgesia já não estava a ser utilizada e estava a ser desenvolvida pela enfermeira-chefe uma análise da sua utilização para apresentar ao Conselho de Administração do hospital. Então, tive apenas a possibilidade de realizar entrevistas informais e discutir a sua utilização com os EESMOG deste local para conhecer a sua opinião e aplicabilidade, identificar as suas dificuldades e a sua percepção da eficácia ao longo do TP. Todos referiram estar satisfeitos com a sua utilização, especialmente quando a mulher chega com dilatação quase completa, pois nessa fase não têm outra analgesia tão eficaz. Não obstante, a fim de desenvolver as minhas competências nesta temática, decidi deslocar-me a uma instituição perita na sua utilização. Foi uma decisão muito ponderada pois envolvia uma panóplia de emoções: iria deslocar-me a uma instituição totalmente desconhecida em que não estava habituada a cuidar e a barreira linguística poderia ser um factor limitador mas, ao mesmo tempo, sentia que era um desafio ao qual deveria corresponder.

Segundo El-Wahab e Robinson (2011), no Reino Unido, a analgesia inalatória é um dos métodos mais frequente em TP (cerca de 75% das mulheres). Em Portugal, não identifiquei nenhum hospital que utilizasse esta analgesia no TP. Deste modo, estabeleci contactos com hospitais no Reino Unido e foi-me permitido um estágio de observação participante num Hospital Central e Diferenciado de Londres por um período de duas semanas. Assim, desloquei-me a essa entidade entre 27 de Maio e 6 de Junho de 2014, incidindo a observação participante na prestação directa de cuidados e utilização da analgesia inalatória, onde a mobilização dos conhecimentos obtidos na revisão da literatura foi fundamental para a compreensão da sua utilização e para o sucesso deste percurso. Nesta vivência pessoal, consegui alargar a minha visão enquanto futura EESMOG, realizei entrevistas informais aos peritos que utilizam o Óxido Nitroso como analgésico no TP e desenvolvi um questionário informal à mulher/família para identificar o seu grau de satisfação com este tipo de analgesia, efectuando registos em Notas de Campo. A observação é uma técnica fundamental em enfermagem e para este objectivo, serviu como base às respostas que pretendia obter através das manifestações comportamentais das parturientes e dos peritos. Enquanto observadora participante, adoptei uma postura com alguma participação activa no grupo-alvo, baseando-me nos dados obtidos na RSL para a resolução de problemas

identificados na utilização do Óxido Nitroso. Toda a minha actuação teve por base a perspectiva de **autocuidado** da parturiente, estando desperta para os **requisitos** de autocuidados que a mulher/casal poderia necessitar.

A Maternidade deste hospital está dividida em duas unidades onde é possível realizar o parto: Birth Centre (Centro de nascimento que recebe mulheres com gravidez de baixo risco) e Labour Ward (Bloco de Partos que recebe mulheres com qualquer complicação da gravidez ou gravidez de risco). Devo salientar que, no Birth Centre, o Óxido Nitroso é o único método farmacológico utilizado no TP, pelo que, quando a mulher opta por outro tipo de analgesia (ex. loco-regional), tem de ser encaminhada ao Labour Ward. Estas unidades possuem uma equipa de enfermagem constituída apenas por EESMOG que contam com o apoio de Doulas. Utilizam o método de enfermeiro responsável, onde cada EESMOG presta cuidados individualizados a uma mulher, RN e família. Nestes locais, a privacidade é uma constante assegurada pelos EESMOG e por esse motivo foi definido que eu iria acompanhar apenas um EESMOG na prestação de cuidados a uma parturiente e família. Verifiquei que todas as mulheres utilizaram o Óxido Nitroso para alívio da dor e já viam a analgesia inalatória como um método inerente ao TP. Observei que esta analgesia consistia num complemento das estratégias não farmacológicas, promovendo um alívio significativo da dor.

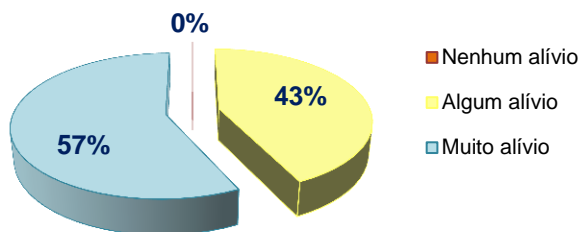
No contacto que tive com as mulheres/família, identifiquei-me e clarifiquei a natureza e objectivo da minha estadia temporária naquele hospital, assegurando a confidencialidade de todas as minhas observações. Na globalidade, senti-me muito bem recebida por todas as parturientes. Com a continuação do turno junto daquela mulher/família e após estabelecer uma relação de maior confiança, realizei uma entrevista informal às 14 parturientes que acompanhei e todas elas utilizaram o Óxido Nitroso, sendo esta amostra constituída por 5 primíparas e 9 múltíparas:

Gráfico 1. Caracterização das parturientes que utilizaram Óxido Nitroso



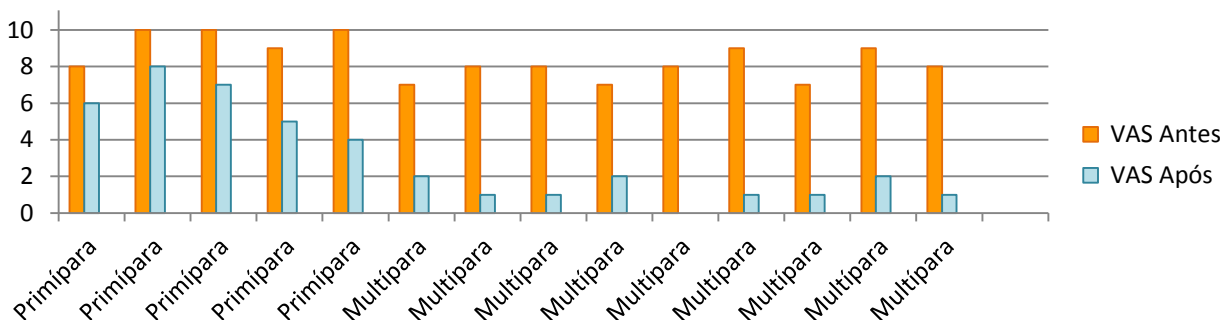
De acordo com a avaliação da dor, todas as parturientes ao utilizar o Óxido Nitroso referiram pelo menos algum alívio da dor com as inalações durante o TP:

Gráfico 2. Eficácia da Analgesia Inalatória com Óxido Nitroso



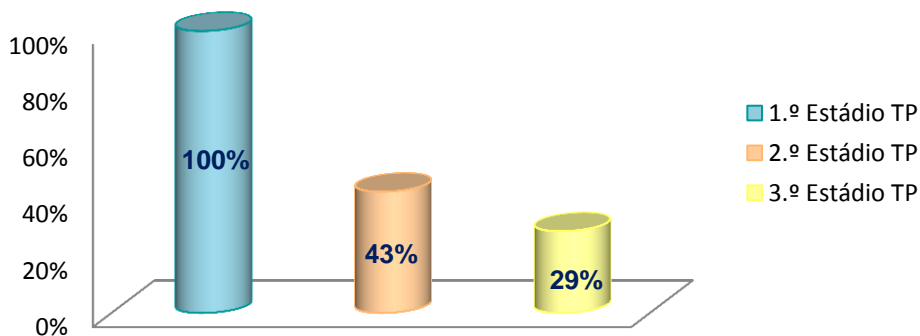
Percebi que este gás não elimina a dor na sua totalidade mas promove um alívio significativo e uma dor mais tolerável. Deste modo permite que tenha uma sensação próxima do parto natural. Da experiência que tive, verifiquei que o alívio da dor não foi suficiente nas mulheres primíparas, pois as 5 mulheres referiram um VAS de dor ainda elevado e optaram por analgesia epidural ao fim de algum tempo de analgesia inalatória e estratégias não farmacológicas. Esta decisão pode ser compreendida em diversas perspectivas, tal como verbalizado pelas mesmas: “baixo limiar de dor”; “medo do desconhecido e de não suportar”; “vontade de tirar o desconforto na sua totalidade”.

Gráfico 3. Avaliação do VAS na parturiente que utilizou Óxido Nitroso



Noutra perspectiva, 6 mulheres optaram por usar a analgesia inalatória como método farmacológico de alívio da dor no período expulsivo e 4 delas usaram o Óxido Nitroso como exclusiva analgesia, referindo ser um método muito eficaz, mesmo durante a dequitação e perineorrafia (observação de perineorrafia de grau I e grau II).

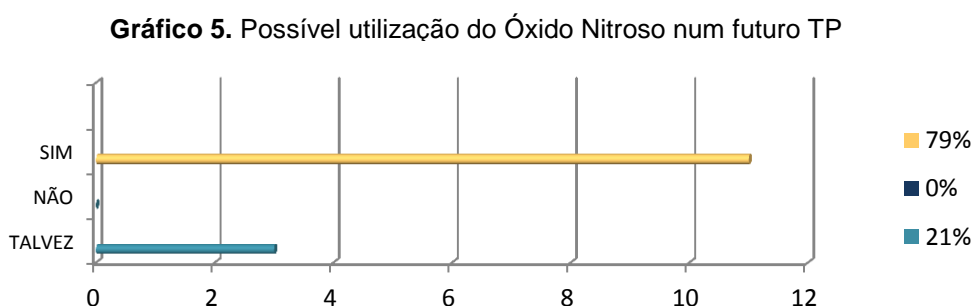
Gráfico 4. Utilização do Óxido Nitroso nos vários estádios do TP



No entendimento destas 4 mulheres, o facto de não serem submetidas a qualquer procedimento invasivo, nomeadamente a punção venosa ou punção para analgesia loco regional, o parto seria como o idealizado: o mais natural possível.

Segundo Jones et al. (2012), este tipo de analgesia pode ser administrado de forma intermitente (momento da contracção) ou de forma contínua (durante e entre as contracções). Contudo, a forma de administração recomendada para a máxima eficácia é intermitente, isto é, cada vez que se apercebe de uma contracção ou sente dor, a mulher pode colocar a máscara/bucal, inalar o gás e deste modo controlar autonomamente a sua analgesia, com a liberdade dos seus movimentos, com a sua própria avaliação da dor e com a gestão controlada do analgésico. Neste sentido, as minhas intervenções iam ao encontro da motivação da mulher/família e promoção do seu autocuidado através da orientação, supervisão e informação clara e precisa, potenciando a sua autonomia e o seu bem-estar (**sistema de apoio-educação**).

Todas as parturientes referiam uma satisfação na sua autonomia pois eram elas que administravam quando sentiam dor (sob orientação do EESMOG) e conseguiam cumprir o seu plano de parto, alternar os movimentos, ir para a piscina ou ficar na bola de pilates. Todas verbalizaram um sentimento de confiança e autodomínio na sua administração, considerando que podem ter um parto natural e com a dor controlada. Tendo em conta a satisfação demonstrada, quando questionadas se voltariam a utilizar o Óxido Nitroso num futuro TP, 11 mulheres referiram que “sim” e apenas 3 disseram que “talvez” utilizassem. Nenhuma respondeu negativamente:



Em discussão com os peritos, todos referem ser um método utilizado todos os dias, muito eficaz no controlo da dor e fácil de utilizar em qualquer posição de parto que a mulher deseje. No Labour Ward a mulher estava frequentemente com monitorização de CTG, o que me permitiu verificar que não houve qualquer compromisso materno e/ou fetal na utilização deste tipo de analgesia. Um aspecto negativo que identifiquei foi

a inexistência de qualquer norma de procedimentos, pois referem ser um método utilizado há vários anos, em que todos os profissionais sabem como utilizar e as parturientes também sabem em que consiste.

De um modo geral, a minha permanência nesta unidade foi muito pertinente para compreender o papel do EESMOG no domínio e utilização da técnica de administração da analgesia inalatória. Para melhor demonstrar a experiência neste hospital em Londres, realizei um Relatório fornecido aos peritos orientadores que acompanharam este meu percurso (Apêndice V).

Após análise destes resultados obtidos, considero que ficou bem patente a pertinência e benefícios para a parturiente quando utiliza o Óxido Nitroso no controlo da dor, sendo por isso importante a implementação de um projecto para a promoção das adequadas intervenções do EESMOG, com vista ao bem-estar materno-fetal.

Acho que, na generalidade, os enfermeiros têm capacidade para inovar e desenvolver o saber, pois detêm um vasto leque de conhecimentos e competências que promovem o desenvolvimento de estratégias que podem efectivamente beneficiar as necessidades da cliente. Num futuro próximo, pretendo desenvolver um artigo sobre a analgesia inalatória, medida que considero relevante adoptar no TP. Pretendo ainda participar nas próximas Jornadas de Saúde Materna da ESEL, que irá decorrer nos dias 2 e 3 de Março de 2015.

Por outro lado, esta é uma área que requer também um investimento institucional e, até ao momento, ainda se continua a aguardar a decisão do Conselho de Administração para a aquisição deste gás medicinal. Porém, uma vez adquirido pelo hospital, é minha itenção futura sensibilizar a equipa de enfermagem e realizar acções de formação em serviço a todos os profissionais de saúde deste local, acompanhando ainda as parturientes na sua utilização.

Espero sinceramente que, a curto prazo, seja implementada a Analgesia Inalatória com Óxido Nitroso neste BP, considerando-a como uma mais valia para o Bem-Estar da parturiente, família e comunidade em transição para a parentalidade.

3. REFLEXÃO FINAL

O presente relatório foi desenvolvido para reflectir o percurso realizado na UC Estágio com Relatório e conseqüentemente o desenvolvimento das competências enquanto futura EESMOG, baseado no modelo conceptual de **Dorothea Orem**.

O nascimento de uma criança é um acontecimento importante, uma experiência que certamente irá marcar, positiva ou negativamente, a vida da mulher, casal e família. Por isso, o parto deverá ser realizado em harmonia e baseado no cuidado humanizado, onde o EESMOG se encontra na posição ideal para corresponder às expectativas da mulher/família e tornar o nascimento num momento único e inesquecível para as pessoas-alvo dos cuidados. Cada vez mais a mulher é vista como parceira no processo de nascimento e a promoção do autocuidado é fundamental para o sucesso desta etapa tão importante. E nesta fase, a educação para a saúde e promoção do autocuidado têm como fim último o bem-estar materno-fetal, a participação activa no TP, o maior controlo sobre o parto e, claramente, uma experiência extremamente positiva deste momento tão significativo.

Neste documento apresentei a temática desenvolvida sobre as **intervenções do EESMOG para a promoção do bem-estar materno-fetal quando a parturiente utiliza o Óxido Nitroso no controlo da dor**. É importante para a disciplina e prática da Enfermagem a realização de novos projectos, alcançar e implementar novas evidências, beneficiando sempre o bem-estar da cliente, família e comunidade. Compete ao EESMOG actualizar “os seus conhecimentos e competências, a fim de se manter actualizado na sua profissão” (ICM, 2011, p.4). E esta temática do Óxido Nitroso é inovadora em Portugal, logo o EESMOG tem as características adequadas para promover o seu desenvolvimento. Constatei que as evidências identificadas podem ser facilmente implementadas no âmbito da minha prática de cuidados enquanto futura EESMOG, pois permitem o autocuidado, a tomada de decisão mais consciente e a elaboração de novos modelos de actuação através da utilização do Óxido Nitroso para controlo da dor. O percurso desenvolvido não foi pacífico, pois houve necessidade de reformular algumas actividades com o intuito de alcançar as metas propostas e julgo que as opções tomadas foram as melhores possíveis para

conseguir ultrapassar os constrangimentos identificados. Em todos os momentos o bem-estar materno-fetal foi o meu foco de cuidados, adoptando uma postura profissional e fundamentada.

Considero que prestei cuidados de qualidade, estive disponível para cuidar, compreender os sentimentos, escutar a mulher/família, valorizar a sua opinião e proporcionar uma experiência feliz e harmoniosa. Na generalidade, este foi um estágio com imensos momentos ricos de aprendizagem enquanto futura EESMOG. Considero que evoluí positivamente no desenvolvimento das competências técnico-científicas e relacionais, atingindo uma avaliação qualitativa final ao nível de Excelente e ultrapassando muitos receios inevitáveis numa área tão específica como é o BP e SUOG. Para mim, o Estágio com Relatório era visto como um grande desafio, um momento de esforço e dedicação que mereceu todo o meu empenho. Assumir a responsabilidade e definir o meu processo de aprendizagem foi um ponto de partida muito importante para o desenvolvimento das competências do EESMOG definidas pela OE e pelo ICM. Para desenvolver a minha capacidade reflexiva, foram fundamentais as discussões informais com os peritos sobre as variadas temáticas, a realização dos Diários de Aprendizagem, promovendo o meu pensamento crítico e auto-reflexão sobre situações concretas do meu processo de ensino-aprendizagem e ainda as Análise das Práticas na ESEL promovidas pelos docentes.

Proporcionar um parto seguro e de qualidade é um constante desafio e quero salientar a importância do EESMOG orientador nesta etapa académica, pois influenciou fortemente o meu desenvolvimento, promoveu a minha autonomia, responsabilidade, qualidade técnica, ética e moral, reflexão crítica, capacidade de decisão, espírito de equipa e fundamentalmente, a escuta, o carinho, o apoio, o acompanhamento e o interesse constante no bem-estar da mulher e família ao meu cuidado.

Frequentar este CMESMO foi um passo muito importante no meu projecto de vida profissional e todos os momentos foram muito gratificantes, pois o parto é um acontecimento belíssimo, de muita responsabilidade, de cuidados individualizados que envolvem muitas emoções. É um momento em que a mulher/casal é a protagonista e nós, EESMOG, devemos estar sensíveis às suas necessidades para estabelecer uma parceria no processo de cuidados, promover o autocuidado e respeitar o seu direito ao parto natural, tornando esta experiência o mais satisfatória possível.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Bishop, J.T. (May/June 2007). Administration of Nitrous Oxide in Labor: Expanding the options for women. *Journal of Midwifery & Women's Health*. **52** (3), 308-309. DOI: 10.1016/j.jmwh.2007.02.018

Caldas, D.B., et al (2013). Atendimento Psicológico No Pré-Natal De Alto-Risco: A Construção De Um Serviço. *Psicologia Hospitalar*. **11** (1), 66-87. Acedido em 21/07/2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092013000100005&script=sci_arttext

Canavarro, M. (2001). Gravidez e Maternidade. Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Coords.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. 17-49. Coimbra: Quarteto.

Collins, M.R., et al. (2012). Nitrous Oxide for Labor Analgesia: Expanding Analgesic Options for Women in the United States. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*. **5**(3/4), 126-131. DOI: 10.3909/riog0190

Coutinho, E. C. (2006). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Revista Sinais Vitais*. **68**, 61-66.

Direcção Geral de Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS. Acedido a 25/05/2013. Disponível em: <http://www.esscvp.eu/Portals/0/Plano%20Nacional%20de%20Luta%20Contra%20a%20Dor.pdf>

Direcção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor – Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPD*. Lisboa: DGS. Acedido a 25/05/2013. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/6/controlo+dor.htm>

El-Wahab, N.; Robinson, N. (2011). Analgesia and anaesthesia in labour. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 21(5), 137-141. Acedido em 04/05/2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751721411000273>

Enkin, M.W., et al. (2005). Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. (3.^a ed). Brasil: Guanabara Koogan.

Fonseca, R. (2008). Análise crítica à teoria geral de enfermagem da Dorothea Orem. Universidade Católica Portuguesa. Acedido a 09/05/2013. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/22602771/Trabalho-Orem-Final>

Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação: Da concepção à realização. Camarate: Lusociência.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of patient empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. **16** (3), 354-361. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x

Given J. (2010). Management of procedural pain in adult patients. *Nursing Standard*. **25** (14), 35-40. Acedido em 04/05/2013. Disponível em: <http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/archive/article-management-of-procedural-pain-in-adult-patients>

Graça, L.M. e Colaboradores (2010). Medicina Materno-Fetal. (4.^a ed). Lisboa: Lidell

Hay, E., et al. (2001). Quality Assurance of Nurse Triage: Consistency of Results Over Three Years. *American Journal Of Emergency Medicine*. **19** (2), 113-117. Acedido em 14/07/2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11239253>

Horkey, J. (January-February, 1973). Evaluation Of The Effects Of Nitrous Oxide In Man - A Review. *Anesthesia Progress*. 16-22. Acedido em 28/03/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2516611/pdf/anesthprog00157-0016.pdf>

ICM (2011). Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira. Acedido a 11/07/2014 disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Competencies%20Tools/Compete%CC%82ncias%20Essenciais%20para%20o%20Exerci%CC%81cio%20Ba%CC%81sico%20da%20Profissa%CC%83o%20de%20Parteira%202010.pdf>

Jones, L. et al. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews (Review). *The Cochrane Library*. **3**, 1-162. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2

Klomp, T. et al. (2012). Inhaled analgesia for pain management in labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. **12** (9), 1-86. DOI: 10.1002/14651858.CD009351.pub2.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Lei n.º 15/2014 de 21 de Março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República I Série*, N.º 57 (20-03-2014), 2127-2131.

Lopes, J. (2006). *O fazer do trabalho científico em ciências sociais aplicadas*. Recife: Editora UFPE.

Lowdermilk, D.; Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. (7.^a Ed.). Loures: Lusodidacta.

Luna, M.S. et al. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*. **71**(4), 349–36. DOI: 10.1016/j.anpedi.2009.07.012.

Matias, C., et al. (2008). Triagem de Manchester nas Síndromes Coronárias Agudas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. **27** (2), 205-216. Acedido em 14/07/2014. Disponível em: <http://www.spc.pt/dl/rpc/artigos/900.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 11/07/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros; APEO (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada (Documento de Consenso)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 14/03/2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Partido_Normal.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Osuna, A. F. (2000). *Salut pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.

O’Sullivan, G. (2005). Analgesia and anaesthesia in labour. *Current Obstetrics & Gynaecology*. **15**, 9-17. DOI: 10.1016/j.curobgyn.2004.10.001

Rooks, J. P. (2011 Nov-Dec). Safety and Risks of Nitrous Oxide Labor Analgesia: A Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*. **56**(6), 557-565. DOI: 10.1111/j.1542-2011.2011.00122.x.

Rosen M. A. (2002). Nitrous oxide for relief of labor pain: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 186 (5), 110-127. Acedido em 04/05/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011877>

Soong, B.; Barnes, M. (2005). Maternal Position at Midwife-Attended birth and Perineal trauma: Is there na Association?. *BIRTH*. **32** (3), 164-169. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2005.00365.x.

Stewart, L. S.; Collins, M. (2012). Nitrous Oxide as Labor Analgesia Clinical Implications for Nurses. *Nursing for Women's Health*. 16(5), 398-409. Acedido em 24/06/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23067284>

Tomey, A., Alligood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: *Modelos de Enfermagem*. (A.R.Albuquerque, Trad.). (5ªed.). Loures: Lusociência

UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO (Documento Orientador da UC Estágio Com Relatório). Prof. M^a Anabela Ferreira dos Santos. ESEL, 2014.

Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Silabo.

WHO (2006). What is the evidence on effectiveness of Empowerment to improve Health? Acedido em 21/01/2014. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/pre2009/what-is-the-evidence-on-effectiveness-of-empowerment-to-improve-health>

WEBGRAFIA:

American College of Nurse-Midwives:

http://www.midwife.org/acnm/files/acnmlibrarydata/uploadfilename/00000000080/nitrous_oxide_12_09.pdf. Acedido em 11/07/2013.

Site Oficial Entonox:

<http://www.entonox.co.uk/en/index.shtml>. Acedido em 29/04/2014.

Infarmed:

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=48103&tipo_doc=fi.

Acedido em 31/01/2014.

APÊNDICES

APÊNDICE I:

Projecto Individual de Aprendizagem (adaptado)



PROJECTO DE APRENDIZAGEM

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

BLOCO DE PARTOS E SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA

HOSPITAL DIFERENCIADO DA REGIÃO SUL DO PAÍS

Trabalho Realizado por:

Joana Carina Sousa Vieira

N.º 4706



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

4.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

PROJECTO DE APRENDIZAGEM

AUTOR:

Joana Carina Sousa VIEIRA N.º 4706

DOCENTE ORIENTADORA:

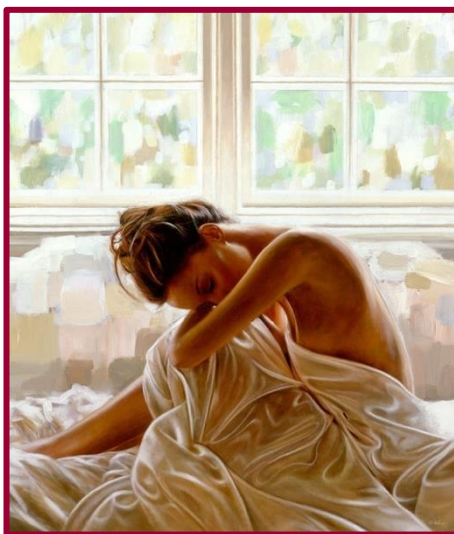
Prof. Irene SOARES

ENFERMEIRO ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO:

EESMOG Local

LISBOA

MARÇO 2014



“Os fenómenos que envolvem o processo de gravidez, parto e pós-parto (...) constituem um corpo de conhecimentos necessários para o exercício de todos os intervenientes no processo de Cuidar.”

(Martins, 2004, pg.5)



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF	Auscultação dos Batimentos Cardio-Fetais
BP	Bloco de Partos
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
CTG	Cardiotocografia
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DPP	Data Provável do Parto
DUM	Data da Última Menstruação
EC	Ensino Clínico
EESMOG	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IA	Índice de Apgar
ICM	International Confederation of Midwives (Confederação Internacional de Parteiras)
IFP	Incompatibilidade Feto-Pélvica
IG	Idade Gestacional
IO	Índice Obstétrico
IMG	Interrupção Médica da Gravidez
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LA	Líquido Amniótico
OE	Ordem dos Enfermeiros
Prof.	Professora
RN	Recém-Nascido
TVP	Trombose Venosa Profunda
UC	Unidade Curricular
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia



ÍNDICE

	Pág.
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
0. INTRODUÇÃO	VI
1. FINALIDADE E OBJECTIVOS	VIII
2. PROJECTO DE APRENDIZAGEM	X
2.1. Planeamento das actividades	X
2.2. Recursos	XVII
2.3. Cronograma I do Estágio com Relatório	XVIII
3. REFLEXÃO FINAL	XIX
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XX



0. INTRODUÇÃO

Este Projecto de Aprendizagem surge no âmbito da UC Estágio com Relatório, enquanto estudante do 4.º CMESMO, que será realizado no Bloco de Partos e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica *de um hospital diferenciado da região sul do país*. Este estágio terá um total de 750 horas (500 horas de contacto e 250 horas de trabalho autónomo/orientação tutorial) e decorre entre os dias 06 de Março e 11 de Julho de 2014, orientado pela Prof. Irene Soares e EESMOG Local.

Segundo Estrela et al., um Projecto é um “*escrito composto pela descrição de um conjunto de actividades, devidamente inter-relacionadas e coordenadas, delineadas dentro de objectivos precisos, limites de tempo e de orçamento, que constituem uma obra a realizar, ainda na sua fase de planeamento*” (ESTRELA, et al., 2006, p. 106)

Deste modo, a metodologia de trabalho de projecto surge como um estímulo à minha iniciativa, autonomia e responsabilidade de aprendizagem, orientando-me no percurso que tenciono realizar ao longo deste estágio. Este projecto será, então, baseado nas principais competências que pretendo desenvolver, assumindo como ponto de partida as competências comuns e específicas do EESMOG.

Pretendo, assim, elaborar um guia para o meu desenvolvimento e crescimento pessoal/profissional, um percurso que me capacite para prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher, feto/RN, inseridos na família e comunidade, durante a gravidez, TP, puerpério e em processos de saúde/doença ginecológica, que recorrem ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica e Bloco de Partos do *hospital*.

Indo ao encontro da OE, o Enfermeiro Especialista possui “*um 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*” (OE, 2010b, p. 2). Assim, na área da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, o EESMOG é responsável pela prestação e gestão de cuidados de enfermagem à mulher, feto/RN



e família no período pré-concepcional, na vigilância pré-natal, durante o TP, no período pós-parto e/ou com patologia ginecológica, com vista à promoção da saúde, diagnóstico e prevenção precoce de complicações, intervenção com evidência científica, em contexto de equipa multidisciplinar e referenciação das situações que estão para além da sua área de actuação. (OE, 2010a; ICM 2011).

Concomitantemente ao desenvolvimento destas minhas competências enquanto EESMOG neste estágio, pretendo ainda desenvolver uma temática que visa aprofundar conhecimentos numa área específica da Saúde Materna e Obstetrícia e que será apresentada neste Projecto de Estágio: *Intervenções do EESMOG para a promoção do bem-estar materno-fetal quando a parturiente utiliza Oxido Nitroso no controlo da dor*. Este tema surge como um interesse pessoal, por ser uma temática inovadora no contexto da Obstetrícia em Portugal, mas também como interesse do BP onde irei desenvolver este Estágio com Relatório, como sendo mais uma alternativa de analgesia numa experiência tão importante e significativa para a mulher/família – o parto.

Estruturalmente, este projecto encontra-se dividido em 3 capítulos, onde num primeiro ponto será descrita a finalidade e os objectivos do percurso pretendido neste estágio. No segundo capítulo, será exposto o planeamento do trabalho delineado, com referência à descrição das actividades a desenvolver, recursos disponíveis e o respectivo cronograma de estágio. Por último, será apresentada uma reflexão global, sob a forma de considerações finais.



1. FINALIDADE E OBJECTIVOS

Segundo Benner, o desenvolvimento de competências em Enfermagem “*trata-se de melhorar teorias e noções preconcebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria. Com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das actuações*” (BENNER, 2001, p.63).

Deste modo, a **finalidade** e competências traçadas pela equipa pedagógica para este Estágio com Relatório são:

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

(Documento Orientador da UC Estágio com Relatório do 4.º CMESMO da ESEL)

Como **objectivo geral** deste meu estágio, pretendo desenvolver competências no âmbito das intervenções comuns e específicas do EESMOG, com o intuito de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do pré-natal, TP, puerpério imediato e cuidados ao feto/RN, abarcando ainda a Urgência Obstétrica e Ginecológica do *hospital*.



Neste sentido, apesar de promover o desenvolvimento das competências descritas nesse mesmo documento, foram delineados os seguintes **objectivos específicos** para este Estágio com Relatório:

7. Objectivo Específico N.º 1: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher e família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica e que recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do *hospital*;
8. Objectivo Específico N.º 2: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à grávida e família que vivencia risco pré-natal e que recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do *hospital*;
9. Objectivo Específico N.º 3: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente, feto/RN e família durante os diferentes estádios do TP;
10. Objectivo Específico N.º 4: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente e família no puerpério imediato, promovendo a transição para a parentalidade;
11. Objectivo Específico N.º 5: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao RN e família promovendo a adaptação à vida extra-uterina e a detecção precoce de complicações;
12. Objectivo Específico N.º 6: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados na promoção do bem-estar materno-fetal da parturiente que utiliza o óxido nítrico para controlo da dor.



2. PROJECTO DE APRENDIZAGEM

Os objectivos delineados no ponto anterior permitem-me identificar actividades e estratégias que possibilitem o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EESMOG. Assim, neste ponto do projecto pretendo descrever o planeamento das intervenções que tenciono desenvolver, tendo em linha de conta cada um dos objectivos específicos apresentados.

2.1. Preparação e Planeamento do Trabalho

Objectivo Específico N.º 1: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher e família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica e que recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do *hospital*

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Consulta de documentos e características do serviço: protocolos, normas de actuação, sistema de triagem e documentos de registos (Alert e SAPE), dinâmica de atendimento e circuitos da mulher/família, ...;
- Observação participante nos cuidados enfermagem prestados pelo enfermeiro orientador à mulher e família no serviço de urgência, tendo em conta as competências específicas do EESMOG;
- Promoção de um ambiente tranquilo e com privacidade no acolhimento;
- Realização de anamnese e entrevista para avaliar as necessidades da mulher e família relativamente à sua condição de saúde;
- Identificação das situações de risco e/ou que necessitem de cuidados emergentes;
- Avaliação geral e obstétrica, promovendo a sua saúde;
- Planeamento, implementação e avaliação de cuidados adequados à mulher e família com afecções do aparelho génito-urinário e/ou mama, promovendo o autocuidado;



- Diagnóstico e identificação precoce de complicações, com consequente referenciação das situações que ultrapassam a minha área de actuação;
- Colaboração com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções génito-urinárias e/ou mama: administração de terapêutica, cooperação na realização de exames ou pequena intervenção cirúrgica;
- Informação, explicação e orientação da mulher/família submetida a tratamento de afecções do aparelho génito-urinário e/ou mama;
- Apoio emocional e promoção da saúde da mulher e família, através da fundamentação e importância da adopção de estilos de vida adequados tendo em conta a sua situação clínica;
- Planeamento e execução de acções educativas de forma personalizada à mulher e família, indo ao encontro das suas dúvidas, expectativas e necessidades: sexualidade e métodos contraceptivos, IST's, IVG/IMG, cuidados específicos para determinadas situações ginecológicas (ex. Gravidez Ectópica, DIP, metrorragias, curetagem uterina, etc.), exames complementares de diagnóstico, entre outros;
- Informação e orientação da mulher e família sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida;
- Preparação para a alta ou transferência para o internamento de ginecologia;
- Partilha de experiências, em reunião formal ou informal, entre os EESMOG do serviço;
- Realização de registos completos que permitam a continuidade dos cuidados.

Objectivo Específico N.º 2: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à grávida e família que vivencia risco pré-natal e que recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do hospital

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Promoção de um ambiente tranquilo, com privacidade e com clima de autoconfiança;
- Consulta de informação referente à vigilância de saúde da grávida (BSG e Exames Complementares de Diagnóstico);



- Realização de acolhimento, anamnese, avaliação emocional física e obstétrica (identificação do IO, IG, DUM, DPP, grupo sanguíneo, história obstétrica, etc.);
- Identificação das situações de risco que exijam uma actuação emergente;
- Planeamento, implementação e avaliação de cuidados adequados à grávida/família;
- Avaliação do risco gravídico e do bem-estar materno-fetal de acordo com IG: sintomatologia materna, sinais vitais, ABCF/CTG, tónus uterino através da palpação (despiste de contractilidade), Manobras de Leopold, avaliação da condição do colo uterino e estado das membranas (se necessário), ...;
- Diagnóstico e identificação precoce de complicações, referenciando as situações que estão além da minha esfera de competências;
- Educação para a saúde de acordo com necessidades, idade gestacional e desejo expresso da grávida/casal/família:
 - Vigilância da gravidez e promoção de estilos de vida saudáveis;
 - Exames pré-natais (ecografias, análises laboratoriais, vacinação, isoimunização Rh, amniocentese, ...);
 - Cuidados alimentares e reforço hídrico;
 - Cuidados de higiene, hidratação corporal e vestuário;
 - Desconfortos da gravidez e estratégias para os minimizar;
 - Detecção de sinais de risco e/ou de TP: hemorragia, perda de líquido via vaginal, diminuição dos movimentos fetais, contractilidade regular e dolorosa, etc.;
 - Recursos disponíveis na comunidade
- Preparação para a alta ou decisão de transferir a grávida/parturiente para o BP ou Serviço de Obstetrícia;
- Elaboração de registos completos e concisos.

Objectivo Específico N.º 3: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente, feto/RN e família durante os diferentes estádios do TP

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Consulta de documentos e características do serviço: protocolos, normas de actuação, dinâmica de atendimento e circuitos da parturiente/família, ...;



- Observação participante nos cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro orientador à parturiente/família, promovendo o desenvolvimento das competências específicas do EESMOG;
- Acolhimento da parturiente, pessoa significativa e família no BP, permitindo a expressão dos seus sentimentos/receios e esclarecendo as suas dúvidas;
- Promoção de um ambiente tranquilo, seguro e com privacidade;
- Consulta do processo de enfermagem e informação referente à vigilância de saúde da grávida (BSG e Exames Complementares de Diagnóstico);
- Planeamento, implementação e avaliação de cuidados adequados à parturiente/família em todos os estádios do TP;
- Realização de Manobras de Leopold, identificando a situação, atitude fetal e apresentação;
- Avaliação do bem-estar materno-fetal: sintomatologia materna (contractilidade dolorosa, náuseas, perda de LA, sinais dos diferentes períodos do TP, etc.), sinais vitais, CTG, avaliação da condição do colo uterino e estado das membranas;
- Informação e clarificação de todos os procedimentos e evolução do TP à parturiente/família;
- Promoção do bem-estar da parturiente e convivente significativo, através de medidas que favoreçam também a progressão do TP: controlo da respiração, ingestão de líquidos e alimentação, eliminação vesical, conforto, actuação de acordo com o plano de parto da parturiente, promoção de estratégias não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor (de acordo com desejo da parturiente e prescrição), apoio emocional, ...;
- Diagnóstico e despiste precoce de desvios ao padrão normal de evolução do TP e/ou de complicações (ex. IFP), referenciando as situações que estão além da minha área de actuação;
- Colaboração com o anestesista nas técnicas de analgesia/anestesia;
- Realização de partos eutócicos e utilização do equipamento adequado durante o período expulsivo: touca, máscara com viseira, bata, luvas e instrumentos cirúrgicos esterilizados;
- Aplicação das técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica (ex.



Manobra de Ritgen Modificada, identificação precoce de circulares cervicais, episiotomia, entre outras);

- Prestação de cuidados de enfermagem imediatos ao RN, promovendo a sua adaptação à vida extra-uterina: limpeza dos fluidos do canal de parto, identificação do IA, vigilância da adaptação fisiológica e comportamental do RN, manutenção da temperatura corporal, realização de reanimação do RN em situação de emergência, etc.;
- Promoção da relação precoce da tríade, através do corte do cordão umbilical pela mãe ou convivente significativo e contacto precoce pele-a-pele;
- Vigilância e realização de técnica adequada durante o 3.º estágio do TP, implementando intervenções em caso de retenção de placenta e promoção do Globo de Segurança de Pinard;
- Avaliação da integridade do canal de parto e execução das técnicas de reparação adequadas (perineorrafia ou episiorrafia);
- Cooperação com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações do parto e/ou patologia associada;
- Participação activa em partos distócicos;
- Participação nas cesarianas e outras intervenções cirúrgicas realizadas à parturiente;
- Promoção da estabilidade hemodinâmica e conforto da mãe e bebé;
- Elaboração de registos completos sobre a dinâmica e evolução do TP e parto.

Objectivo Específico N.º 4: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados à parturiente e família no puerpério imediato, promovendo a transição para a parentalidade

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Consulta do processo de enfermagem e informação referente à gravidez e parto (BSG, Partograma, registos de enfermagem, complicações identificadas);
- Avaliação geral e obstétrica da parturiente, promovendo a sua saúde e adaptação pós-parto: sinais vitais, pele e mucosas, mamas e mamilos, abdómen e Globo de Segurança de Pinard, períneo e lóquios, eliminação vesical, membros inferiores;



- Planeamento, implementação e avaliação de cuidados adequados à parturiente/família no puerpério imediato;
- Promoção e apoio da parturiente e família na adaptação ao pós-parto;
- Diagnóstico e identificação precoce de complicações na puérpera: instabilidade hemodinâmica, hemorragia, TVP, infecção, ...;
- Avaliação emocional da puérpera e despiste de desajuste na adaptação com o RN;
- Colaboração com outros profissionais no tratamento da puérpera com complicações pós-parto e/ou patologia associada;
- Promoção da amamentação na 1.ª hora de vida (se a mãe o desejar);
- Promoção do aleitamento materno, apoio na amamentação e supervisão da mamada (educação sobre posicionamentos, frequência, sinais de boa pega);
- Observação da interacção da díade/tríade e família, motivando para a importância da promoção da vinculação;
- Reforço positivo e valorização das capacidades adquiridas, incentivando à autonomia;
- Informação e orientação da puérpera, RN e família sobre recursos da comunidade, promovendo a decisão esclarecida;
- Referenciação de situações que ultrapassam a minha área de actuação;
- Elaboração de registos pormenorizados sobre dinâmica familiar.

Objectivo Específico N.º 5: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao RN e família promovendo a adaptação à vida extra-uterina e a detecção precoce de complicações

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Pesagem, avaliação e exame objectivo do RN: vitalidade e choro, cabeça, pele e mucosas, reflexos, tórax e abdómen, coto umbilical, genitais e ânus, eliminação vesical e intestinal, extremidades e dorso;
- Identificação/despiste de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN;
- Planeamento, implementação e avaliação de cuidados imediatos ao RN de termo ou prematuro: vigilância da adaptação fisiológica e comportamental do RN à vida extra-uterina, avaliação do padrão respiratório, administração de terapêutica adequada (Vitamina K, Clorafenicol oftálmico), manutenção da



temperatura corporal, posição aninhada e aconchegada (posição fetal) de forma a assemelhar-se ao ventre materno, entre outros;

- Diagnóstico e identificação precoce de complicações no RN: dificuldade de adaptação à vida extra-uterina, dificuldade respiratória, hipoglicémia, infecção, isoimunização Rh, ...;
- Colaboração com outros profissionais no tratamento do RN com problemas de saúde e/ou alterações morfológicas;
- Supervisão e apoio dos cuidados ao RN por parte da puérpera/casal e família com promoção da sua autonomia;
- Informação, orientação e apoio à puérpera/casal e família no desenvolvimento de competências para cuidar do RN, aumentando a sua autoconfiança;
- Referenciação de situações que vão para além da minha área de actuação;
- Realização de registos completos e concisos, que permitam a continuidade dos cuidados.

Objectivo Específico N.º 6: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados na promoção do bem-estar materno-fetal da parturiente que utiliza o óxido nitroso para controlo da dor

- Realização de revisão narrativa sobre a temática;
- Desenvolver contactos informais com os peritos (docente orientadora e enfermeiros dos campos de estágio);
- Realização de contactos e entrevistas informais para identificar o conhecimento dos peritos sobre analgesia inalatória;
- Desenvolver um questionário informal à mulher/família para identificar os seus conhecimentos sobre os tipos de analgesia em TP;
- Planear e realizar acções de educação para a saúde com a mulher/família, individualizadas e/ou em grupo, sobre analgesia inalatória;
- Visita a uma instituição perita na utilização do Óxido Nitroso como analgesia no TP;
- Consultar normas de procedimentos da instituição sobre a utilização Óxido Nitroso durante o TP;
- Observar e participar nos cuidados inerentes à utilização do Óxido Nitroso;



- Realizar entrevistas informais aos peritos que utilizam o Óxido Nitroso como analgésico no TP;
- Promover o *empowerment* e autocuidado da parturiente que utiliza o Óxido Nitroso como analgesia no TP;
- Avaliar a eficácia e bem-estar materno-fetal após utilização da analgesia inalatória;
- Realizar registos completos sobre dados colhidos.

2.2. Recursos

Para a realização das actividades referidas, considero pertinentes os seguintes tipos de recursos: humanos, físicos, materiais e temporais.

- Recursos Humanos:
 - Peritos orientadores;
 - Mulher, RN e família ao meu cuidado;
 - Restante Equipa de Saúde multidisciplinar do serviço.
- Recursos Físicos:
 - Bloco de Partos e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do *hospital*;
 - Instituição perita na utilização da analgesia inalatória com Óxido Nitroso.
- Recursos Materiais:
 - Regulamento de Competências do EESMOG;
 - Documento Orientador da UC Estágio com Relatório do 4.º CMESMO da ESEL;
 - Documentos de pesquisa bibliográfica;
 - Material das sessões lectivas do 4º CMESMO da ESEL;
 - Documentação existente no serviço (protocolos, normas, instrumentos de registo de enfermagem, processos clínicos, ...);
- Recursos Temporais:
 - Período compreendido entre os dias 06 de Março e 11 Julho de 2014, como descrito no Cronograma apresentado no ponto seguinte.



2.3. Cronograma I do Estágio com Relatório

	Dia		Turno	Observações	N.º Horas	
MARÇO 2014	6	Q	T	16h-23h – Urgência Obstétrica	7	
	7	S	DC		0	
	8	S	N	22:30h-8:30h – Urgência Obstétrica	10	
	9	D	T	16h-23h – Urgência Obstétrica	7	
	10	S	F		0	
	11	T	M	8h-16:30h – Urgência Obstétrica	8,5	
	12	Q	T	16h-23h – Urgência Obstétrica	7	
	13	Q	T	16h-23h – Urgência Obstétrica	7	
	14	S	M	8h-16:30h – Urgência Obstétrica	8,5	
	15	S	DC		0	
	16	D	N	22:30h-8:30h – Urgência Obstétrica	10	
	17	S	F		0	
	18	T	M	8h-16:30h	8,5	
	19	Q	T	16h-23h	7	
	20	Q	M	9:30h-16h – ESEL	6,5	
	21	S	F		0	
	22	S	DC		0	
	23	D	N	22:30h-8:30h	10	
	24	S	F		0	
	25	T	F		0	
	26	Q	M	8h-16:30h	8,5	
	27	Q	M	8h-16:30h	8,5	
	28	S	T	16h-23h	7	
	29	S	F		0	
	30	D	DC		0	
	31	S	N	22:30h-8:30h	10	
	ABRIL 2014	1	T	N	22:30h-8:30h	10
		2	Q	F		0
		3	Q	M	8h-16:30h	8,5
		4	S	F		0
		5	S	F		0
6		D	F		0	
				TOTAL	149,5h	



3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste Projecto, com a descrição do percurso de aprendizagem previsto, torna-se um documento pertinente e corresponde a um guia a ser mobilizado em toda esta etapa, podendo estar sujeito a reformulações de acordo com as necessidades. Será um trabalho baseado numa constante revisão da literatura, com a possibilidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos, competências e atitudes, sempre com vista à humanização e personalização dos meus cuidados de enfermagem especializados à mulher, RN, família e comunidade. Efectivamente, de acordo com a OE (2010a), o EESMOG é o profissional com competências, responsabilidade e autonomia para prestar cuidados especializados às mulheres inseridas numa família e comunidade no âmbito da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Este documento constitui um passo inicial de uma longa caminhada em direcção aos objectivos traçados, com vista à aquisição de competências e capacidades que me tornem apta para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Acredito que o Estágio com Relatório será extremamente desafiante, que me serão proporcionados diversos momentos enriquecedores e que me permitirá um amadurecimento pessoal e profissional. Assim, com a realização destas actividades, considero que me será possível desenvolver as competências preconizadas, ganhando uma maior autonomia, experiência e iniciativa, exigindo um grau de responsabilidade inerente às minhas actuações enquanto futura EESMOG, as quais são vitais para o sucesso do meu desempenho num serviço tão abrangente como um Bloco de Partos e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.



4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO (Documento Orientador da UC Estágio Com Relatório). Prof. M^a Anabela Ferreira dos Santos. ESEL, 2014.

Estrela, et al. (2006). *Saber Escrever uma tese e outros textos – Um guia completo para apresentar os seus trabalhos e outros documentos*. (4^a ed.). Lisboa: Dom Quixote.

ICM (2011). Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira. Acedido a 11/07/2013, disponível em:

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

Martins, M.F.S.V. (2004). Um olhar sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: O passado, o presente, que futuro? In *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, Coimbra, 16-18 Setembro 2004. Acedido a 08/03/2014, disponível em:

<http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/FatimaMartins.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE II:

Breve Caracterização do Bloco de Partos e SUOG do Hospital

BREVE CARACTERIZAÇÃO DO BLOCO DE PARTOS E SUOG

Como referido no presente documento, o hospital onde desenvolvi o Estágio com Relatório é um Hospital Central Diferenciado da região sul do país, onde tive a possibilidade de prestar cuidados e desenvolver as competências do EESMOG no Bloco de Partos e SUOG, com vista ao cumprimento dos objectivos propostos.

Estas duas unidades estão localizadas no 1.º piso do hospital, funcionam num horário contínuo (24 horas por dia) e estão separadas estruturalmente por um corredor comum a outros serviços.

A equipa de enfermagem é constituída por 44 EESMOG e 8 enfermeiros generalistas divididos por 6 equipas, sendo a enfermeira-chefe também uma EESMOG. Cada equipa de enfermagem tem um chefe no turno (EESMOG), que em faz a distribuição dos enfermeiros através do método responsável. Estes elementos possuem um horário de trabalho rotativo, que ao mesmo tempo são distribuídos por estas duas áreas de prestação de cuidados.

Relativamente à equipa médica, é constituída por 4 equipas de urgência, cada uma composta em média com 5 médicos (normalmente 2 especialistas de obstetrícia e 3 internos ou médicos contratados) e que dá resposta a estas duas unidades.

Além da equipa de obstetras, o BP e SUOG contam com o apoio de dois anestesistas durante as 24 horas de atendimento. Do mesmo modo, está continuamente disponível um pediatra/neonatólogo que, sempre que necessário, dá também apoio ao BP deste hospital.

No que toca à equipa de Assistentes Operacionais (AO), é constituída por 14 elementos, distribuídos em horário rotativo e destacados 2 AO para o BP e 1 para o SUOG. Devo ainda referir que existe um secretariado permanente que dá resposta a estas áreas.

- **Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica**

As clientes que recorrem a este serviço são mulheres com patologia do foro ginecológico ou grávidas (com sintomatologia que pode comprometer o bem-estar materno-fetal), da área de abrangência do hospital. No entanto, quando há

necessidade de maior vigilância materno-fetal ou suspeita de ocorrência de um parto de alto risco, este hospital admite clientes de outras regiões da área sul do país.

Quanto ao espaço físico, está organizado do seguinte modo:

- Hall de entrada, onde se situa o gabinete de admissão (secretariado)
- Uma sala de ecografia
- Três salas de observação de clientes com condições para triagem de enfermagem (Triagem de Manchester), observação de enfermagem ou médica, realização de algumas técnicas como avaliação da cervicometria na grávida, colheita de sangue para análises, administração terapêutica, ...
- Sala de realização de CTG (com quatro cadeirões separados por cortina)
- Sala de sujos
- Duas casas de banho para clientes (uma delas com duche)
- Uma casa de banho para os profissionais
- Uma sala de internamento de curta duração com duas camas
- Um Bloco Operatório (onde são efectuadas curetagens e pequenas intervenções cirúrgicas)
- Uma sala de desinfeção do Bloco Operatório
- Uma arrecadação de material

- **Bloco de Partos**

As grávidas/parturientes admitidas nesta unidade são provenientes do SUOG ou do Serviço de Medicina Materno Fetal deste hospital quando se encontram em fase activa do TP, ou quando necessitam de maior vigilância ou de analgesia que normalmente não é realizada no serviço de internamento.

Em termos de estrutura física, o BP é constituído por:

- Gabinete da Enfermeira Chefe
- Uma arrecadação de material
- Duas casas de banho para profissionais
- Uma casa de banho para clientes
- Uma sala de estar de pessoal

- Uma sala de dilatação e/ou vigilância, com capacidade para três camas e respectivos CTG (preparada para realização de parto em caso de emergência)
- Quatro quartos individuais de parto (cada uma com CTG)
- Dois Blocos Operatórios (onde são efectuadas cesarianas e algumas intervenções esporádicas do foro ginecológico e obstétrico) – um destes Bloco Operatório está preparado para realização de partos mais complexos (ex. Forceps, partos gemelares, etc.)
- Uma sala de prestação de cuidados e reanimação ao RN
- Uma sala de recobro (para observação no puerpério imediato após realização de cesariana e/ou para vigilância de grávidas/puérperas com situações que requerem cuidados específicos, como por exemplo: Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Síndrome de Hellp, Coagulopatias, Hemorragia pós-parto, etc.)
- Uma sala de sujos
- Uma copa
- Um corredor externo de acesso aos quartos individuais de parto, por onde é feita a circulação dos acompanhantes.

No centro comum destes espaços, está situada a área de trabalho dos profissionais, com impressos próprios necessários, com computadores (um deles corresponde a uma Central de CTG, onde se pode observar continuamente todos os CTG realizados nas diferentes unidades) e com armários de armazenamento de terapêutica e soros.

APÊNDICE III:

Apresentação dos Artigos Seleccionados na RSL

Tabela A. Apresentação dos artigos seleccionados

ARTIGO N.º	IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Título, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS
1	STEWART, L. S.; COLLINS, M. Nitrous Oxide as Labor Analgesia: Clinical Implications for Nurses 2012 Nursing for Women's Health	Apresentar orientações para a prestação de cuidados de enfermagem às mulheres que realizam auto-administração de Óxido Nitroso durante o TP	Revisão Sistemática da Literatura	<ul style="list-style-type: none"> • Efeito farmacológico no feto/RN: o óxido nitroso atravessa a placenta e concentra-se no feto, no entanto, é rapidamente eliminado quando o RN inicia a respiração; não foram documentados efeitos de depressão respiratória ou alterações na FCF e SNC. • Analgesia que pode ser utilizada durante e após o parto (ex. para correcção de lacerações, episiorrafia, dequitação manual), actuando também como ansiolítico. • São identificadas algumas contra-indicações para a administração de óxido nitroso: mulheres hemodinamicamente instáveis; com problemas respiratórios; com cirurgia ocular ou ao ouvido médio; com obstrução intestinal, com deficiência de Vitamina B12 (pelo risco de anemia megaloblástica – ex. mulheres vegetarianas) • É necessário apoiar e instruir a mulher/família para a auto-administração do óxido nitroso. • É importante a supervisão e vigilância da mulher para manter a segurança da administração e prevenir complicações (ex: em posição de parto de cócoras, em pé ou na bola de parto). • Intervenções de enfermagem: articulação com obstetra/anestesiasta; avaliação do bem-estar materno-fetal de acordo com factores de risco da própria gravidez; despiste de complicações; avaliação da eficácia; manutenção adequada do equipamento; educar a mulher para a auto-administração e realizar registos completos do procedimento. • A administração deve ser interrompida se houver desejo de não querer continuar, se efeitos secundários persistentes (náuseas, vómitos, vertigens) ou se houver alteração do bem-estar materno-fetal.

ARTIGO N.º	IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Título, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS
2	KLOMP, T., et al. Inhaled analgesia for pain management in labour 2012 The Cochrane Collaboration	Determinar os efeitos da analgesia inalatória sobre a mãe e RN em situação de parto vaginal	Revisão Sistemática da Literatura	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes: total de 2959 mulheres que foram incluídas em 26 estudos randomizados. • Em alguns países (Canadá, Dinamarca, Finlândia, Nova Zelândia, Reino Unido e EUA), são os enfermeiros que configuram o equipamento do Óxido Nitroso, educam a mulher sobre a sua administração e monitorizam o seu uso. • O Óxido Nitroso pode ser utilizado intermitentemente ou continuamente para alívio da dor. • Vários estudos relacionam a exposição dos profissionais ao Óxido Nitroso com a redução da fertilidade, contudo, investigações recentes afirmam que esta relação não ocorre se a unidade for bem ventilada. • Neste estudo são desenvolvidas comparações entre a utilização do Óxido Nitroso e outros tipos de analgesia; óxido nitroso em concentrações e formas de administração diferentes; efeito placebo/sem analgésico. • É confirmado que o Óxido Nitroso tem realmente efeito na dor (especialmente no 1.º estágio do TP); não interfere com a colaboração no parto por via vaginal; vômitos, náuseas, tonturas e sonolência são os principais efeitos secundários da sua administração; não está relacionado com hipoxia ou asfixia neonatal. • Ainda não está totalmente definido que o Óxido Nitroso tem influência na escala de Apgar, na medida em que, de entre os 26 estudos analisados, foi identificado um único que teve esse registo. Contudo, todos eles obtêm um Índice de Apgar superior a 8 no 5.º minuto de vida.

ARTIGO N.º	IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Título, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS
3	<p>COLLINS, M.R., et al.</p> <p>Nitrous Oxide for Labor Analgesia: Expanding Analgesic Options for Women in the United States</p> <p>2012</p> <p>Reviews in Obstetrics & Gynecology</p>	<p>Identificar aspectos relevantes na aplicação clínica e implementação do Óxido Nitroso em contexto de TP numa unidade de saúde.</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O Óxido Nitroso pode ser utilizado em todos os estádios do TP. • Deve ser a própria mulher a segurar a máscara/bucal de administração, sem elásticos ou terceiros a fazê-lo, pelo risco de sonolência excessiva. • Deve ser realizada educação para a promoção do seu bem-estar aquando da utilização da analgesia inalatória, principalmente sobre o tempo respiratório. • O mecanismo de acção do Óxido Nitroso é complexo e ainda não está claramente definido. • Defende que as parteiras assumem um papel importante na implementação da analgesia inalatória em sala de partos. • Em algumas instituições, as <i>midwives</i> são responsáveis pela administração do Óxido Nitroso. • Identifica alguns pontos-chave para a implementação da analgesia inalatória com Óxido Nitroso durante o TP: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estabelecer parceria com os outros profissionais (obstetra, anestesista e restante equipa de saúde); ○ Desenvolver pesquisas sobre a sua utilização; ○ Obter consentimento e contribuição dos elementos responsáveis e da instituição; ○ Formar um grupo de trabalho multidisciplinar (obstetra, anestesista, enfermeiro, pediatra, envolvendo também a medicina materno-fetal e neonatologia) ○ Construir políticas e procedimentos de actuação para a unidade; ○ Obter equipamentos e iniciar a sua utilização.

ARTIGO N.º	IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Título, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS
4	ROOKS, J. P. Safety and Risks of Nitrous Oxide Labor Analgesia: A Review 2011 Journal of Midwifery & Women's Health	Definir a segurança e riscos para a mãe, feto/RN, amamentação e vinculação materno-infantil quando é utilizada analgesia com Óxido Nitroso durante o TP	Revisão Sistemática da Literatura	<ul style="list-style-type: none"> • Não há evidência de que a utilização de Óxido Nitroso como analgesia inalatória aumenta o risco de doenças cardiovasculares ou do SNC (mecanismos de apoptose). • Apesar do Óxido Nitroso ter influência em algumas hormonas durante o TP (endorfinas, prolactina, cortisol, ...), não interfere na produção ou eficácia da ocitocina. • Permite a contractilidade uterina normal e a progressão do TP. • Há evidência científica de que o Óxido Nitroso não tem qualquer efeito nefasto na mulher/mãe (à excepção dos sintomas secundários inerentes – vômitos, náuseas, sonolência e tonturas). • Está comprovado que esta analgesia inalatória não provoca depressão respiratória, apneia, hipoxia ou dessaturação de Oxigénio. • Não são descritas complicações para o feto ou RN quando é utilizado o Óxido Nitroso como analgesia no TP, não influenciando a vinculação ou amamentação precoce. • A analgesia inalatória com Óxido Nitroso é segura para a mãe, feto, RN e para os profissionais de saúde. • Para a aplicação clínica deste tipo de analgesia é importante ter em conta alguns procedimentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Despistar factores de risco ou contra-indicações à utilização do Óxido Nitroso; ○ Educar a parturiente para a forma de administração e os possíveis efeitos secundários; ○ Treinar as habilidades para aplicação da máscara/bucal e inalação correcta (início em 30-50 segundos e deve realizar 3 a 4 inalações); ○ Capacitar a mulher para a gestão da auto-administração da analgesia; ○ Supervisionar a administração e avaliar eficácia.

APÊNDICE IV:

Folhetos Informativos (adaptados) Sobre:

- Estratégias Farmacológicas Para Alívio da Dor no Parto**
- Analgesia Inalatória no Trabalho de Parto**



- ✿ Leia, informe-se, fale com o seu companheiro/família, esclareça as dúvidas com a enfermeira e tome a sua decisão!
- ✿ Discuta com a equipa de saúde sobre o método escolhido. No entanto, essa opção será colocada em prática tendo em conta o bem-estar materno e fetal, a dilatação do colo uterino, as suas patologias, as contra-indicações de cada via de administração e, claro, a disponibilidade dos fármacos no local onde tenciona ter o seu bebé.
- ✿ Independentemente da estratégia de alívio da dor escolhida, o importante é que tenha um trabalho de parto com o máximo conforto possível e um nascimento seguro, feliz e com satisfação.

Tome uma decisão consciente sobre o que deseja no seu parto, baseada na confiança, colaboração e conhecimento de si própria.

Assim será possível transitar para uma maternidade estável e saudável.



ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA

Elaborado pela estudante do 4.º CMESMO:

Enf.ª Joana Vieira

Sob Orientação da EESMOG Local.



**Hospital Diferenciado da
Região Sul do País**

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO PARTO



**Região Sul
Janeiro 2014**

A **dor** é uma condicionante do trabalho de parto e a sua intensidade varia de mulher para mulher. Na verdade, a dor está relacionada com diversos motivos:

- * Contrações uterinas;
- * Dilatação do colo do útero;
- * Pressão do feto nas estruturas pélvicas;
- * Dimensão do feto;
- * Medo e ansiedade.



No entanto, não é necessário suportar a dor! Esta pode ser controlada e minimizada não só pelas estratégias não farmacológicas mas também através da associação de medicamentos analgésicos por diversas vias.

Todos os analgésicos podem atravessar a placenta e podem ter efeitos no feto. Estes efeitos vão depender da via de administração, da dose do fármaco e do tempo decorrido entre a administração e o nascimento.

O objectivo destas medidas para alívio da dor é proporcionar conforto, permitindo ao mesmo tempo uma participação activa no seu parto.



ANALGESIA SISTÊMICA

Este tipo de analgesia corresponde à administração de fármacos por via endovenosa (ex. Paracetamol e Petidina).



A Petidina é um medicamento altamente eficaz no controlo da dor. Como tem um efeito relaxante, pode tornar as contrações mais eficazes e influenciar o amolecimento do colo uterino com progressiva dilatação pela pressão do feto. Pode provocar também alguns efeitos secundários como náuseas e vômitos, hipotensão, sonolência e secura da boca.

Este tipo de analgesia é geralmente usada na fase latente do trabalho de parto ou se houver contra-indicação a outros tipos de analgesia (ex. epidural).

ANALGESIA INALATÓRIA

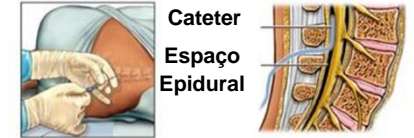
A analgesia inalatória (Livopan®) é um gás utilizado para aliviar a dor durante o trabalho de parto, onde é a grávida que gere a sua administração. Está em fase inicial de utilização no Hospital [redacted] e é administrado através de uma máscara que a própria grávida coloca quando sente dor ou contracção. É um método seguro, rápido e eficaz.



Pode provocar náuseas/vômitos, hipotensão e sonolência. Por não ter efeitos nocivos no feto/recém-nascido pode ser utilizado em qualquer etapa do trabalho de parto.

ANALGESIA EPIDURAL

Consiste na administração de um analgésico ou anestésico através de um cateter colocado numa região específica do corpo (espaço epidural). Esta técnica é executada exclusivamente pelo anestesista. É o método farmacológico mais usado actualmente para aliviar as dores do parto.



A colocação deste cateter exige uma posição específica, na qual terá ajuda de um profissional de saúde: deitada em posição fetal ou sentada com o queixo junto ao peito.



Através deste cateter, são administrados medicamentos que provocam a diminuição da sensibilidade da parte inferior do corpo (não a perda total da sensibilidade), tornando indolores as contrações e a progressão do trabalho de parto.

É seguro e para a utilização deste método é necessário que esteja em fase activa do trabalho de parto: com cerca de 3-4 centímetros de dilatação e contrações regulares.

Como efeito adverso, pode surgir hipotensão, tremores, dor no local de inserção do cateter, dor de cabeça, náuseas e dificuldade em urinar.

IMPORTANTE...

↳ A dor durante o trabalho de parto assume as características das contracções uterinas: progressivamente mais intensa e mais frequente.

↳ É uma sensação pessoal e subjectiva. Logo, a resposta à dor é inerente à sensibilidade de cada pessoa. Mas não precisa de suportar a dor!

↳ Diversos são os métodos que permitem minimizar e/ou controlar a dor durante o trabalho de parto (não farmacológicos e farmacológicos).

↳ A analgesia inalatória é mais uma alternativa disponível para utilizar no seu trabalho de parto.

↳ A opção é sua! É importante ir formando a sua decisão do que pretende ter no seu parto. Terá toda uma equipa de saúde disposta a colaborar para o seu bem-estar e corresponder às suas expectativas.

↳ Pode ser considerado um desafio, mas o nascimento constitui um acontecimento único, inesquecível e significativo na sua vida!



“Não somos poupados a sofrimentos, mas é-nos dada a possibilidade de reagir e continuar a avançar”.

(Paulo Geraldo)



ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA

Elaborado pela estudante do 4.º CMESMO:

Enf.^a Joana Vieira

Sob Orientação da EESMOG Local.



Hospital Diferenciado da Região
Sul do País

ANALGESIA INALATÓRIA NO TRABALHO DE PARTO



Região Sul
Janeiro 2014

A **Analgésia Inalatória (Livopan®)** é um gás utilizado para aliviar a dor durante o trabalho de parto em diversos países (Reino Unido, Espanha, Noruega, Finlândia, Canadá, etc.). É também usado em outras especialidades médicas, tal como pediatria e estomatologia.

É composto por 50% de Oxigénio e 50% de Protóxido de Azoto (N₂O), apresentado sob a forma de gás medicinal e libertado através de uma máscara com uma válvula de pressão negativa, isto é, a inspiração pela máscara faz abrir a válvula e o gás é libertado.



É um analgésico seguro e o seu efeito é sentido em menos de 1 minuto (30 a 45 segundos), ou seja, após cerca de 4 ou 5 inalações.

Obtém a sua eficácia máxima ao fim de 2 - 3 minutos de utilização.

O seu efeito passa em menos de 5 minutos após terminar a inalação.



UTILIZAÇÃO:

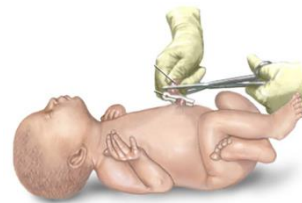
O **Livopan®** pode ser utilizado em qualquer fase ou posição do trabalho de parto, não altera a percepção das contracções uterinas e não tem efeitos adversos para o feto/recém-nascido.

A máscara deve ser aplicada exclusivamente por si, para que possa controlar a dose adequada de medicamento a ser administrado, tendo em conta a intensidade da sua dor.



Assim, quando sentir dor ou percebe a sensação de contracção deve inalar o gás para obter o seu efeito. Quando se sentir aliviada pode suspender a inalação.

Após a expulsão e até à laqueação do cordão umbilical é aconselhada a respirar só ar ambiente.



Este gás não elimina a dor na sua totalidade mas promove um alívio significativo e uma dor mais tolerável. Deste modo permite que tenha uma sensação próxima do parto natural.

VANTAGENS:

- É fácil de administrar;
- É um método de controlo da dor não invasivo;
- Não tem efeito no feto/recém-nascido;
- Permite deambular e participar activamente no trabalho de parto;
- Pode ser utilizado em partos distócicos (fórceps/ventosa) e nos procedimentos após o parto (remoção da placenta, sutura do períneo)
- Se não estiver a ser suficientemente eficaz, podem ser associados outros métodos para alívio da dor ou, se preferir, pode ser interrompido e iniciado outro método farmacológico.



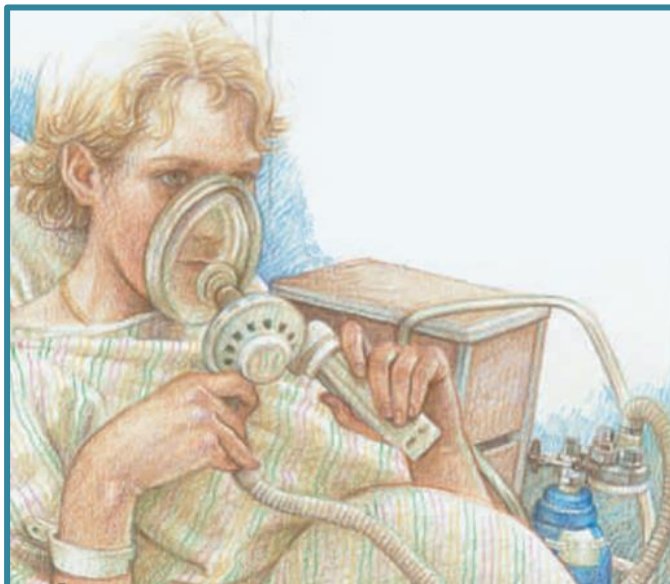
DESVANTAGENS:

- Tal como a maioria dos medicamentos, tem possíveis efeitos secundários (que desaparecem após cessar a administração):
 - Náuseas/vómitos;
 - Tonturas;
 - Sonolência;
 - Euforia;
 - Sensação de pressão no ouvido (raro).



APÊNDICE V:

Relatório do Estágio Realizado em Londres (adaptado)



RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM LONDRES

UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO

HOSPITAL DIFERENCIADO DO CENTRO DE LONDRES

Trabalho Realizado por:

Joana Carina Sousa Vieira

N.º 4706



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

4.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
EM LONDRES**

HOSPITAL DIFERENCIADO DO CENTRO DE LONDRES

AUTOR:

Joana Carina Sousa VIEIRA N.º 4706

DOCENTE ORIENTADORA:

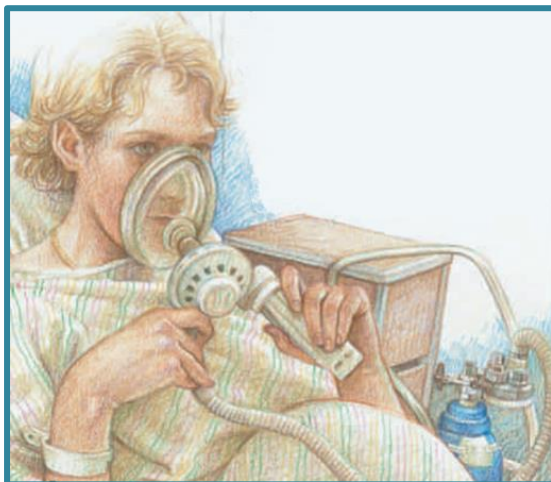
Prof. Irene SOARES

ENFERMEIRA ORIENTADORA DO LOCAL:

Midwifery Matron

LISBOA

JUNHO 2014



“Enfermagem materna (...) está numa posição ideal para avaliar a saúde da cliente e sua família, conduzir a promoção da saúde, orientar sobre cuidados com a mesma e dar apoio durante o período gestacional.”

(Burroughs, 1995, p. 220)



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
CTG	Cardiotocografia
DGS	Direcção Geral de Saúde
EC	Ensino Clínico
EESMOG	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
OE	Ordem dos Enfermeiros
PE	Parto Eutócico
Prof.	Professora
RN	Recém-Nascido
TP	Trabalho de Parto
UC	Unidade Curricular



ÍNDICE

	Pág.
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
0. INTRODUÇÃO	VI
1. PERCURSO DE APRENDIZAGEM	VII
1.1. Birth Centre	VIII
1.2. Labour Ward	XI
1.3. Resultados obtidos	XIII
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	XVI
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XVII
ANEXOS	
Anexo I – Relatório elaborado pela Midwifery Matron referente ao estágio no Hospital Diferenciado em Londres	



0. INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório corresponde à análise e descrição do Estágio efectuado em Londres, num *Hospital Central e Diferenciado*, inserido na UC Estágio com Relatório do 4.º CMESMO da ESEL. Este período de estágio decorreu entre 27 de Maio e 06 de Junho de 2014, com a orientação local de uma Supervisora das Midwives (Midwifery Matron) e teve uma duração total de 72h (horário compreendido entre as 08h00 e as 16h00).

A finalidade primordial traçada para este estágio em Londres foi a observação participante na utilização da Analgesia Inalatória (mistura de Óxido Nitroso com Oxigénio) durante o TP, a fim de identificar as intervenções do EESMOG para a promoção do bem-estar materno-fetal quando a parturiente utiliza Óxido Nitroso no controlo da dor.

Segundo Lowdermilk, o alívio da dor é extremamente importante durante o TP, pois na generalidade é um dos factores que “que determina e influencia a percepção da mulher sobre o parto” (LOWDERMILK, 2008, p. 359)

Ao mesmo tempo, esta finalidade vem dar resposta ao meu interesse particular para o desenvolvimento da temática inovadora seleccionada a aprofundar ao longo da UC Estágio com Relatório.

Neste sentido, primeiramente farei uma descrição simples e objectiva de alguns aspectos que observei neste hospital em Londres, efectuando uma análise sobre a utilização do Óxido Nitroso durante o TP. Apresento também algumas fotografias deste local e das parturientes que utilizaram o Óxido Nitroso, obtidas após consentimento dos peritos (para as fotografias da instituição) e Consentimento Informado assinado pelas parturientes/família que foram fotografadas. Por fim, será efectuada uma apreciação global daqueles que foram os contributos desta caminhada, sob a forma de reflexão/considerações finais.



1. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Este *Hospital Diferenciado* situa-se na área central de Londres. Trata-se de um hospital que recebe clientes do SNS, contudo, todas as unidades possuem uma área reservada a particulares, ou seja, pode receber clientes em condições de internamento privado. Por outro lado, as clientes admitidas (por ser o seu hospital de referência) têm também a possibilidade de optar pela unidade privada mediante o pagamento do valor correspondente.

A Maternidade deste hospital está situada no 3.º piso e dividida em várias unidades:

- Birth Centre – Centro de nascimento que recebe mulheres com gravidez de baixo risco.
- Labour Ward – Bloco de partos que recebe mulheres com qualquer complicação da gravidez e gravidez de risco ou mulheres que desejam analgesia epidural.
- Unidades pós-natal: Ann Stewart Ward; Josephine Barnes Ward e Simpson Unit.

A equipa de enfermagem é constituída por EESMOG e por enfermeiros generalistas, sendo que nas áreas de nascimento (Birth Centre e Labour Ward) apenas estão EESMOG. Em cada turno há uma Senior Midwife responsável pela distribuição dos enfermeiros pelas várias unidades. Os enfermeiros desenvolvem um horário rotativo em turnos de 12 horas: das 08h00 às 20h00 e das 20h00 às 08h00. Em todas as unidades trabalham por método de enfermeiro responsável, onde cada enfermeiro presta cuidados individualizados à mulher, RN e família.

Numa fase inicial, foi-me dada a conhecer a dinâmica destas unidades, integrando-me no ambiente e na equipa de saúde. Por ser um estágio de observação da utilização da analgesia inalatória no TP, foi seleccionado pela orientadora local de que iria permanecer no **Birth Centre** e **Labour Ward**. Nestes locais, a privacidade é uma constante assegurada pelos EESMOG e por esse motivo foi definido que em cada turno eu iria acompanhar apenas um EESMOG na prestação de cuidados a uma parturiente e família.



Assim, iniciei a observação participante na prestação directa de cuidados e utilização da analgesia inalatória, onde a mobilização dos conhecimentos obtidos na revisão da literatura foi fundamental para a compreensão da sua utilização e para o sucesso deste percurso.

1.1. Birth Centre

O Birth Centre é centro de nascimento composto por sete quartos individuais que proporcionam o parto num ambiente calmo, tranquilo e tendo em conta o plano de parto da parturiente/família. Em cada quarto existe uma iluminação relaxante, suave e que pode ser controlada pela mãe; música ambiente; pufes; 4 quartos com piscina de parto e todos possuem uma casa de banho privativa. É conhecida como uma “*State of the art*” do nascimento em Londres:





Esta unidade admite parturientes/família com gravidez de baixo risco em qualquer fase do TP e esta fica no mesmo quarto até o momento da alta clínica.

A prestação de cuidados nesta unidade é assegurada apenas por EESMOG e por doulas. Não existem médicos nem se fazem CTG neste centro, no entanto, se há suspeita de alguma complicação, o médico é contactado e pode deslocar-se a esta unidade para observar a mulher e ponderar a necessidade de transferência para outra unidade (Labour Ward). Deste modo, em cada turno existe uma EESMOG mais experiente (Senior Midwife) que fica apenas de apoio, duas EESMOG na prestação directa de cuidados e uma doula que dá assistência a todas as clientes.

Aqui, a doula trabalha em colaboração e sob supervisão do EESMOG, é um elemento com formação específica para apoiar a mulher e família durante o TP e após o parto. Assim, pode instituir medidas não farmacológicas para alívio do desconforto, como realizar massagem, reflexologia, hidroterapia, aromaterapia, musicoterapia, incentivo à mobilidade e reforço hídrico, apoio emocional, entre outros; no pós-parto, colabora no conforto da mãe, RN e família, promove a amamentação e realiza momentos personalizados de educação para a saúde da mãe e bebé.

No Birth Centre, o parto ocorre essencialmente na piscina e em posições verticais, promovendo o parto normal num ambiente em que a mulher decide como quer ter o seu bebé.

Além das estratégias não farmacológicas para minimizar o desconforto, todas as mulheres utilizam o **Óxido Nitroso** para alívio da dor. Da experiência que tive, todas as parturientes já vêm a analgesia inalatória como um método inerente ao TP. Aliás, nesta unidade, o Óxido Nitroso é o único método farmacológico utilizado no TP.

No Reino Unido, a mistura de Óxido Nitroso com o Oxigénio é conhecido como Entonox[®] e neste hospital está inserido nas paredes em rampas como as de oxigénio, onde é adaptado um cabo com um bucal para a mulher inalar o gás:





O meu percurso neste Centro de Nascimento desenvolveu-se entre os dias 27 e 30 de Maio. Durante a minha estadia no Birth Centre, estabeleci uma relação empática com as parturientes/família e todos os dias observei clientes a utilizar a analgesia inalatória no TP, desde fase lactente do TP até à sua utilização no momento do parto e perineorrafia. Assim, tive a possibilidade de observar activamente a utilização nesta unidade em 6 mulheres que estavam em fase lactente e activa do TP (3 delas primíparas) e apenas 2 mulheres durante o parto, dequitação e perineorrafia (ambas com paridade 2).

Observei que esta analgesia consistia num complemento das estratégias não farmacológicas, promovendo um alívio significativo da dor. Todas as parturientes referiam alívio com as inalações, verbalizavam uma satisfação na sua autonomia pois eram elas que administravam quando sentiam dor (sob orientação do EESMOG) e conseguiam cumprir o seu plano de parto, alternar os movimentos, ir para a piscina ou ficar na bola... Todas verbalizaram um sentimento de confiança e autodomínio na sua administração, considerando que podem ter um parto o mais natural possível e com a dor controlada.

Apercebi-me de que o facto de a parturiente estar focada na respiração e inalação do gás fazia com que as mulheres mantivessem um controlo próprio ao longo de todo o TP. Por outro lado, a experiência que tive com as mulheres primíparas, fiquei com a percepção de que o alívio da dor não é suficiente, pois as 3 mulheres com quem estive optaram por analgesia epidural ao fim de algum tempo de analgesia inalatória e estratégias não farmacológicas. Esta decisão pode ser interpretada em diversas perspectivas, tendo em conta o limiar de dor de cada pessoa, o medo do desconhecido, a vontade de tirar o desconforto na sua totalidade, entre outras.

Em discussão com os peritos, todos os EESMOG do Birth Centre e Doulas referem ser um método utilizado todos os dias, muito eficaz no controlo da dor e fácil de utilizar em qualquer parte do quarto e em qualquer posição de parto que a mulher deseje.

Um aspecto negativo que identifiquei foi a não existência de qualquer norma de procedimentos, pois referem ser um método utilizado há vários anos em que todos os profissionais sabem como utilizar e as parturientes também sabem em que consiste.



De um modo geral, a minha permanência nesta unidade foi muito pertinente para compreender o papel do EESMOG no domínio e utilização da técnica de administração da analgesia inalatória.



1.2. Labour Ward

O Labour Ward é considerado um Bloco de Partos que recebe mulheres que necessitam de maior vigilância, que tiveram alguma complicação durante a gravidez ou parturientes com gravidez de baixo risco mas que necessitam de fármacos para alívio da dor, além do Óxido Nitroso.

Esta unidade é constituída por 9 quartos individuais, dos quais 2 têm acesso a uma piscina de parto. Todos os quartos têm casa de banho privada, iluminação regulável, musicoterapia e um ambiente confortável apesar de ser mais medicalizado (comparativamente ao Birth Centre):



Nesta unidade, cada EESMOG presta cuidados exclusivamente a uma parturiente (rácio 1:1), trabalhando em parceria com obstetras, anestesistas e pediatras para a promoção do conforto e bem-estar materno-fetal ao longo do TP.



Todos estes profissionais estão nesta unidade, no entanto, a maioria dos partos ocorrem apenas na presença do EESMOG que presta os cuidados à parturiente/família e RN.

Aqui, a mulher tem também disponível a bola de parto e aromaterapia para alívio do desconforto. Como medidas farmacológicas, tem à sua disposição o Óxido Nitroso, a Petidina (raramente utilizada) e a analgesia loco-regional.

Permaneci neste local em observação participante entre os dias 02 e 06 de Junho, acompanhando um EESMOG nos cuidados à parturiente/família. Da minha observação, assisti a 5 partos eutócicos e 1 parto distócico (Forceps). Todas as mulheres utilizaram o Óxido Nitroso ao longo do TP, no entanto, 2 delas (primíparas) optaram por analgesia epidural, suspendendo assim a administração da analgesia inalatória, pois ficaram com PCEA (Patient-controlled epidural analgesia) o que foi suficiente para controlo da dor – uma destas parturientes teve o parto distócico.

Dos restantes partos, não se tratavam de mulheres primíparas e utilizaram exclusivamente o Óxido Nitroso no controlo da dor, referindo grande satisfação na sua utilização. Além destas mulheres, tive a oportunidade de observar a utilização desta analgesia inalatória em 3 mulheres que se encontravam em fase activa do TP mas que não chegaram a ter o bebé no meu turno.

Todos os relatos que obtive das parturientes foi muito satisfatório relativamente à utilização do Óxido Nitroso para controlo da dor. Nesta unidade a mulher estava frequentemente com monitorização de CTG, o que me permitiu verificar que não houve qualquer compromisso materno e/ou fetal na utilização deste tipo de analgesia.





No entendimento de 4 mulheres, o facto de não serem submetidas a qualquer procedimento invasivo, nomeadamente a punção venosa, o parto seria como o idealizado, o mais natural possível.

Quando questionadas sobre a sensação de autocontrolo, todas verbalizaram um grande controlo na administração e uma sensação de participação activa no seu parto, na tomada de decisão de começar e/ou suspender a analgesia.

Neste local, não observei nenhum parto na piscina e a utilização de hidroterapia observada foi apenas em chuveiro. Percebi ainda que as mulheres que tiveram um parto com a utilização do Óxido Nitroso pouco o utilizavam no período expulsivo, ou seja, sempre que sentiam a contracção faziam uma ou duas inalações e depois concentravam-se nos esforços expulsivos sem voltarem a inalar o gás, enquanto que, durante a dilatação, inalavam o Óxido Nitroso ao longo de toda a contracção até o momento que sentiam alívio da dor.

Também aqui os peritos consideram a analgesia inalatória com Óxido Nitroso uma excelente medida de alívio da dor no TP e geralmente obtêm grande eficácia na sua utilização.

1.3. Resultados obtidos

O TP é um período cheio de desafios, que exige adaptação às mudanças físicas, fisiológicas e psíquicas. Neste sentido, o EESMOG deve proporcionar maior atenção, apoio e especialmente promover o alívio da dor e desconforto.

Segundo a DGS (2008), fazendo referência à *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor é considerada como “*uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão*” (DGS, 2008, p. 6).

A promoção do bem-estar materno-fetal e o controlo da dor no TP tem assumido, ao longo dos tempos, uma das preocupações dos profissionais de saúde. No entanto, é da responsabilidade do enfermeiro o desenvolvimento de competências que promovam o alívio da dor, o conforto e o bem-estar, tendo em conta a estratégia de intervenção desejada pela mulher e família.



A analgesia inalatória (Livopan[®] – em Portugal; Entonox[®] – no Reino Unido) é um gás utilizado para aliviar a dor durante o TP em diversos países (Espanha, Noruega, Finlândia, Canadá, EUA, etc.). É um analgésico seguro e pode ser utilizado em qualquer fase ou posição do trabalho de parto, não altera a percepção das contrações uterinas e não tem efeitos adversos para o feto/recém-nascido.

Pela minha observação, percebi que este gás não elimina a dor na sua totalidade mas promove um alívio significativo e uma dor mais tolerável. Deste modo permite que tenha uma sensação próxima do parto natural. Nestas unidades tive a possibilidade de conhecer a analgesia inalatória utilizada durante o TP e esclarecer dúvidas sobre a sua utilização:

Cliente	Local	IG	IO	Utilização de Entonox [®] no TP			VAS		Obs.
				1. ^o Estádio	2. ^o Estádio	3. ^o /4. ^o Estádio	Antes	Após	
1	Birth Centre	39s+5d	0000	✓			8	6	Encaminhada Labour Ward
2	Birth Centre	40s	2012	✓	✓ PE na piscina	✓	9	1	Uso Exclusivo
3	Birth Centre	38s+4d	1001	✓			7	2	
4	Birth Centre	40s+1d	2002	✓	✓ PE na piscina	✓	8	1	Uso Exclusivo
5	Birth Centre	39s+4d	0000	✓			10	7	Encaminhada Labour Ward
6	Birth Centre	40s	0000	✓			9	4	Encaminhada Labour Ward
7	Labour Ward	41s+3d	0000	✓	Forceps		10	4	Epidural
8	Labour Ward	38s+6d	1011	✓	✓ PE	✓	8	1	
9	Labour Ward	38s+3d	1001	✓			7	2	



10	Labour Ward	40s+2d	2012	✓	✓ PE		8	0	Uso Exclusivo
11	Labour Ward	39s+5d	0000	✓			10	8	Epidural
12	Labour Ward	40s+4d	2002	✓			7	1	
13	Labour Ward	41s	1001	✓	✓ PE		9	2	
14	Labour Ward	39s+3d	1011	✓	✓ PE	✓	8	1	Uso Exclusivo

Junto de seis mulheres com quem vivenciei o parto, optaram por usar a analgesia inalatória como método farmacológico de alívio da dor no período expulsivo e 4 delas usaram o Óxido Nitroso como exclusiva analgesia, referindo ser um método muito eficaz, mesmo durante a dequitação e perineorrafia (observação de perineorrafia de grau I e grau II).

Concluindo, acredito que este estágio contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências nesta temática, que visa aprofundar conhecimentos numa área específica da Saúde Materna e Obstetrícia e que será parte integrante do meu trabalho final do CMESMO: Relatório de Estágio.

Foi-me entregue pela orientadora local um breve relatório referente à minha estadia neste hospital, o qual apresento em anexo – Anexo I.



2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de aprendizagem descrito ao longo deste trabalho foi muito gratificante e proveitoso, baseado numa revisão da literatura e onde tive a possibilidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos e atitudes, sempre com vista ao desenvolvimento de competências na administração da analgesia inalatória ao longo do TP.

Sem dúvida, o EESMOG é o profissional com competências, responsabilidade e autonomia para prestar cuidados especializados às mulheres inseridas numa família e comunidade no âmbito da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Um aspecto que considero realmente positivo para o meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura EESMOG, foi a constante partilha de conhecimentos e experiências ao longo dos turnos realizados, não só com os peritos mas também com as próprias parturientes e família.

Acredito que a implementação da analgesia inalatória no BP onde me encontro a desenvolver a UC Estágio com Relatório é um objectivo difícil de concretizar a curto prazo, no entanto, acho que este foi um óptimo campo de estágio, com uma diversidade de situações e riqueza de momentos de aprendizagem. Aqui o EESMOG é um pilar para o bem-estar da parturiente e foi notória a empatia e respeito existente entre as enfermeiras e as clientes que recorrem frequentemente a estas unidades.

Como ponto menos positivo deste estágio, devo sublinhar a falta de documentos escritos que fundamentassem a forma de utilização da analgesia inalatória. Como estratégia para minimizar este facto, foi-me possibilitada a observação, a partilha de experiências com os peritos/parturiente e, obviamente, a pesquisa bibliográfica.



3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Burroughs, A. (1995). *Uma Introdução à Enfermagem Materna*. (6.^a ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

Direcção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor – Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD*. Acedido a 08-02-2014. Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/6/controlo+dor.htm>

ICM (2011). *Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira*. Acedido a 11/07/2013, disponível em:

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

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO (Documento Orientador da UC Estágio Com Relatório). Prof. M^a Anabela Ferreira dos Santos. ESEL, 2014.



ANEXOS



Anexo I:

Relatório elaborado pela Midwifery Matron referente ao estágio no Hospital Diferenciado em Londres



[Redacted]
Midwifery Matron
C/O labour ward
[Redacted] hospital
London
SW10 9NH

Friday 6th June 2014

Dear Madam/ Sir,

I am writing to you to confirm that Midwifery student Joana Vieira undertook a placement within our trust from 27th May to 6th June 2014.

During this time, Joana worked alongside the Midwives based in the Midwifery led birth centre and the Obstetric led labour ward. Our intrapartum service has around 6000 births per year, 7 birth centre rooms, 9 labour ward rooms, 2 Obstetric theatres, 5 recovery/HDU beds and an urgent care centre. Joana had the opportunity to work with the Midwives in each of these areas.

Joana was a welcome addition to our team and was keen to learn as much as possible during her time with us. She was able to meet her objective of observing women using the inhalational nitrous oxide/ oxygen gas blend. This inhalational analgesia is commonly referred to as 'entonox' and is a popular form of pain relief in labour for women in the UK.

I hope that Joana found her experience valuable and enjoyable.

Yours faithfully,

[Redacted signature]

Midwifery Matron

