

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Estágio com Relatório

SAPE® - Um Novo Instrumento de Registo do EESMO

Sílvia de Jesus Pereira Alegre Branco

Orientador: Irene Soares

2011



“O segredo de progredir é começar. O segredo de começar é dividir as tarefas árduas e complicadas em tarefas pequenas e fáceis de executar, e depois começar pela primeira.”

(Mark Twain)

AGRADECIMENTOS

Para a minha filha e marido que comigo compartilharam todas as alegrias e desânimos decorrentes deste projecto de vida profissional que absorveu muito de mim nestes 2 anos.

Para os meus pais, sem os quais não seria aquilo que sou hoje, mas em especial à minha mãe pelo seu espírito crítico e motivador em trabalhos desta natureza.

A todos os amigos e familiares que sempre acreditaram nas minhas potencialidades e me ajudaram na construção de uma nova atitude de vida pessoal e profissional.

Estou ainda grata aos alunos da turma de mestrado, com quem convivi estes 2 anos, mas em particular às estudantes, Fátima Grácio e Íris Medina, porque foram duas amigas que sempre me deram apoio e ânimo ao longo destes anos.

Agradeço a todos os que com os seus conhecimentos, experiência técnica, relacional, profissional, disponibilidade, compreensão e amizade colaboraram comigo para a realização deste relatório de campo.

No final deste relatório não poderia deixar de expressar o meu sincero agradecimento à Mestre e Orientadora da ESEL, Irene Soares, por ter contribuído com o seu espírito crítico para a concretização do presente trabalho.

Assim, as minhas palavras de apreço e gratidão vão também para a EESMO Antónia Prates, com a qual trabalhei lado a lado nestes 6 meses na arte de cuidar em Obstetrícia. Fico eternamente grata pela sua dedicação, disponibilidade, simpatia, apoio incondicional e pelos seus ensinamentos neste meu percurso. A sua ajuda demonstrou-se preciosa na construção de saberes mais sólidos e no reconhecimento das minhas limitações/dificuldades, com que fui sendo confrontada diariamente.

Pela atitude da EESMO Antónia Prates, crítico-construtiva constante em reuniões informais frequentes, pude construir uma nova atitude/conduta, que despertou em mim o melhoramento na esquematização das intervenções, autonomia, aperfeiçoamento da linguagem e treino do “olho clínico em Obstetrícia”.

Estou felicíssima por pessoalmente ter conseguido dar este passo a nível profissional, que nem sempre foram “rosas” mas que actualmente reconheço que era uma missão que só a mim me pertencia (quer pelo campo de estágio, quer pela temática e pela exigência da tutora/orientadora local que me foram seleccionadas).

Hoje sou uma pessoa muito diferente de quando iniciei este curso, estou mais fortalecida, madura e com uma panóplia de conhecimentos teórico-práticos que dificilmente não conseguirei demonstrá-los na sua totalidade neste relatório. O motor de arranque para superar enumera barreiras neste percurso foi "escutar a equipa" e acreditar verdadeiramente nas minhas potencialidades.

Não vou esquecer jamais, a forma como fui recebida e acolhida por **Toda a Equipa** do serviço de Bloco de Partos do Hospital de São Bernardo de Setúbal e Enfermeiro Chefe do BP Vítor Varela nestes meses de EC.

Agradeço ao Enfermeiro Chefe Vítor Varela, pela sugestão da temática tão inovadora quanto pertinente para o meu futuro como EESMO. Pessoalmente o trabalho actual só poderia estar reservado para mim, pela infinidade de desafios que ele despertou e que inicialmente não foram equacionados. Este trabalho foi a prova que me faltava, para hoje acreditar verdadeiramente que “nada acontece por acaso, tudo tem uma razão de ser”, aquilo que não nos destrói fortalece-nos ainda mais.

Agradeço ainda à Enfermeira Chefe do serviço de internamento de Puerpério/Ginecologia, Enfermeira Benvinda Bento, onde exerço funções como profissional, por me apoiar e facilitar o desenvolvimento nestes 2 anos de curso.

Tenho o privilégio de viver numa das melhores Baías do Mundo que me proporcionou inspiração e tranquilidade nos momentos de alguma fragilidade emocional – Setúbal.

Muito Obrigado...

Sílvia Alegre Branco

ÍNDICE

0	INTRODUÇÃO	9
1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA	13
2	ESTADO DA ARTE	16
2.1	Metaparadigma de Nancy Roper, W. Logan e Alison J. Tierney.....	16
2.2	Trabalho de Parto	18
2.3	Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica.....	18
2.4	Registos de Enfermagem.....	20
2.4.1	Partograma	23
2.4.2	Aplicativo informático – SAPE®	24
3	METODOLOGIA.....	27
3.1	Planeamento das Intervenções	27
3.2	Análise Reflexiva das Intervenções Desenvolvidas em Estágio	28
3.3	Questões Éticas/Deontológicas/legislação aplicável e Padrões de Qualidade	54
4	AVALIAÇÃO E CONTRIBUTOS PARA A INVESTIGAÇÃO	56
5	CONSTRANGIMENTOS E PRESPECTIVAS FUTURAS	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
7	BIBLIOGRAFIA	59
7.1	Netografia	59

ANEXOS

ANEXO I – Projecto de Intervenção

ANEXO II – Termo Aceitação do Projecto de Intervenção Individual

ANEXO III – Resultados Estatísticos do Gabinete de Informação para Gestão do BP no HSB

ANEXO IV – Documento Padrão para Informatização na Admissão

ANEXO V – Fundamentação e Documento Padrão para Informatização do RN

ANEXO VI – Norma de Procedimento e folha de registo: Partograma

ANEXO VII – Indicadores de Registo do Partograma

ANEXO VIII – Utilização do Partograma: Exemplos

ANEXO IX – Aplicativo SAPE®

ANEXO X – Partograma versus SAPE®

ANEXO XI – Autorização para conhecer aplicativo Glintt®

ANEXO XII – Autorização para conhecer aplicativo SAPE®, no Hospital Reynaldo dos Santos em Vila Franca de Xira

ANEXO XIII – Prorrogações para entrega do Relatório de Estágio IV

ANEXO XIV – Proposta De Parametrização na Vigilância Materno-Fetal

ANEXO XV – Diário de Aprendizagem I

ANEXO XVI – Diário de Aprendizagem II

ANEXO XVII – Diário de Aprendizagem III

ANEXO XVIII – Avaliação Formativa

ANEXO XIX – Avaliação Sumativa

ANEXO XX – Netografia

ÍNDICE DE TABELAS/GRÁFICOS

pág.

Tabela 1 – Taxa de Mortalidade infantil, neonatal e materna em Portugal (1960-2005).....	13
Tabela 2 – Números de nados vivos e mortos no HSB em 2010.....	14
Tabela 3 – Número de Nados vivos e mortos do HSB de Janeiro a Julho de 2011.....	14
Tabela 4 – Sumário das Intervenções Práticas em todos os EC relativamente à utente.....	29
Tabela 5 – Sumário das Intervenções Práticas em todos os EC relativamente à Puérpera.....	30
Tabela 6 – Sumário das Intervenções Práticas em todos os EC relativamente ao RN.....	31
Tabela 7 – Implicações do Partograma versus SAPE® na prática dos cuidados.....	49

Siglas

AM – Aleitamento Materno	IA – Índice Amniótico
APPT – Ameaça de parto pré-termo	ICM – International Confederation of Midwives
BAI – Bolsa amniótica intacta	ICNP® – International Classification For Nursing Practice
BISG – Boletim individual de saúde da grávida	Nº – Número
BP – Bloco de partos	OE – Ordem dos Enfermeiros
bpm – Batimentos por minuto	OMS – Organização Mundial de Saúde
BVS – Biblioteca virtual em saúde (base de dados)	ONG – Organização não governamental
CEE – Comunidade Económica Europeia	OP – Occipito Púbrica
CHS, E.P.E – Centro Hospitalar de Setúbal, Entidade Pública Empresarial	P – Parto
CIPE® – Classificação Internacional da prática de enfermagem	PO – Perfusão oxitocina
CTG – Cardiotocografia	PP – Placenta prévia
CU – Contracção uterina	RABA/↑ – ruptura artificial das membranas
DBP – Diâmetro Biparietal	RCIU – Restrição do crescimento intra-uterino
DGS – Direcção Geral de Saúde	REBA/↓ – ruptura espontânea das membranas
DPPNI – Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida	Rh – Factor Rhesus
EC – Ensino Clínico	RN – Recém-nascido
EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia	RPM – Ruptura prematura de membranas
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	SAPE® – Sistema de apoio à prática de Enfermagem
FAME – Federação de Associações de Matronas Espanholas	SMO – Saúde Materna e Obstétrica
FCF – Frequência cardíaca fetal	STB – Estreptococos do grupo B
FIGO – Federation International of Gynecology and Obstetrics	TP – Trabalho de parto
HSB – Hospital de São Bernardo	UCEN – Unidade de cuidados Especiais Neonatais
	UNICEF – Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
	UO – Urgência Obstétrica

0 INTRODUÇÃO

"A melhor maneira de nos prepararmos para o futuro é concretizar toda a imaginação e entusiasmo na execução perfeita do trabalho de hoje" Dale Carnegie

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular: "Estágio com Relatório" do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL.

Este trabalho iniciou-se na Unidade Curricular: Seminário I e II, que permitiu o desenho inicial do projecto de intervenção individual (*Anexo I*), o qual, foi dada continuidade em campo, após a sua aceitação. (*Anexo II*)

A Unidade Curricular: "Estágio com Relatório" decorreu num período de 20 semanas compreendidas entre 17 de Janeiro e 1 de Julho de 2011, no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/Bloco de Partos (19 semanas) e UCEN (onde efectuei observação participante durante uma semana) no Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E - Hospital de São Bernardo em Setúbal, (CHS, E.P.E.- HSB).

Neste estágio tive como **finalidade**:

"Contribuir para a melhoria da qualidade, continuidade e visibilidade dos cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal/RN/família como EESMO, no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica e Bloco de Partos do Hospital de São Bernardo em Setúbal, EPE. "

A elaboração do presente relatório pretende apresentar o meu percurso na obtenção de competências científicas, técnicas e relacionais especializadas para a prática do EESMO e a reflexão inerente à aquisição das mesmas.

Com este relatório desejo ainda como opção pessoal, a sua apresentação e defesa pública para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de SMO.¹

A Orientação local em EC esteve à responsabilidade da EESMO Antónia Prates. A orientação pedagógica e do Relatório de Estágio, estiveram ambas a cargo da Mestre Irene Soares, docente da ESEL.

Neste BP até ao momento a equipa de enfermagem e de obstetras utilizam o Partograma como instrumento para seus registos na vigilância de TP, que foi introduzido pela OMS desde 1988.

A problemática a estudar surgiu da necessidade enquanto aluna da EESMO, em aprofundar os meus conhecimentos teóricos, em articulação com uma necessidade identificada pela chefia e equipa do Serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica e BP,

¹ DIRECTIVA 2005/36/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 7 de Setembro de 2005 Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais – disponível: http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/40A12447-6D29-49BD-B6B4-E32CBC29A04C/1143/Directiva36_2005.pdf

aquando da exigência institucional da implementação de um Sistema Informático de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®).

Segundo o Manual de utilizador SAPE® da revista Cuid'arte do CHS-HSB, trata-se de:

“...uma aplicação informática que utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), cujo objectivo é a informatização dos registos de enfermagem. A CIPE, foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), visa introduzir uma linguagem científica, convergente e caracterizadora da essência da prática de enfermagem. Esta Classificação permite a obtenção de dados que reflectem e caracterizam os cuidados de enfermagem". (CHS, 2009:5)

A equipa de enfermagem do Bloco de Partos e o Enfermeiro Chefe Vítor Varela partilham da opinião unânime ao apresentarem enormes reservas quanto à aplicação SAPE®, neste serviço, na forma como hoje se apresenta. Nas reuniões informais tidas com os envolvidos, os mesmos referem considerar que este sistema informático não deve ser ainda implementado, nem pela forma como actualmente ele se apresenta, nem pela insistência institucional. Os EESMOS referem como preocupação geral, o facto de os registos SAPE®, não permitirem registos completos dos cuidados de enfermagem especializados prestados no Bloco de Partos.

Este EC IV foi projectado de acordo com o plano de estudo da ESEL, com a problemática elegida por mim, em consonância com uma necessidade identificada em campo pela equipa de EESMO deste BP. Assim surge a seguinte **pergunta de partida**, onde no decurso deste relatório pretenderei encontrar a resposta:



"No BP quais os registos dos EESMO que são efectuados no Partograma e no SAPE ® (que utiliza a linguagem CIPE®), que reflectem as suas intervenções e decisões?"

Abracei este processo já em desenvolvimento no serviço pela equipa, embora não dominasse a temática/problemática mas valorizando sempre toda a sua pertinência como futuro membro desta equipa. A temática seleccionada proporcionou-me diariamente a necessidade de tornar os meus conhecimentos mais sólidos, bem como a facilidade na articulação dos mesmos. A Orientadora Local, teve um papel preponderante e muito facilitador na forma como estruturou e captou a minha atenção constantemente para a aquisição de competências como EESMO e no melhoramento do meu espírito crítico em estágio.

No decurso de todo o estágio, houve a possibilidade de ter o privilégio de inúmeros momentos de discussão com a OL, que melhoraram a minha conduta enquanto estudante da EESMO, diante das situações e complicações com que me confrontei.

Como **objectivo geral** para este estágio, projectei: "Desenvolver Competências na prestação de Cuidados especializados à Mulher/Casal/RN inseridos na família e comunidade à utente do foro ginecológico; período pré-concepcional; no período pré-parto; TP; pós-natal e puerpério imediato, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e RN na sua adaptação à vida extra-uterina e apoio no processo de transição e adaptação à Parentalidade do casal".¹

Tendo como referência as unidades de competências (1, 4, 5 e 6) descritas pela *International Confederation of Midwives* (ICM) em (2002) e as competências (2, 3 e 4) enunciadas no Regulamento de Competências Específicas do EESMO pela Ordem dos Enfermeiros (2010), planeei para este EC IV os seguintes **objectivos específicos**:

-  Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem autónomos à mulher, família e comunidade em situação de saúde/doença, no âmbito do planeamento familiar, ginecologia e no período pré-concepcional (ICM, 1990);
-  Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida aquando do recurso à UO;
-  Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à utente²/parturiente/família inseridos na comunidade no Serviço de Urgência, internamento e durante os 4 estádios de TP;
-  Adquirir e desenvolver competências em cuidados de enfermagem em Neonatologia através da prestação de cuidados aos recém-nascidos com desvio de saúde internados na UCEN;
-  Contribuir para a melhoria da comunicação e continuidade dos cuidados de enfermagem prestados pelos profissionais de saúde no BP, analisando de que modo o aplicativo SAPE® promove a visibilidade das intervenções e autonomia do EESMO;
-  Desenvolver capacidade de reflexão e análise crítica da prestação de cuidados de enfermagem especializados durante o Ensino Clínico IV.

Este relatório pretende contribuir para o aprofundar os meus conhecimentos através da auto-reflexão que ele proporcionará. Pretende-se assim enaltecer a qualidade dos

¹ Conjugação da Competência 3 e 4 do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros Regulamento nº 122/2011 do Diário da República, 2ª Série – Nº 35-18 de Fevereiro de 2011 pág. 8648.

² Sempre que for mencionado utente, inclui a mulher/grávida/parturiente/puérpера/RN/companheiro/ convivente significativo e família.

mesmos e obter uma perfeita visibilidade por intermédio dos registos dos cuidados prestados pelo EESMO em BP.

Quanto à estrutura deste relatório, optei pelo método descritivo que contempla a seguinte divisão por capítulos: no primeiro a contextualização da problemática, no segundo o estado da arte onde o referencial norteador é o Modelo teórico de Nancy Roper e as Competências do EESMO vigentes na lei e onde abordarei também os dois instrumentos de registos de enfermagem (o documental – Partograma e o informático SAPE®). No terceiro, a metodologia onde será explanado o plano de trabalho e as competências realmente adquiridas neste estágio. Efectuarei ainda neste capítulo uma crítica comparativa entre o Partograma e o SAPE®, onde apresentando as intervenções descritas em Partograma que não são passíveis de serem registadas no actual aplicativo SAPE®. Da sua análise comparativa, serão inferidas as vantagens, desvantagens e limitações dos mesmos nas práticas e decisões clínicas do EESMO. Será também focalizado neste capítulo as questões Ético-legais, Deontológicas que estiveram por base neste EC, e ainda, o que os Padrões de Qualidade descrevem sobre a comunicação e continuidades de cuidados de enfermagem em saúde.

No quarto capítulo descreverei os contributos para a investigação em saúde.

No quinto capítulo as perspectivas futuras e no antepenúltimo a reflexão final, seguindo-se as referências bibliográficas e por fim os anexos que clarificam aspectos deste trabalho.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

"Seja a mudança que você quer ver no mundo." Dalai Lama

Este EC decorreu no Centro Hospitalar de Setúbal, (CHS, E.P.E) – Hospital de São Bernardo, especificamente nos serviços de Urgência Ginecológica e Obstétrica/Bloco de Partos e UCEN.

O HSB está integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A sua área de influência abrange os concelhos de Sines, Santiago do Cacém, Grândola, Alcácer do Sal, Palmela e Setúbal. A Instituição serve uma população de 241.157 habitantes, de acordo com os Censos de 2001.

A maternidade do HSB tem desempenhado um papel fundamental na área dos cuidados de saúde materno-infantil e ginecológicos, da região, algo que o próprio HSB valoriza no seu site, referindo que: “A missão do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HSB em consonância com a do Hospital e com a dos Centros de Saúde da região, incluem a prestação de cuidados de saúde médico cirúrgicos à mulher, em relação à patologia do trato urogenital, mama, gravidez, parto e puerpério. O serviço de Obstetrícia e Ginecologia pretende ter sempre um posicionamento de destaque em todas as áreas em que tenham intervenção.”.

Segundo dados estatísticos, facultados pelo Gabinete de Informação para Gestão do HSB, não houve registos de mortalidades maternas em 2010 nem no 1º Semestre do vigente ano. (Tabela 3) No âmbito das mudanças demográficas ocorridas em Portugal, o indicador das taxas de mortalidade (TM), tornaram-se bastante expressivos pelas reduções que atingiram no decurso dos anos de 1960 até 2005. (tabela 1)

Tabela 1 – Taxa de Mortalidade infantil, neonatal e materna em Portugal (1960-2005).

Taxas de mortalidade infantil, neonatal, materna e de 1 aos 4 anos Portugal 1960 - 2005						
	1960	1970	1980	1990	2002	2005
TM infantil (por 1000 NV)	77,5	58,0	24,3	11,0	5,1	3,4
TM neonatal (por 1000 NV)	27,9	25,4	15,5	7,0	3,4	2,5
TM pós-neonatal (por 1000 NV)	49,5	32,6	10,3	4,0	2,1	-
TM infantil-malf congénitas (/1000 NV)	2,3	3,0	3,9	2,8	1,6*	-
TM infantil trauma de parto (/1000 NV)	1,95	2,67	0,66	0,10	0,03*	-
TM materna (por 100 000 hab.)	2,79	1,46	0,25	0,09	0,04	0,03
TM de 1 aos 4 anos (por 1000 hab.)	6,91	3,16	1,27	0,68	0,37	0,26

Fonte: INE in DGS (2005).

A TM neonatal de 27,9‰ em 1960 teve um declive também notório para 2,5‰ em 2005. A DGS atribui estes valores à evolução positiva das condições de vida em Portugal nos períodos referidos e à melhoria das condições assistenciais nesta área de intervenção. Do mesmo modo a UNICEF, no seu relatório sobre a situação actual mundial da infância em 2009, evidencia que as mortes maternas e neonatais podem ser evitadas por meio de intervenções especializadas. As intervenções especializadas passam pelo atendimento pré-natal, partos assistidos por profissionais especializados, atendimento obstétrico e neonatal de emergência e ainda visitas à mãe e RN no pós-natal. Segundo a UNICEF (2009), Portugal, tem vindo a fazer enormes esforços para reduzir estas taxas de mortalidade e promover uma envolvimento num contínuo de cuidados para um atendimento que deve ligar mais as famílias e as comunidades aos sistemas de saúde, apesar da crise económica que atravessamos em todos os sectores. A instituição onde decorreu este estágio pretende contribuir para a diminuição das taxas de mortalidade. Os dados de 2010, revelam-nos 13 casos de nados mortos e no 1º Semestre de 2011, contamos com 5 de acordo com os resultados facultados pelo Gabinete de Informação para Gestão deste Hospital. (Anexo III)

Tabela 2 – Números de nados vivos e mortos no HSB em 2010.

Número de Recém Nascidos				
NADO VIVO	SEXO	1.º Semestre 2010	2.º Semestre 2010	Total Geral
Nado-vivo	Feminino	486	491	977
	Masculino	440	549	989
Nado-vivo Total		926	1040	1966
Nado-morto	Feminino	2	2	4
	Masculino	4	5	9
Nado-morto Total		6	7	13
Total Geral		932	1047	1979

Tabela 3 – Número de Nados vivos e mortos do HSB de Janeiro a Julho de 2011.

Número de Recém Nascidos		
NADO VIVO	SEXO	1.º Semestre 2011
Nado-vivo	Feminino	449
	Masculino	451
Nado-vivo Total		900
Nado-morto	Feminino	2
	Masculino	3
Nado-morto Total		5
Total Geral		905

Fonte da tabela 2 e 3: Gabinete de Informação do HSB – Setúbal (2011).

Este serviço pretende facultar à mulher a hipótese de um parto natural, promovendo e incentivando a presença da pessoa significativa junto da parturiente como facilitadora para todo o processo de adaptação à Parentalidade. As normas e protocolos de atendimento integram a mulher como participante activa e responsável pelas decisões no seu TP e Parto.

O CHS, SA determinou a implementação geral do aplicativo informático SAPE® de registos e definiu como um dos objectivos a implementação generalizada a todos os serviços e a formação de todos os profissionais de saúde até final de 2011.

A problemática em foco surge face à opinião unânime da equipa de EESMOS e chefia ao apresentarem enormes reservas quanto à aplicação SAPE®, neste serviço, na forma como hoje se apresenta. A preocupação da chefia foi eleger grupos de trabalho para construir um padrão documental SAPE® com linguagem CIPE®, ajustado à linguagem universal em Obstetrícia. Para este grupo de trabalho foram seleccionadas as EESMO's Elisabete Varela e Antónia Boleta (*Anexo IV*) e as enfermeiras generalistas Nídia Nunes e Cláudia Caeias. (*Anexo V*) Neste grupo de trabalho as EESMOS incidiram a sua intervenção na construção do padrão, dirigido à admissão e assistência à utente na Urgência Obstétrica. As enfermeiras generalistas dedicaram-se à planificação do padrão na assistência ao Neonato que decorre da sua assistência clínica. Na sequência da continuidade destes trabalhos surge a minha participação.

Tal como já mencionei durante o EC, foi expresso pela chefia a constante pressão da instituição à implementação do SAPE®, tal e qual como foi padronizado para os restantes serviços que fazem parte do Departamento da Saúde da Mulher e Criança. Tal como já mencionei, o Enfermeiro Chefe tem reservas na sua aplicação, porque considera que não reflecte a assistência e especificidade do EESMO em BP. Sublinho que não é uma opinião isolada, mas partilhada por toda a equipa de EESMO do BP. Partindo desta problemática surgem então uma das finalidades deste trabalho, onde pretendo assim: analisar quais as intervenções do EESMO que são possíveis de registar utilizando o aplicativo SAPE® ou usando o Partograma. Isto permitirá contribuir no futuro para a implementação no serviço de um instrumento de registos com as salvaguardas que as informações/dados importantes ao nível dos cuidados especializados de saúde prestados, sejam possíveis de identificar no registo efectuado. Assim sendo ao longo deste relatório procurarei identificar que registos expressam as intervenções do EESMO (quer no Partograma quer nos registos SAPE® actuais) e apresentarei uma reflexão sobre os mesmos.

2 ESTADO DA ARTE

"Lamentar aquilo que não temos é desperdiçar aquilo que possuímos." Provérbio Chinês

Este capítulo faz a descrição do quadro conceptual que sustenta este trabalho, onde expõe a evidência científica através da revisão de alguns conceitos pertinentes e estratégias de pesquisas desenvolvidas para uma melhor compreensão da temática em estudo. A prática profissional exige uma necessidade constante de adaptação devido aos avanços no conhecimento. O recurso à RSL é uma mais valia para percebermos o que a comunidade científica sabe sobre a temática em estudo e podermos então avançar no conhecimento. Neste contexto a revisão sistemática da literatura pode fundamentar um relatório desta natureza, porque dá sustentabilidade ao seu quadro conceptual e permite aprofundar os conhecimentos no âmbito da Saúde Materna e Obstétrica.

Dando continuidade ao desenvolvimento deste relatório, decidi contextualizar as intervenções de enfermagem obstétrica num Modelo Teórico, porque como todos sabemos, os modelos de enfermagem orientam a prática, o ensino e a investigação.

No presente trabalho alicercei-me a um Modelo teórico, tal como foi solicitado no Plano de Estudos para este EC. Como tal seleccionei um modelo teórico que na minha percepção melhor fundamenta o aplicativo e sistematização dos registos no SAPE®.

A minha escolha recaiu sobre o Modelo de Nancy Roper, Logan e Tierney porque, "Este modelo de enfermagem é, suficientemente amplo e flexível para ser utilizado como estrutura para o processo de enfermagem em qualquer área da prática profissional e como meio de avaliar a unidade subjacente dos vários ramos desta profissão." (Roper, Logan e Tierney, 1995:42)

2.1 Metaparadigma de Nancy Roper, W. Logan e Alison J. Tierney

O processo de enfermagem é a pedra basilar da profissão de enfermagem, que o reconhece "...como uma descrição de uma abordagem sistemática que compreende uma série de (ciclos) de passos (ou etapas) que, normalmente, se referem como exame, planeamento, implementação e avaliação." (Roper [et al], 1995:17).

Os mesmos autores referem que:

"apesar da resistência inicial, o processo de enfermagem ganhou rápido e acentuado reconhecimento a um nível formal e, em 1977, os corpos de registos profissionais do Reino Unido (então o General Nursing Council, agora o United Kingdom Central Council)

decretaram que «o cuidado de enfermagem aos doentes deve ser estudado e praticado na sequência do processo de enfermagem» (Dickinson, 1982). Ao desenvolvimento do processo de enfermagem em termos de prática foi dado enorme ímpeto quando o escritório local da Organização Mundial de Saúde decidiu incorporá-lo no Programa para Enfermagem a Médio Prazo da Europa/Parteiras e um número de países dentro OMS...”.(Roper [et al], 1995:17-18)

No Modelo de vida de Nancy Roper, Logan e Tierney o foco de atenção nos cuidados de enfermagem, são doze actividades de vida em que podemos considerar a gravidez, parto e fertilidade na actividade de vida, “Expressar a Sexualidade”, em que “a relação sexual é uma componente importante das relações adultas – e fundamental para a continuação da espécie. Assim, as relações sexuais, a gravidez e o parto têm um enorme significado para o casal envolvendo-o não só em termos pessoais como também sociais e económicos”. (Roper [et al], 2001:57)

As autoras afirmam que no ciclo de vida da mulher “as parteiras preocupam-se com a fase pré-natal, nascimento e período neonatal” (Roper [et al], 2001:93) e que “ a gravidez é um período em que a maioria das mulheres (e alguns homens) se dispõem a discutir a manutenção da saúde – sua e do (s) filhos que esperam” (Roper [et al], 2001:108) tornando-se, por isso, uma fase privilegiada para a intervenção do EESMO devido ao seu envolvimento nos momentos do TP e Parto.

Segundo este Modelo, no âmbito da Saúde Materna, o nascimento “...marca o início das etapas de vida, e a parteira partilha com os pais esta experiência profundamente marcante” (Roper [et al], 1995:48), onde o EESMO mobiliza todas as suas competências específicas para o apoio efectivo à utente em TP e Parto.

Objectivado a fundamentação deste trabalho, o Modelo conceptual de enfermagem baseado nas Actividades da Vida Diárias de Nancy Roper Logan e Tierney, a opção deste Metaparadigma prendeu-se com o interesse de incutir na utente a promoção para o auto-cuidado em si mesma e da sua família. O segundo motivo da minha escolha revê-se pelo facto de ser um modelo assistencial baseado nos complexos projectos de “vida” das utentes. A última razão para a selecção do mesmo, tem subjacente a análise detalhada que efectuei do aplicativo SAPE®, constatando que ele sistematiza os registos de enfermagem sequencialmente pelas doze Actividades de Vida. (Manutenção de um Ambiente Seguro, Comunicação, Respiração, Alimentação, Eliminação, Higiene pessoal e vestuário, Controle da temperatura do corpo, Mobilidade, Trabalho. Neste Modelo, a preocupação é a vida tal como vivida por cada indivíduo, e

seu componente final – a individualidade como é vivida – serve para enfatizar este modelo assistencial.

2.2 Trabalho de Parto

Segundo Graça, *por* trabalho de parto, “entende-se o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior”. (Graça, 2005:271) Segundo o autor, o TP divide-se em três estádios: 1º Estádio (Apagamento e dilatação do colo) inicia-se com a instalação das contracções uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo; 2º estágio (Período expulsivo) inicia-se com a dilatação do colo uterino e termina após a expulsão do feto; 3º estágio (Dequitação), inicia-se após a expulsão fetal e termina após a expulsão da placenta e das membranas (Graça, 2005:274). Segundo Graça ao citar Friedman, (2005:274), subdividiu o 1º estágio em duas fases, que designou por fase latente e fase activa. A fase latente – “que decorre desde o início de contracções regulares até ao momento em que o colo está completamente apagado e com cerca de 3 cm de dilatação” (Graça, 2005:274). A fase activa – “durante a qual o colo se dilata a maior ritmo até ser atingido a dilatação completa.” (Graça, 2005:274)

Aos 3 estádios do TP descritos por Graça, Lowdermilk, acrescenta o 4º estágio que designa por Puerpério imediato, que compreende as duas primeiras horas após a dequitação, sendo esse o tempo entendido como necessário para a estabilização física (hemostase de hemorragias etc.) e emocional da mãe após o nascimento.

2.3 Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica

Enquanto relatório do percurso das actividades desenvolvidas em contexto clínico no BP, este relatório, permitiu aprofundar os meus conhecimentos e competências numa área tão nobre como os registos de enfermagem. Senti também necessidade de recorrer às Competências para a Prática do EESMO (Regulamentadas pelo Decreto-lei, 2ª Série – N.º 35 -18 de Fevereiro de 2011), pois são elas de facto, o fio condutor para a explanação e fundamentação das decisões clínicas que aparecem descritas nos registos dos EESMOS.

Neste subcapítulo e tendo em conta a diversidade na nomenclatura que os cursos que decorrem no nosso país e na entidade onde decorreu este EC, a ESEL, só mencionarei a de, Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, apesar de no Regulamento do Diário da República pelo Decreto-lei, 2ª Série – N.º 35 -18 de Fevereiro de 2011, estar diferente, sendo provável no futuro a mudança para a seguinte terminologia: Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecologia.

Ao lermos o preâmbulo do Regulamento das Competências do EESMO da Ordem dos Enfermeiros (2001), podemos verificar que o: “ Especialista é o enfermeiro com 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 tomadas de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”, sendo que, o perfil do EESMO integra um conjunto de competências clínicas especializadas que lhe permite, em concordância com o alvo de intervenção, definir a Mulher/Casal no âmbito do seu ciclo reprodutivo como entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que é um ser único, com dignidade própria e direito à autodeterminação.

No Diário da República, 2ª Série nº 47 de 8 de Março de 2011, Regulamento Nº168/2011, referente ao Regulamento da Individualidade das Especialidades Clínicas de Enfermagem, vem considerada a área da Especialidade de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, tendo como o alvo de intervenção centrado na “pessoa numa etapa do ciclo de vida”, à semelhança do que é defendido pelo Modelo Teórico de Roper, onde o eixo organizador é dirigido “aos projectos de saúde da mulher a vivenciar processos de saúde/doença ao longo do ciclo reprodutivo, incluindo o produto de concepção durante o período de gestação e neonatal em todos os contextos de vida”.

A mulher deve ser entendida pelo EESMO, numa perspectiva individual no seu todo, onde interage com o convivente significativo e ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, onde este utiliza as suas competências nos cuidados que lhe prestam, tal como recomenda o regulamento das Competências da OE (2001).

O termo competências, segundo a ICM (2002) é um conceito que define conhecimentos básicos, técnicos e comportamentais requeridos a uma Parteira para uma prática segura em qualquer contexto, entendendo-se por Parteira o termo que nos

documentos da União Europeia e referente a Portugal corresponde ao título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O EESMO é reconhecido pela ICM como um profissional responsável, que trabalha em parceria com as mulheres/casal na assistência, apoio e aconselhamento durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto e na assistência ao RN. Esse cuidado inclui medidas preventivas e de promoção para o parto normal, onde são detectadas complicações na mãe e no filho.

Com vista à defesa de uma maternidade segura, a ICM em 2002 definiu as Competências Essenciais para a prática clínica das EESMO organizadas em seis domínios, estabelecendo-se como um documento oficial da ICM. Com base nesse documento, em Portugal, a OE elaborou a 20 de Novembro 2010 uma Proposta de Regulamento das Competências Específicas do EESMO que foi aprovada em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011, onde no seu Artigo 4º pág. 8662, se pode ler que “As Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica são as seguintes:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.”

As Competências Específicas do EESMO são enunciadas no regulamento nº 127/2011 de 1 a 7 com a designação sucessiva de H1 a H7 seguidas das respectivas unidades de competências e critérios de avaliação.

2.4 Registos de Enfermagem

"A estreita relação entre o processo da escrita e o processo criativo é uma das razões que contribui para a dificuldade que as enfermeiras têm em escrever, uma vez que a nossa prática profissional se inscreve na reparação e não na criação. Toda a nossa actividade é reparadora do ponto de vista biológico, do somático, mas não criamos; é aliás um termo que utilizamos muito pouco no nosso meio"

Mireille Saint-Etienne

Desde o tempo de Florence Nightingale, que os registos têm assumido não só importância mas também é sentida a necessidade de os preservar, no sentido de que essa documentação permita a continuidade dos cuidados, melhore a sua qualidade e proporcione da sua análise crítica melhores e mais adequados cuidados. De facto, as preocupações de Nightingale, continuam presentes hoje em dia. Paralelamente às dificuldades sentidas aquando dos registos, surge o procurar de caminhos que salientem o papel primordial da documentação na enfermagem e promovam a sua evolução e reconhecimento profissional.

Sendo os registos de enfermagem uma fonte de preocupação actual, desenvolvem-se reflexões e debates constantes sobre os mesmos, para que estes, sejam o reflexo fiel das nossas práticas de enfermagem.

Walter Hesbeen (2001), considera numa das suas obras mais recentes, que **os registos de enfermagem**, se regem por alguns princípios existentes que lhe parecem orientar para a instrumentalização da prática de enfermagem. Em primeiro lugar qualquer registo deve **respeitar a natureza dos cuidados**, nesse caso, ser o menos redutor possível da complexidade das situações vividas com que nos deparamos. Se bem que os registos possam ajudar a uniformizar certos dados, isto não significa que eles uniformizem as situações abordadas. Assim sendo, em segundo lugar, a escolha de um registo é uma escolha que vai **orientar a prática, logo um registo deve ser considerado como uma ajuda à prática diária**. Se o registo não constituir uma ajuda para o prestador de cuidados não há razão para que este o utilize. Quantas vezes os registos são considerados como mais um fardo, que se utiliza ou se preenche para responder a uma exigência institucional? Isto é verdade! Alguns enfermeiros assim o sentem, mas isto não invalida que os registos devam ser utilizados e que sejam úteis, especialmente para garantir informação e por conferirem a continuidade dos cuidados. Do ponto de vista jurídico é também uma mais valia. Mas, o que importa é que o registo não seja um instrumento obrigatório mas um instrumento utilizado com prazer porque ajuda a prática da arte de enfermagem.

O terceiro princípio é o de que **o instrumento de registo deve ser elaborado por quem vai utilizá-lo**, o seguinte é o do **pluriprofissionalismo**. Os registos dizem respeito, de perto ou de longe, a todos os prestadores de cuidados. Quando se decide elaborar um determinado modelo de registo num serviço, isso significa que todos os parceiros da equipa de cuidados sejam implicados para que cada um se sinta a participar, para que esse registo corresponda às suas expectativas e,

consequentemente, para que vá utilizá-lo correctamente pela utilidade que sentem deles. Por fim o último princípio é de que **o processo de cuidados não pode ser um instrumento de registo**. Ele é um conjunto de procedimentos que permitem caminhar com a utente de quem cuidamos, ele constitui a própria essência da prática, por isso, não pode ser reduzido a uma grelha ou a um documento pronto a utilizar, mesmo que – ou sobretudo – sejam muito bem elaborados. (Hesbeen, 2001:141-142)

Se não nos precavermos a demonstrar todas as nossas competências referentes às nossas práticas diárias, corremos o risco de ser substituídos por profissionais menos dispendiosos que nós para a economia do país, da mesma forma que acontece noutros países.

A importância de uma informação concisa em enfermagem é consensual na nossa profissão e não apenas pelas suas finalidades ético legais e decisões clínicas, mas também pela forma como se veiculam a continuidade dos cuidados, qualidade, gestão, formação e investigação dos mesmos.

Os registos de enfermagem devem "...respeitar a natureza dos cuidados e, nesse caso, ser o menos redutor possível da complexidade das situações de vida com que nos defrontamos."; "...a escolha de um registo é uma escolha que vai orientar a prática..."; "...um registo deve ser considerado como uma ajuda à prática diária". (Hesbeen, 2001:141)

Os registos de enfermagem, estão cada vez mais a ser sujeitos a exames minuciosos, onde um:

"Good record keeping is a fundamental aspect of midwifery practice and 'is essential to the provision of safe and effective care. It is not an optional extra to be fitted in if circumstances allow' (NMC 2009: 1). Record keeping is also a key component of professional accountability and plays an important role in clinical, educational, and administrative practices (NMC 2009). While it could be argued that in rare instances some corners may be cut in order to save time or expedite situations, record keeping is one area where this approach should never be adopted. Whatever the stresses or constraints of your daily clinical work, maintaining accurate, up to date client maternity records is integral to your midwifery practice and the care process (...)." (Davis-Floyd [et al], 2009:107)

E por fim na perspectiva dos profissionais de saúde, será desejável que os registos ao espelharem a visibilidade da assistência especializada ao utente e comunidade, demonstrem dar a conhecer os ganhos em saúde da população. Na era em que o estado pretende reduzir custos, compete aos profissionais de saúde fazer com que o

mesmo entenda que qualquer intervenção/despesa com registos não é um gasto mas um investimento.

É um investimento sim, mas não só de vida, mas sim de obtenção de uma nova atitude ou até mesmo de visão de uma arte – A Obstetrícia.

Na continuidade desta reflexão, os registos de enfermagem, irei seguidamente analisar o instrumento de registos que habitualmente é usado no HSB – O Partograma.

2.4.1 Partograma

Desde 1988 que a OMS com o *“Programa de Saúde Materna e Maternidade Segura”*, implementou uma série de medidas de entre as quais a utilização do Partograma como um instrumento de gestão para a prevenção do trabalho de parto prolongado. O Partograma é um gráfico de registo específico em obstetrícia *“da evolução do TP, que fornece uma ajuda visual para se compreender as relações temporais entre a dilatação do colo e a descida da apresentação”*. (Graça, 2005:282)

A OMS recomenda a sua utilização como uma prática útil da avaliação da condição materno-fetal e progressão do TP, com o objectivo de melhorar a qualidade da prestação de cuidados e reduzir a morbilidade e mortalidade materno-fetal. A sua relevância advém da praticidade e objectividade, sendo considerado um instrumento de rastreio das dificuldades na evolução do TP. Reduz, ainda, os riscos de morte perinatal e a incidência de TP prolongado” (Camano [et al], 2003:227).

Ao ser considerado pela OMS como o documento universal de registos para a assistência no TP, ele servirá para analisar a evolução do TP e também para salvaguarda ético legal do cuidado prestado pelo enfermeiro. Os EESMO ao efectivarem no Partograma os seus registos precisos e concisos reflectem toda a sua vigilância rigorosa, bem como a identificação atempada de possíveis complicações e a implementação de medidas que revertam as situações de desvio à normalidade.

Em contexto clínico é um documento que tem a finalidade de servir de meio de comunicação na continuidade dos cuidados prestados por toda a equipa multidisciplinar na manutenção do bem-estar materno-fetal durante a evolução do TP e parto, é oficialmente certificado pelo gabinete de qualidade como uma das norma de procedimento desta instituição no BP. (Anexo VI)

Nesta realidade clínica, observei que os registos no BP do HSB, são efectuados na maioria pelos EESMO, pela sua presença efectiva e autónoma nas conduções de TP e Partos. A atribuição de um campo específico para mencionar quem conduziu

efectivamente o TP e Parto no Partograma, é um aspecto actual nesta sala de partos, demonstrando uma conquista na visibilidade, autonomia e responsabilidade junto da equipa perinatal em relação a outros contextos clínicos.

Segundo os princípios definidos pela OMS o registo gráfico no Partograma inicia-se na fase activa do TP, ou seja a partir dos 3 cm de dilatação. A supervisão e o acompanhamento em TP, parto e pós-parto é possível de registar no Partograma desta instituição dando visibilidade à 1ª, 2ª e 3ª competência essencial para a prática do EESMO, onde à semelhança de (Roper [et al], 2001:93) "...as parteiras prestam cuidados na fase pré-natal, nascimento e período neonatal."

No Partograma a avaliação inicial é efectuada na Urgência Obstétrica, no momento de admissão da grávida, onde é efectuada a anamnese, que serve de base para orientar as intervenções/decisões. Durante este EC, achei ainda pertinente, efectuar a justificação teórica de todos os indicadores vigentes no Partograma que auxiliam na prática diária do EESMO (*Anexo VII*).

O Partograma contempla a identificação da grávida, seguida dos registos de avaliação de risco e diagnóstico que nos norteiam para 3 períodos distintos:

- A Vigilância efectuada na gravidez;
- Condução de Trabalho de Parto e Parto;
- Vigilância pós-parto que compreende o 3º e 4º Estádio – Dequitação e Puerpério imediato.

Fazendo um balanço deste instrumento, ele tem servido para os registos neste BP há alguns anos e é da opinião dos profissionais que ele permite registar a maioria das intervenções do EESMO como pode observar nos exemplos face utilização do Partograma. (*Anexo VIII*).

Actualmente surge-nos outra metodologia de registos informáticos, sendo essa que irei apresentar sucintamente no próximo subcapítulo.

2.4.2 Aplicativo informático – SAPE®

"Os padrões não são eternos. " Nakamura

Nos dias de hoje torna-se incompreensível face aos avanços tecnológicos a indisponibilidade de informação em saúde no momento e local em que aquela se torna necessária, para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem. Há o entendimento de que a informação relevante de saúde deve estar acessível, de forma

controlada, ao profissional de saúde que lhe presta cuidados, independentemente do local, da origem e da hora.

Esta necessidade de acesso à informação de qualidade (relevante, fidedigna, actualizada e atempada) disponibilizada de forma simples, uniforme e segura, conduz à importância de um sistema informático de registos (SIR) para o acesso aos dados de saúde. Isto deve ser transversal a todas as entidades do sistema de saúde.

Os Registos de Enfermagem Informáticos¹ são segundo o Ministério da Saúde Português "uma prioridade sustentada por orientações estratégicas da Comissão Europeia, pelas políticas do Governo Português e das entidades envolvidas na prestação de cuidados de saúde."

Assim, a mesma entidade menciona que os Registos de Enfermagem Informáticos deverão "permitir a documentação da prática de enfermagem, nomeadamente o que respeita ao registo da descrição e acompanhamento dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática, com base no definido na CIPE®."

Pelos dados conhecidos em Portugal, no BP, começa-se agora a implementar este aplicativo informático SAPE® (que se baseia na CIPE®).

Das pesquisas electrónicas efectuadas, em todo o mundo, só encontrei referência ao Paquistão como utilizador deste tipo de linguagem classificada.

Em Portugal a OE, tem vindo a desenvolver orientações no sentido de promover uma correcta e normalizada implementação de um Sistema de Informação de Enfermagem com recurso a um registo de intervenções de enfermagem uniformizado, através da utilização da CIPE®.

No decorrer da fusão dos dois hospitais que deram origem ao Centro Hospitalar de Setúbal - EPE, foi definido em Conselho Administrativo diversas linhas estratégicas de desenvolvimento, onde se destaca no quarto ponto: "O sistema de informação como elemento fundamental para otimizar o funcionamento da organização e o processo de tomadas de decisão;". Nos seus objectivos específicos determinou na alinha c) Produtividade e Eficiência: a introdução do aplicativo informático a todo o CHS-E.P.E.. O aplicativo elegido, foi o SAPE®, sendo este comercializado por uma empresa de origem Alemã e que em Portugal é representada pela ORACLE®. A implementação deste aplicativo em termos funcionais, teve a sua concepção na Escola Superior de S. João do Porto pelo seu grande mentor, Enf.º Abel Paiva em sua tese de Doutoramento.

¹ Registo de Saúde Electrónico (SER) é a designação que o governo português atribui ao sistema informático de registos (SIR).

Este aplicativo tem como base fundamental a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). O menu principal deste aplicativo considera várias áreas de trabalho (base de dados; dados complementares, doentes internados, identificação do doente e opções do menu principal). No internamento da utente este menu contempla itens previamente definidos para parametrização e especificidade de cada serviço relativamente à avaliação inicial, tendo por base a descrição das Actividades de Vida segundo Nancy Roper. (*Anexo IX*). Nesse Aplicativo à semelhança do modelo teórico de Nancy Roper "A enfermagem individualizada é conseguida pela utilização do processo de enfermagem" "...este processo envolve quatro fases – exame, planeamento, implementação e avaliação..." (Roper [et al], 1995:62).

Quando seleccionamos a função "processo de enfermagem", na barra de ferramentas em árvore, acedemos a uma janela que para além dos dados comuns às janelas anteriores tem um painel à esquerda onde estão descritos os fenómenos mais frequentes, definidos anteriormente na parametrização para cada serviço e que obviamente para o Bloco de Partos não serão os mesmos que para o Puerpério ou Pediatria. No Puerpério e Pediatria a área de fenómenos mais frequentes remete-nos somente para cuidados gerais (dispneia, aspiração, hipertensão, febre e alimentação etc.). Na área "Foco de Atenção que representam os problemas reais e/ou potenciais", o sistema obriga à existência de pelo menos um diagnóstico para a utente, onde poderemos seleccionar o TP e a dequitude mas não tem mencionadas nenhuma intervenção referentes aos EESMO e enfermeiros de cuidados gerais. O "processo de enfermagem" deste aplicativo é dirigido a um ser único, enquanto que na Obstetrícia temos dois sujeitos alvos da nossa intervenção, sendo que cada intervenção terá uma importância não específica, adequada ao momento/sujeito a que se destinam.

Seguidamente apresento as actividades desenvolvidas neste EC e uma breve avaliação do que essas vivências repercutiram na minha construção de "Saberes" mais cimentado em todos os processos de assistência à utente/RN/família.

Descreverei e avaliarei seguidamente as actividades desenvolvidas neste EC, referentes às competências que considero ter desenvolvido face aos objectivos previamente traçados.

3 METODOLOGIA

O plano de trabalho foi sofrendo adequações face à problemática identificada, uma vez que o tema foi extremamente exigente e acabando por potenciar muita pesquisa bibliográfica. A problemática emergiu de uma necessidade enquanto estudante da EESMO, funcionária e de uma preocupação da equipa deste serviço. A questão a estudar para além de actual, parece-me pertinente tanto a nível pessoal como profissional e onde inicialmente assumi possuir poucos conhecimentos sobre a temática em causa. Relativamente a todo o estágio a sua particularidade torna-a adequada porque pretende ir ao encontro da finalidade inicialmente descrita. O tipo de estudo é o narrativo porque retrata a minha experiência em EC, pela forma como esta foi vivida e a consciência do que fiz e porquê, sempre alicerçada à respectiva fundamentação teórica.

As estratégias equacionadas para desenvolver este trabalho, foram surgindo evolutivamente à medida que a pesquisa foi sendo suportada por uma revisão sistemática da literatura (RSL), que pretendeu à semelhança de Ramalho (2005:11) ao afirmar que "os estudos de revisão sistemática, com e sem metanálise, representam uma mais valia para a investigação em enfermagem, visando melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento da prática clínica de enfermagem baseada em evidência".

3.1 Planeamento das Intervenções

A prestação de cuidados de enfermagem tem-se demonstrado uma das preocupações actuais que exige aos enfermeiros a necessidade constante de basearem os seus conhecimentos na evidência científica.

Em termos de percurso metodológico, optei numa primeira fase, por agendar algumas entrevistas informais dirigidas à equipa, Departamento da Qualidade, Formação e Informática deste hospital, OL, docente orientadora, onde se seguiram inúmeras reuniões. Numa segunda fase defini com o Enfermeiro Victor Varela, a questão fulcral que estava incluída numa das competências, como sendo a que pretendo dar resposta neste estágio. Na seguinte fase, seguiu-se a construção dos meus objectivos pessoais, para este EC, conforme se verifica em anexo no projecto de intervenção. Para esses objectivos foram definidas várias intervenções como se pode constatar em anexo e que visam dar resposta a estes objectivos.

Inicialmente no projecto, foram definidas 4 competências e respectivas intervenções, que considere mais pertinentes para o EC IV. Após a sua análise e discussão com a Docente Irene Soares, o projecto inicial sofreu alterações, em termo de terminologia Obstétrica; surgiram também duas novas competências, assim como, foram incluídas diversas intervenções, que inicialmente não estavam equacionadas.

Este planeamento foi analisado e discutido intensivamente no início do EC com OL e a docente orientadora.

Após reformulado o projecto de intervenção, ele foi sujeito a uma segunda análise pelas orientadoras, onde foi considerado adequado e passível de ser alterado em qualquer momento, sempre que necessário. Os projectos são obras vivas que não são inalteráveis, onde o seu mentor poderá a qualquer momento reformulá-lo para o aprimorar.

3.2 Análise Reflexiva das Intervenções Desenvolvidas em Estágio

"A arte de escutar é como uma luz que dissipa a escuridão da ignorância." Dalai Lama

O presente subcapítulo distingue-se pela reflexividade em contexto clínico, que proporcionou um constante e evolutivo desenvolvimento das competências preconizadas para o perfil como EESMO. Apresentar e reflectir sobre as intervenções é decompor cada objectivo para sistematizar os nossos cuidados com o propósito de atingir a finalidade que projectei inicialmente. A utilização deste tipo de metodologia reflexiva não termina com a conclusão deste percurso académico, mas sim, deve constituir para sempre uma forma de estar na vida profissional, contribuindo para o meu desenvolvimento enquanto do EESMO em particular e da profissão em geral.

Apresentarei de seguida, a tabela nº 4, onde esquematiza sumariamente algumas das intervenções desenvolvidas que carecem de número mínimo de experiências conforme o que vem preconizado na Directiva 89/594/CEE, entre outras, que julgo pertinente na aquisição de competências como parteira que presta cuidados à mulher de baixo risco em situação de saúde ou doença durante o período pré-natal; parto; pós-parto; RN até ao 28º dia e sua família.

Tabela 4 – Sumário das Intervenções Práticas em todos os EC relativamente à utente.			
INTERVENÇÕES	Exigidas pela Directiva Comunitária	Efectuadas neste EC IV	Efectuadas noutros EC's
<u>Cuidados de Enfermagem à utente de Ginecologia/Planeamento familiar</u>			
Sem nº exigido		16	68
<u>Cuidados de Enfermagem à Grávida</u>			
Sem patologia Associada	Sem nº exigido	96	93
Com patologias Associadas	Sem nº exigido	18	42
Exames pré-natais	100	77	93
Monitorização interna	Sem nº exigido	1	Não realizado
<u>Cuidados de Enfermagem à Parturiente</u>			
Conduções de TP e Parto	Sem nº exigido	129	Não realizado
Partos Eutócicos	40	47	Não realizado
Participação activa em partos pélvicos	A realizar se possível	Não realizado	Não realizado
Participação activa em partos gemelares	A realizar se possível	Não Realizado	Não realizado
Participação activa noutros partos-Cesarianas	Sem nº exigido	5	Não realizado
Episiotomias/Episiorrafias + Perineorrafias (de lacerações de I a IV grau)	Sem nº exigido	15 + 7 de grau I e 9 de grau II	Não realizado
Períneos intactos	Sem nº exigido	16	Não realizado

Analisando a tabela nº 4, depreende-se que prestei cuidados de Enfermagem no âmbito da Ginecologia e Planeamento familiar neste EC, a 16 utentes onde não existe nenhum número mínimo a atingir face à directiva. Deparei-me pela primeira vez com Abortos em evolução; Interrupções médicas da gravidez (medicamentosas /cirúrgicas); e 1 caso de violação, onde tomei conhecimento das diligências e cuidados a prestar. Nos cuidados de Enfermagem a 249 grávidas, efectuei 77 exames pré-natais neste EC. Tive neste EC a possibilidade de efectuar uma técnica que nunca tinha efectuado, tais como cervicometrias; amniotomias; monitorização interna, onde compreendi quais os critérios de segurança e motivos materno/fetais para a sua aplicabilidade a nível do escalpe fetal.

Do total de grávidas acima mencionado, assisti neste estágio 18 utente com patologias associadas das quais saliento os diagnósticos mais frequentes: as Hemorragias vaginais de I, II e III Trimestre; infecções urinárias; Contratilidade uterina; Hiperemese gravídica; Placenta Prévia; Ameaças de Trabalho de Parto pré-termo.

Realizei 129 conduções de TP, sendo que uma das grávidas efectuou a dilatação na água e outras duas grávidas eram gemelares (bicoriónica e biamniótica). Nestas duas assistências gemelares nenhuma terminou com a minha participação activa nestes partos. Do total de conduções de TP só efectuei 47 partos todos eles com RN em apresentação cefálica-vértice onde me deparar com 3 Distócias Ombros, que foram resolvidas com a associação da Manobra de *Mc Roberts* à pressão supra púbica.

Não tive a oportunidade de participar activamente em partos pélvicos, no entanto acolhi uma grávida cujo feto se encontrava morto às 30 semanas com apresentação pélvica. A minha conduta baseou-se essencialmente no apoio psicológico, para além dos respectivos esclarecimentos fúnebres de acordo com a lei vigente, sendo que a família não foi inserida neste cuidados pelo facto de esta ter recorrido e permanecido sempre efectivamente sozinha.

Dos 47 partos efectuados, tive 16 Períneos intactos; 15 Episiotomias/Episiorrafias e 7 suturas laceração de grau I e 9 do II grau. Num dos partos que efectuei, identifiquei uma laceração do colo posterior que foi de imediato referenciada para a equipa obstétrica. Para além dos partos que realizei, participei em 4 Partos Eutócicos (3 Efectuados pela OL + uma outra EESMO); dois Partos Eutócicos efectuado pelos Obstetras (Parturiente com 34 semanas de idade Gestacional + uma gravidez Gemelar); um Parto com auxílio de Fórceps (Efectuado pelo Obstetra por Distócia de Rotação); dois partos assistidos com Ventosa (Efectuado pelo Obstetra, por Distócia Dinâmica + Não Progressão Apresentação fetal).

Tabela 5 – Sumário das Intervenções Práticas em todos os EC relativamente à Puérpera.			
INTERVENÇÕES	Exigidas pela Directiva Comunitária	Efectuadas neste EC IV	Efectuadas noutros EC's
<u>Cuidados de Enfermagem à Puérpera</u>			
Puérperas Sem patologias	100	40	64
Puérperas com patologias associadas	Sem Nº exigido	7	4
Transferências para Puerpério tardio	Sem número exigido	20	Não realizado

Num total de 115 puérperas que assisti no decurso de todo o curso, neste último EC 40 eram saudáveis e 7 tinham associado patologias como HTA, Diabetes Gestacional.

Tabela 6 – Sumário das Intervenções Práticas em todos os EC relativamente ao RN.

INTERVENÇÕES	Exigidas pela Directiva Comunitária	Efectuadas neste EC IV	Efectuadas noutros EC's
<u>Cuidados de Enfermagem ao RN</u>			
Assistência de Enfermagem com cuidados imediatos a RN saudáveis	100	44	56
Assistência Enfermagem a RN com necessidade de cuidados especiais – Neonatologia (UCEN)	Sem nº exigido	8	Não realizado
Transferência de RN's a necessitarem de cuidados especiais – Neonatologia (UCEN)	Sem nº exigido	4	Não realizado

Nos cuidados de enfermagem no âmbito do RN saudável, num total mínimo de 100, neste EC foram efectuados 44 e os restantes 56 foram efectuados noutros estágios. Dos 44 RN, seis deles prestei os primeiros cuidados imediatos após nascerem de Partos Eutócicos; 3 Resultaram de Parto por Ventosas; Os restantes 35 RN nasceram de Cesarianas (com diagnósticos de: Incompatibilidades feto-pélvicas; Síndrome de Dificuldade Respiratória; Sofrimentos fetais; Apresentações pélvicas; 1 caso de Prolapso do Cordão Umbilical; Paragem de Progressão de Trabalho de Parto; Restrições do Crescimento Intra-Uterino por patologia materna hipertensiva; e uma cesariana electivas por Patologia materna - Adenoma da hipófise e desejo materno em efectuar uma laqueação de trompas), onde prestei os primeiros cuidados imediatos ao RN.

Na vigilância ao RN's com necessidades de cuidados especiais – Neonatais, transferi em incubadora de transporte de 4 RN para UCEN em que os diagnósticos foram: gemido persistente, dois por prematuridade e 1 com SDR. No serviço de Neonatologia prestei cuidados a 8 RN's, com os diagnósticos de: SDR; RCIU; Hipoglicémias; Casos para averiguação social; Internamento por patologia materna; Prematuridade.

Como podem constatar nas três tabelas acima, em termos de valores mínimos exigidos pela Directiva Comunitária, todos eles foram superados. Estas intervenções encontram-se inter-relacionados com os objectivos e finalidade que inicialmente delineei como meta a atingir. Na sequência destes cuidados de enfermagem prestados, dissecarei de seguida as competências que considero ter adquirido.

1ª COMPETÊNCIA:

Desenvolver competências nos cuidados autónomos à mulher, família e comunidade em situação de saúde/doença, no âmbito do planeamento familiar, ginecologia e no período pré-concepcional (ICM, 1990);

Foram várias as actividades e recursos para atingir este objectivo, onde o plano de acção foi sofrendo alterações face ao que foi encontrado em campo como pode rever em *Anexo I*.

Durante o EC, senti facilidade na integração e socialização no contexto em que se desenvolveu a formação. Demonstrei interesse e facilidade em me integrar na dinâmica de serviço, estabelecendo na minha perspectiva boas relações interpessoais. Conforme Frederico e Leitão (1999:131), a integração é definida como "...a introdução de um indivíduo na organização e a sua orientação na situação de trabalho". Efectuando uma retrospectiva, deste estágio, ele poderia ter sido mais enriquecido, na assistência prestada no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (UO) e ainda na Indução de TP, uma vez que, em termos práticos ainda não me sinto totalmente autónoma com apenas 7 turnos integrais aí realizados.

Neste percurso compreendi o papel dos vários elementos desta equipa de saúde, circuitos das utentes, articulação com outras instituições e normas de procedimentos. Enquanto funcionária do serviço de Puerpério desta mesma instituição, reconheço que tinha uma noção muito reduzida da imensidão de normas e procedimentos de trabalho desenvolvidos até ao momento por esta equipa.

Neste BP a distribuição de trabalho entre os profissionais seguem a metodologia por enfermeiro responsável. As normas de procedimento e actuação neste serviço, estão muito bem definidas e acessível a qualquer profissional de saúde e para mim pessoalmente potenciaram a minha integração nas dinâmicas do mesmo.

Efectuei consulta e participei em intervenções cirúrgicas (ex. curetagens) com o intuito de adquirir o maior número de competências na área.

Não tive qualquer dificuldade em termos relacionais e na sistematização lógica e específica, durante a assistência prestada às mulheres do foro ginecológico e suas famílias. A maior limitação na UO foi a dificuldade em localizar alguns dos materiais inerente aos cuidados eficiente à mulher e comunidade face aos poucos turnos aí efectuados. Neste EC a experiência foi limitada, devido aos poucos turnos realizados mas permitiu adquirir as competências e experiência de aprendizagem exigidas no

plano de estudos. Considero que esta competência foi atingida razoavelmente e se este estágio fosse mais longo poderia tê-la desenvolvido melhor.

2ª COMPETÊNCIA:

A gravidez é considerada um processo fisiológico normal, quando de baixo risco. A precocidade na identificação atempada de desvios à normalidade torna-a num processo com menor probabilidade de surgirem complicações. O EESMO assume assim na vigilância pré-natal pelo um dos seu papeis essenciais ao ajuda o “Casal Grávido”/“Família Grávida”, na orientação para a adopção de padrões de comportamento promotores de bem-estar tanto para a futura mãe como para o feto. Outra das intervenções deste profissional, refere-se ao apoio psicológico para uma vivência da gravidez, ajudando a grávida/casal/família a integrarem esses acontecimentos nos seus projectos de vida como experiências geradora quer de crescimento quer de equilíbrio familiar. Decorrendo das intervenções dirigidas pela EESMO, é esperado que a evolução da gravidez seja proveitosa para todos os intervenientes, decorra sem intercorrências e culmine no nascimento de um RN saudável.



Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida aquando do recurso à UO;

Em relação ao 2º Objectivo, as actividades de enfermagem equacionadas, assim como o planeamento e todos os recursos que utilizei poderão ser visualizados em *Anexo I*.

Reconhecendo que no período pré-natal ocorrem enormes transformações quer biológicas, psicológicas, físicas, emocionais e sociais, na vida de uma mulher exigindo uma adaptação extraordinária, à qual como finalista do Mestrado, mas também como mãe lhe atribuo outro significado e importância no apoio que presto às mulheres e família nesta fase das suas vidas.

Na UO assegurei cuidados especializados com vista a garantir que a mulher desfrutasse de uma gravidez saudável, esclarecida, fisicamente segura e emocionalmente satisfatória não só para a grávida, feto e família (Lowdermilk e Perry, 2008).

No acolhimento da grávida, procurei estabelecer uma relação de confiança e um nível comunicacional ajustado e eficaz para cada utente/família com intuito de valorizar a vertente humana dos cuidados.

Na anamnese tentei ser o mais meticulosa possível, para poder sistematizar melhor os cuidados a prestar. Para além de proceder à identificação dos antecedentes familiares e pessoais da grávida e do cônjuge, antecedentes ginecológicos e obstétricos, história obstétrica actual, hábitos nocivos na grávida e seu cônjuge, prestei também atenção como a grávida/casal/família estava a vivenciar ao nível psicológico a sua situação de saúde.

As situações de gravidez de risco com que me deparei neste EC, compreenderam: hemorragias nos três trimestres, APPT; abortos espontâneos e em evolução; dois casos de oligoâmnios e um de hidrâmnios; colestase gravídica; contractibilidade uterina; 1 caso de HTA e uma adolescente que manifestava alterações do padrão normal de movimentos fetais.

Neste estágio face à multiculturalidade e vulnerabilidade, atendi sempre e em especial, nas grávidas adolescentes de etnia cigana, onde segui a metodologia de as integrar no espaço físico do BP, dinâmicas e normas de serviço e ainda envolvendo a família/convivente significativa em todo o processo de gravidez. Foram também desenvolvidos inúmeros momentos de educação para a saúde, onde contemplei a descrição constante da evolução da sua gravidez e o que poderia esperar de cada momento, a fim de desfrutarem o mais prazerosamente possível a evolução da mesma. Segundo o site "Fórum de Enfermagem": "A Enfermagem é uma profissão de cuidados transculturais, a única que se centra na promoção do cuidado humano para pessoas de uma forma significativa, respeitando os valores culturais e estilos de vida."

Conforme a teoria de Nancy Roper, a minha prática clínica em campo, foi evidenciar uma abordagem holística da mulher, considerando as suas circunstâncias de vida, pelo facto que tive sempre em conta os seus factores de risco, mentais, sociais, culturais, familiares e económicos uma vez que a sua interdependência influenciam sempre o seu estado de saúde e doença.

Incentivei a mulher para o auto-cuidado e comportamentos para a sua saúde e do seu filho, no sentido de a auto-capacitar e responsabilizar, porque acredito numa máxima, que diz:

"Educar uma mãe é educar uma família inteira". (Autor Desconhecido)

A Educação para a Saúde à semelhança de Rodrigues *in* Carvalho e Carvalho (2006) foi direccionada numa lógica de parceria, valorizando o papel activo da utente, o que é determinante visto que a saúde de cada um depende do seu projecto de vida. "Educar

as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas". (Carvalho e Carvalho, 2006:23)

Assim durante o período pré-natal os cuidados especializados foram dirigidos para a vigilância e monitorização da gravidez e orientados para a avaliação do bem-estar materno-fetal, tendo efectuado os exames clínicos e técnicos necessários e apropriados a cada situação e tomando iniciativa para referenciar dentro da equipa multidisciplinar se assim o julgasse necessário.

Durante este EC estive atenta ao observar o estado de saúde da grávida e efectuei exames objectivos: Gerais (sinais vitais, estado de higiene e hidratação da pele etc.); Ginecológicos (mamas, abdómen, corrimento etc.); Obstétricos (A.B.C.F., Manobras de *Leopold* em função da idade gestacional); e ainda rastreios de sinais e sintomas sugestivos de complicações (edemas, varizes, hemorragias, proteinúria/glicosúria/cetonúria, vômitos, tonturas, hipertermia, cefaleias, alterações visuais, dor, etc.).

Verifiquei e interpretei exames laboratoriais e ecografias relacionando-os com a I.G., servindo-me de suporte para planear a educação para a saúde a efectuar a cada grávida que cuidei.

Sempre que me suscitaram dúvidas recorri à OL e perante o seu incessante espírito crítico, fez-me analisar e reflectir profundamente sobre as minhas intervenções. Este foi um dos aspectos que na minha opinião me permitiu crescer imenso no meu processo formativo.

Sei que ainda tenho um caminho a percorrer, tendo em conta que ainda estou como aluna de EESMO no seio de uma equipa multidisciplinar, em busca da excelência assistencial.

Ao ter realizado as actividades acima descritas, integradas na vigilância pré-natal, atendendo à individualidade da grávida/família, nos seus aspectos físico, psicológico, social, cultural e adaptando as minhas intervenções a essas circunstâncias pessoais, considero ter atingido o objectivo proposto que contribuiu significativamente para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da SMO, nomeadamente no melhoramento da destreza manual, na capacidade de alerta para os desvios à normalidade no processo fisiológico da gravidez, no aperfeiçoamento da capacidade de observar e por fim na relação enfermeiro/utente no âmbito desta UO.

3ª COMPETÊNCIA:

O nascimento de um filho é um evento significativo na vida da mulher/casal e sua família. No entanto, a dor e o desconforto por vezes ligados ao TP podem produzir experiências negativas na mulher durante este processo. A dor e o desconforto físico e emocional são fenómenos complexos e percebidos de forma intrínseca e influenciados por factores fisiológicos, psicológicos e ambientais (Lowdermilk e Perry, 2008). Durante o TP a gestão do desconforto materno constitui uma das preocupações e responsabilidades das intervenções autónomas do EESMO.

O conforto e bem-estar da pessoa é desde Florence Nightingale, uma preocupação crucial ligada à disciplina de enfermagem. O conceito de conforto tem sido sujeito a diferentes significados na prática de enfermagem, de acordo com a evolução histórica da disciplina e posteriormente nos desenvolvimentos das teorias de enfermagem.

 **Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à utente/parturiente/família inseridos na comunidade no Serviço de Urgência, internamento e durante os 4 estádios de TP;**

A reflexão sobre a 3ª competência teve subjacentes as intervenções e diversos recursos, previamente delineados pelo plano que poderá averiguar em *Anexo I*.

Este objectivo surge na medida em que o considero de extrema importância na aquisição de competências e condutas para assegurar a prestação de cuidados de enfermagem adequados à parturiente/casal, bem como adquirir progressivamente autonomia no cuidar desta nos 4 estádios do TP, de forma a atingir o objectivo proposto.

A personalização do parto só à mulher pertence e por acreditar verdadeiramente nisso, o meu apoio no ceio da equipa que integrei nestes 6 meses, foi direccionado no sentido das mulheres reconhecerem as suas potencialidades e decidirem quais as posição e decisões a adoptarem em TP, afim das suas experiências serem não só confortáveis mas inesquecivelmente gratificantes.

Assim, neste EC prestei cuidados à utente demonstrando disponibilidade afectividade, criando condições para o estabelecimento de uma relação de empatia e de ajuda, procurando responder às diferentes necessidades e às inerentes a cada um dos diferentes estádios do TP. Atendi sempre com atenção ao envolvimento do acompanhante ou pessoa significativa em todo este processo.

Na admissão da mulher em TP, preocupei-me em validar no momento do internamento os desejos e expectativas face ao TP e Parto da grávida/parturiente/casal e ainda

saber junto da parturiente se tinham efectuado preparação para o nascimento, afim de junto deles projectar os cuidados a prestar.

Uma das minhas preocupações prioritárias ao acolher a grávida na sua unidade, foi a de lhe dar a conhecer os procedimentos, as normas e equipamentos disponíveis para o seu TP, com o intuito de respeitar e promover a autonomia da pessoa num ambiente por ela possivelmente desconhecido.

Atendi também aos costumes e à multiculturalidade onde assegurei as condições de assistência perante as etnias com que fui sendo confrontada (4 grávidas de etnia cigana e 1 Indiana), onde investiguei, discuti com a equipa, relembrando alguns dos aspectos para lhes proporcionar uma assistência de qualidade à qual são condignas.

Tive em atenção à preservação da intimidade e consentimento da mulher para qualquer procedimento, garantindo-lhe um ambiente envolvente tranquilo ou com musicoterapia se assim o desejassem, porque acho que são aspectos que influenciam o processo de nascimento em larga escala.

Nas vigilâncias de TP que efectuei constatei que muitas das grávidas, não tiveram a possibilidade de acesso a "Cursos de preparação para o Nascimento" nem acompanhamento por EESMO durante a gravidez. Tendo em atenção a este aspecto, procurei no atendimento à mulher/casal/família, sistematizar a minha intervenção incutindo-lhes e estimulando-os a terem uma atitude positiva e capacitando-os a prosseguir para o termino desta gravidez o mais saudável possível.

A minha conduta, foi a de orientar a utente, ajudando-a a compreender e a reconhecer as alterações/sinais corporais que lhe indicava em que fase do TP se encontrava e que tipo de respiração lhe seria mais vantajoso para cada fase.

Constatei na prática, que a educação para saúde é decisiva na assistência às primigestas, porque ao serem confrontadas com uma situação totalmente nova, não sabem o que esperar, podendo sentir receio, medo ou ainda pavor do que lhe possa vir a sentir/vivenciar.

Durante toda a prestação de cuidados considerei importante efectuar variadíssimos momentos de educação para a saúde às utentes sobre os mais diversos temas, de acordo com as necessidades que identifiquei ou manifestadas pela própria utente. Assim a título de exemplo, abordei os diferentes estádios do TP; apresentei as medidas disponíveis para o alívio da dor, quer farmacológicas (técnica de analgesia epidural/sequencial e ainda analgesia endovenosa); quer as não farmacológicas (por

ex. o recurso à bola de Pilatos, deambulação, massagem corporal localizada, respiração, ingestão de líquidos etc.), bem como suas vantagens e desvantagens.

Com o intuito de manter o processo de cuidar entre utente/EESMO com interactividade, mostrei disponibilidade e valorizei sempre as suas queixas e sinais que me pudessem transmitir alguma necessidade. Este apoio foi reforçado na fase activa do TP, onde as contracções uterinas eram por vezes muito intensas. Nessa altura os ensino foram essencialmente dirigidos para as técnicas de respiração e relaxamento, com a finalidade fornecer ao útero em TP e ao feto “in útero” o oxigénio que estes necessitavam.

A realização da cervicometria permitiu-me avaliar a progressão do TP, apresentação, plano e variedade, sendo também uma das intervenções onde tive algumas dificuldades iniciais, mas que consegui superá-las com frequentes discussões com a OL sobre a realidade percebida. Na avaliação do bem-estar materno/fetal a interpretação do CTG consistia num dos meus objectivos pessoais, uma vez que, sentia alguma dificuldade na sua interpretação. Hoje, considero que atingi este objectivo identificando correctamente as alterações e procedendo em consonância e atempadamente com intervenções mais adequadas face ao observado em cada situação.

O desenvolvimento de técnicas de alívio da dor fora uma das preocupação sempre patentes como profissional de saúde neste BP, onde reconheço este 5º sinal vital – A dor – como uma realidade que poderá ser vivenciada pela grávida. Sendo um dos meus propósitos, durante este estágio, tive a oportunidade de implementar e sugerir algumas técnicas de seu alívio da dor não farmacológicas (ex. respiração, acupressão, posições verticais, deambulação, contrapressão, bolas de pilates e duche quente). Este BP possui uma enorme oferta de técnicas para o alívio da dor, tais como: dilatação na água, 6 bolas de pilates; duche privativo, amplo espaço nas *Box's* para deambulação, um aparelho de telemetria e ainda conta com empenho dos EESMOS com dinâmicas no TP e Parto de acordo com o desejo da grávida atendendo estes aos respectivos critérios de segurança para a mãe e feto). A chefia e equipa ao pretenderem melhores condições para as utentes, conjecturam a possibilidade de ser criada uma sala ainda mais ampla para deambulação. Na realidade aquilo que constatei nos 47 partos efectuados foi que, 32 das grávidas seleccionaram como técnicas a analgesia epidural. Assim, das técnicas farmacológicas desenvolvi destreza manual, gestão e desenvolvimento teórico/prático no uso de anestesia perineal e analgesia epidural.

Juntamente com a OL, iniciei o desenvolvimento destas técnicas, explicando sempre à grávida o procedimento que iria realizar e a sua finalidade.

Na maioria dos casos na episiotomia, pude verificar uma elevada eficácia da administração da epidural com a parturiente em “posição sentada”, uma vez que no momento da realização da episiorrafia não houve necessidade de recorrer à anestesia local para suturar os tecidos. Para além do benefício para a puérpera por não se verificar edema nos tecidos, causado pela infiltração de anestésico local, a mim como principiante em sutura, permitiu-me visualizar e diferenciar melhor os tecidos e dos músculos do pavimento pélvico para a reconstrução dos mesmos.

No segundo estágio do TP, a relação utente/profissional/família à partida está estabelecida, onde proporciona a colaboração da grávida/casal/convivente significativo no atingir do objectivo final, a expulsão do feto. Neste processo foi minha preocupação promover a participação do acompanhante no TP e assegurar as condições físicas e ambientais da sala de partos. Com uma autonomia crescente ao longo do EC, orientei a parturiente nas técnicas respiratórias e posicionamento adequado ao período expulsivo, tendo já alguma facilidade em coordenar esta orientação com a preocupação constante dos “timing de execução do parto” com a técnica correcta, proporcionando à grávida/casal/convivente significativo um momento a ser recordado como uma experiência feliz para todos.

Sempre que possível procurei que os partos fossem efectuados não recorrendo por regra à técnica de episiotomia, no entanto esta incisão através dos tecidos perineais permite aumentar a saída vulvar durante o parto. "O fundamento do seu uso depende da necessidade de minimizar o risco de um grave trauma materno espontâneo e de apressar o parto quando há evidência de compromisso fetal" (FRASER, 2010:312), sendo a sua execução ponderada pelo EESMO face ao risco e benefício Materno-Fetal. Para tal, recorria essencialmente ao Partograma para ver a estimativa do peso e percentil (da última ECO realizada); avaliava criteriosamente as características do períneo e diâmetros da bacia materna face ao feto; a intensidade da contracção; a colaboração da grávida e muito importante o bem-estar materno-fetal. No recurso à episiotomia e consequente episiorrafia, tive algumas dificuldades por ser “esquerdina” e na decisão do momento adequado para a sua execução. Com o acumular de experiências esses aspectos foram-se esbatendo, assim como também, fui desenvolvendo a confiança na identificação das estruturas musculares a suturar. Realização de todas Episiotomias médio-laterais, foi uma das decisões que teve por

base poupar os músculos do assoalho perineal da distensão e contusão exagerada, e prevenir a pressão prolongada exercida pela cabeça sobre o períneo. Do mesmo modo considerei ser uma técnica mais correcta face às vantagens que a incisão médio lateral acarreta em confronto com os riscos que uma mediana tem, ainda agravada pela minha inexperiência.

No que se refere à realização da técnica do parto, na pesquisa de circulares cervicais, na protecção do períneo, na contenção da cabeça fetal e no apoio do corpo fetal, julgo ter conseguido desenvolver as competências.

Após a expulsão do pólo cefálico e verificação da presença de circulares cervicais, frequentemente convidei quer a mãe ou pai para procederem à restante extracção do seu filho se assim eles o entendessem e sendo isso possível. Sabendo previamente os desejos do casal para o nascimento, frequentemente convidei os pais a cortarem o cordão umbilical do seu filho.

Após a expulsão do feto, efectuei as respectivas colheitas de células estaminais (sangue e/ou fragmento do cordão umbilical) para a criopreservação caso fosse um desejo da utente/casal. Nestes procedimentos não tive grandes dificuldades, fiquei alertada para as diversas particularidades quer dos “Bancos de reserva” privados, quer do único público do nosso país.

No que concerne ao 3.º estágio do TP procedi à dequitação, mantendo uma atitude expectante ou fisiológica face a este processo.

Sempre que possível, promovi o vínculo díade/tríade, promovendo o contacto pele-a-pele enquanto aguardava pela dequitação o que aconteceu espontaneamente sempre num período inferior a 30 minutos após os partos que realizei. Aguardando a dequitação promovi o AM na sequência do contacto precoce pele-a-pele mãe/RN. Tanto no decurso dos partos, como na primeira pega teci frequentes reforços positivos, aferindo a informação que detinham para assim sistematizar a orientação a facultar sobre a evolução de TP/Parto e ainda sobre a técnica correcta da pega mamária pelo RN.

Enquanto procedia à vigilância dos sinais de descolamento da placenta, observava atentamente o estado físico da parturiente, a relação da tríade e ainda muito importante, a observação em simultâneo das perdas hemorrágicas vaginais. Após a dequitação, realizei a avaliação da tonicidade uterina (formação do globo de segurança de *Pinard*) com massagem e expressão uterina.

Num dos partos que assisti, tivemos uma puérpera com perdas hemáticas vaginais mais exuberante, que suspenderam à pressão Bimanual das artérias da mesma em associação com “Bólus” de oxitocina. A placenta e as membranas fetais foram sempre criteriosamente examinadas com auxílio de uma compressa a fim de verificar a sua integridade e prevenir a retenção de restos quer placentares quer de membranas ou até mesmo a eventual necessidade de a enviar para anatomia patológica. Durante este estágio registei um caso de membranas fragmentadas, sem complicações posteriores para a puérpera.

Foi também importante observar e avaliar o canal de parto e períneo, para detectar lacerações, tanto a nível do colo, como das paredes vaginais, de forma a proceder à perineorrafia/episiorrafia, avaliando previamente sempre a necessidade de realizar anestesia local e informando a utente sobre a reconstrução a efectuar e seus cuidados inerentes.

A técnica da perineorrafia/episiorrafia foi-nos ensinada em aulas práticas, numa esponja, onde confesso que tive dificuldade na destreza (por ser esquerdina) e na visualização e distinção entre mucosa e o músculo, onde o que apenas me fazia sentido era a pele a última parte a suturar.

Para a correcta execução da técnica é necessário desenvolver competências nomeadamente de destreza manual e revisão criteriosa do canal de parto/períneo, para detectar a presença de lacerações, tanto ao nível do colo, como da vagina. Embora pensando que estamos na presença de uma episiotomia, por vezes existem concomitantemente lacerações que devem ser reparadas. Nas suturas iniciei sempre de acordo com os princípios recomendados por Mendes Graça (2000), ou seja começando pelo primeiro plano (mucosa vaginal) cerca de 1cm acima do vértice da incisão para que fique assegurada a hemostase. A sutura da mucosa foi sempre efectuada com pontos contínuos, terminando junto ao anel himenal. No segundo plano, que corresponde às fibras musculares foram feitos pontos simples. No terceiro plano (bordos cutâneos), foram aproximados com pontos *Donnatis* (onde aprendi a fazer os verdadeiros e falsos). Neste estágio não efectuei nenhuma sutura intradérmica mas vi um Obstetra realizá-la numa cesariana e num parto por ventosa.

Procurei sempre no decurso de todo o processo de nascimento envolver o pai no parto e pós-parto a fim de favorecer o vínculo da tríade (mãe/RN/pai).

O período de Puerpério imediato (4º Estágio), imediatamente após o nascimento no BP, constitui o local e momento privilegiado para promover esta prática do AM. De

acordo com Lowdermilk e Perry (2008:491), é o mais indicado para o início da amamentação porque a criança está em estado de alerta e pronta a ser amamentada. Por outro lado, amamentar neste estágio também ajuda a contrair o útero e a evitar a hemorragia uterina. Conforme o *Royal College of Midwives* (1994) a primeira mamada deve ocorrer na primeira hora de vida do RN, como sendo o prelúdio para uma amamentação de sucesso.

No Puerpério imediato, vigiei os parâmetros vitais, as perdas sanguíneas vaginais e verificado o globo de segurança de Pinard. Durante este período é também feita a vigilância do bem-estar e adaptação do RN ao meio extra-uterino. Nesta vigilância contínua do bem-estar da puérpera/RN estes permanecem por um período de duas horas no BP. Preconiza-se com esta assistência a detecção precoce de complicações nomeadamente as hemorragias e a adaptação a um novo papel no seio da família – Parentalidade da qual não senti dificuldades.

A transição à Parentalidade é algo que se constrói e no nascimento não estamos totalmente preparados. As nossa vida tomam um rumo de 360º, em torno de um ser que acaba de nascer e que dependerá de nos por alguns tempos. Se ainda julgava que os "homens não choram" isso foi posto por terra, pois em especial os pais tiveram emoções ao rubro com as quais não contava e que só quem viveu, sentiu o quão belo é ser parteira para com eles desfrutar destes momentos soberbos.

Após o parto, realizei os registos adequados que foram evolutivamente se transformando em informação sistematizada, precisa e criteriosa da minha planificação de cuidados prestados às utentes.

Como futura EESMO assegurei o apoio e a resposta diferenciada às mulheres/casal/famílias vulneráveis, em situações de maior risco e dependência e compreendi como são accionadas outras entidades funcionais (psicóloga, Assistente Social, etc.)

A transferência para o serviço de puerpério é assumida pelo EESMO face à autonomia aqui até hoje conquistada, onde eu assegurei a transferência da Puérpera/RN para o Puerpério tardio, prestando a ambos os respectivos cuidados prévios de higiene, conforto e alimentação.

Segundo o Gabinete de Informação para Gestão do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., no primeiro Semestre de 2011 no Bloco de Partos do HSB registaram-se um total de 895 partos dos quais 517 foram Partos Eutócicos (1 em Apresentação Pélvica

e 516 em Apresentação Cefálica) e 378 Partos Distócicos (Cesarianas - 293; Fórceps - 12 e 73 Ventosas). (Anexo III)

Neste primeiro semestre de 2011, perante um total de 517 Partos Eutócicos eu realizei como estudante da ESMO neste período 9,09% em 129 conduções de TP.¹

No BP as dificuldades iniciais como estudante da ESMO evidenciaram possuir bases teóricas frágeis, o que ao ser confrontada na prática clínica diária, me preocupou. As alternativas eram evidentes e a ajuda de todos os intervenientes tornou-se preciosa, para superar esta problemática no meu processo formativo. Toda equipa, mas em especial a OL e a docente com as questões constantes que me foram dirigindo, fizeram analisar e reflectir sobre todos os meus conhecimentos e identificar quais os que necessitavam ou não de ser revistos e aprofundados. Obviamente foi um percurso difícil e intensivo nestes dois anos, uma vez que era obrigatório ter bases sólidas, para consecutivamente ter uma visibilidade melhor da disciplina e facilidade na articulação teórico-prática que inicialmente se mostrou dificultada. A construção de pilares teóricos mais sólidos, foi árdua, face às numerosas exigências neste EC, mas acho que era o passo que a mim me competia e me faltava dar. Hoje sinto-me extremamente orgulhosa de todas as pessoas que a meu lado me ajudaram neste sucesso.

Penso ter atingindo este objectivo porque construí competências evolutivamente mais cimentadas neste período, que se desenvolveram nos 4 diferentes estádios de TP, atendendo sempre às necessidades da mulher/casal/família e que proporcionarão uma melhor capacidade e autonomia nas tomadas de decisões na UO, internamento, no pré-parto/parto e pós-parto.

4ª COMPETÊNCIA:



Adquirir e desenvolver competências em cuidados de enfermagem em Neonatologia através da prestação de cuidados aos recém-nascidos com desvio de saúde internados na UCEN;

A análise crítica que se segue é destinada à aquisição da 4ª competência, que tem inerente os cuidados de enfermagem prestados aos RN, com necessidades de cuidados especiais. Teve subjacente o plano das intervenções e diversos recursos, previamente descrita como poderá verificar em *Anexo I*.

No plano de estudos para este EC no BP, fazia parte a permanência durante 1 semana na unidade de cuidados especiais neonatais (UCEN) desta instituição onde decorre o EC para observar e participar activamente nos cuidados aos RN's com desvio de

¹ Nº de Partos efectuados pela estudante EESMO = (47/517) * 100.

saúde. Rentabilizando o facto de nesta altura a minha OL se encontrar de férias, agendei com a equipa da UCEN para a semana de 04/04/2011 a 08/04/2011, onde estive sob orientação da enfermeira Alexandra Barradas.

A UCEN tem a missão de prestar cuidados Neonatais desde a IG de 34 semanas até aos 28 dias de vida. Esta instituição não tem Cuidados Intensivos Neonatais, tendo como hospitais de referência a Maternidade Alfredo da Costa, Hospital de Santa Maria e Hospital da Estefânia.

Fui gentilmente acolhida por toda a equipa e chefia à qual fico grata e o felicito pela sua equipa e orientadora seleccionada. Nesta unidade fiquei familiarizada com as patologias mais frequentes, bem como, com o funcionamento das incubadoras e alguns cuidados especiais essencialmente a prematuros.

Esta semana na UCEN, permitiu-me conhecer aprofundadamente a estrutura física do serviço; as normas e procedimentos específicas; a equipa multidisciplinar e a localização dos recursos materiais. Esta unidade está localizada no piso 1 da parte nova dos HSB, integrada também no Departamento da Saúde da Mulher e Criança em instalações que à muito carecem de transferência ou simples reforma.

Pelo facto da sua estrutura física se situar longe das imediações do BP sempre me preocupou a transferência do RN para esta unidade Neonatal. O BP deste hospital assegura a transferência segura do RN em incubadora de transporte desfrutando quer de recursos humanos, materiais e ainda suporte ventilatório necessários à assistência adequada a estes RN com necessidades especiais.

No BP, sempre que possível nos turnos da manhã e em colaboração com outros membros da equipa testei a incubadora de transporte e suas funcionalidade, onde me foram úteis para transferir 3 RN's para esta unidade de Neonatologia (1 RN com gemido e 2 gémeos prematuros).

Nesta unidade Neonatal, aprendi a manusear com segurança também todos os materiais e equipamento (ex. incubadoras, ventiladores ect.).

Na UCEN deparei-me com RN internados para: averiguação da situação social; patologia materna com incapacidade de cuidarem destes; ou com patologias a estes inerentes. Os diagnósticos dos RN com que me confrontei foram: ACIU; Prematuridade; Doenças do Sistema Respiratório (ex. Aspiração Meconial); Intolerâncias Alimentares.

Os cuidados prestados pelo enfermeiro nesta unidade, é um desafio constante, pois requer vigilância, sensibilidade, respeito, técnica, onde o utente é extremamente

vulnerável e altamente dependente da equipe. Aqui este profissional é obrigado a conjugar todos os aspectos referido anteriormente mas também é chamado a adquirir perícia em envolver e ajudar os pais em situação de "crise" nos cuidados ao mesmo e no *empowerment* com vista alta. Promovi no seio da equipa a facilitação dos papéis parentais, com a realização de ensinamentos dirigidos à mulher/casal/família. Nesta semana assisti a um dos momentos referente ao plano educacional de ensino dirigidos aos pais.

Particpei em actividades que se prenderam essencialmente com a promoção e adaptação do RN ao meio extra-uterino, observação sistémica do RN, alimentação adequada às necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento nas quais eu. Promovi sempre que possível o contacto pele-a-pele através do aleitamento materno e "método canguru"¹.

Durante a semana em que prestei cuidados na UCEN, verifiquei que este serviço estava a implementar gradualmente os registos em SAPE® e que tinham seleccionado dois RN's para os profissionais treinarem e aperfeiçoarem este aplicativo. Nesse âmbito eu como estudante e a trabalhar a problemática que envolvia esta nova forma de registos, adquiri competências ao efectuar os registos dos RN's de quem cuidei neste aplicativo.

Na prestação de cuidados directos aos RN's participei e não tive grandes dificuldades, uma vez, que na minha carreira já cuidei de RN em situações semelhantes (submetidos a cirurgias cardíacas nas Unidades de cuidados intensivos do Hospital de Santa Marta e do Hospital da Cruz Vermelha). Pela forma activa em cuidados e apoio prestado ao RN e à família considero que este objectivo foi atingido com sucesso.

5ª COMPETÊNCIA:



"Contribuir para a melhoria da comunicação e continuidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no BP, analisando de que modo o aplicativo SAPE® promove a visibilidade das intervenções e autonomia do EESMO;"

Para a consecução deste objectivo foram importantes as intervenções desenvolvidas e utilização dos recursos materiais e humanos que constam no projecto de intervenção (*Anexo I*). A fim de responder ao que objectivei, utilizei como **estratégias** as seguintes que apresentarei por ordem cronológica:

¹Método canguru-é um método inovador que surgiu no hospital San Juan de Dios de Bogotá, Colômbia e recomendado também pela OMS desde 2003 como uma prática que pretendia ser, acima de tudo, uma alternativa à incubadora, face aos surtos infecciosos e arrefecimento frequentes dos prematuros.

- 1) **Entrevistas informais** – dirigidas aos vários elementos da equipa envolvidos ou não no projecto de "Parametrização SAPE®; e ainda, informáticos; funcionários do Departamento de Formação. A ajuda de todos intervenientes revelou-se bastante positiva para aferir os meus conhecimentos que possuía e os que necessitava desenvolver. Após estas entrevistas foram-me facultados documentos e sugestões de pesquisa que me ajudaram no desenvolvimento do estudo, face à problemática.
- 2) **Revisão Sistemática da Literatura (RSL)** – Este relatório ao ser suportado por uma RSL pretendia perceber o estado da arte sobre os registos do EESMO. Ramalho (2005:11) afirma "Os estudos de revisão sistemática, com e sem metanálise, representam uma mais valia para a investigação em enfermagem, visando melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento da prática clínica de enfermagem baseada em evidência". Com esta estratégia pude conhecer o que existe na comunidade científica sobre a problemática em estudo e confrontar a prática desenvolvida neste campo específico em EC IV. A RSL pretende dar resposta de forma sintética à questão fulcral em estudo.

A estratégia inicial para a RSL consistiu na **formulação da pergunta de partida**, adoptando o **método "PICOD"**, que "...são as iniciais dos aspectos fundamentais a incluir na formulação da pergunta de investigação e que servem para definir os critérios de inclusão de estudos primários na Revisão Sistemática..." (Ramalho, 2005:44), em que: o P – refere-se aos Participantes, I – Intervenções, C – Comparação, O "Outcomes" ou Resultados e o D – Desenho. A pergunta de partida foi sofrendo várias reformulações tendo culminado como fora inicialmente apresentado:

 **"No BP quais os registos dos EESMO que são efectuados no Partograma e no SAPE® (que utiliza a linguagem CIPE®), que reflectem as suas intervenções e decisões?"**

Para Ramalho, "A pergunta é essencial para a estruturar a Revisão Sistemática. Perguntas mal elaboradas conduzem a Revisões Sistemáticas mal elaboradas e resultados pouco fiáveis." (2005:42).

Os **Crítérios de Inclusão** no estudo foram: Trabalhos publicados em "Full Text"; Idioma dos estudos em português, inglês e espanhol; Trabalhos efectuados nos últimos 10 anos; Estudos que tenham analisado os registos dos EESMO em BP utilizando o Partograma e ou SAPE®.

As Estratégias de pesquisa: estão de acordo com a pergunta de partida na RSL, pesquisou-se na base de dados: EBSCO (com os motores de busca: *Cochrane*

database of systematic reviews; Cinahl plus with full text; Medline With full text; Science Direct); MIDIRS; B-ON; LILACS; SCIELO; Wiley Online Library; bvs.

Dos Resultados Obtidos: não foram encontrados nenhuns ao efectuar cruzamento entre os descritores: EESMO, parteira, parteiro, Matrona, Midwife, parteras; Registos de enfermagem, registos de matronas, records of midwives; Comparação (SAPE®, CIPE®). No entanto ao efectuar uma pesquisa mais abrangente com as palavras-chave Midwives e Classification for nursing practice (ICNP) foram encontrados 3 estudos, mas pela análise dos resumos foram eliminados dois por não se referirem à prática de enfermagem. Dessa pesquisa efectuada, saliento a existência de um único estudo que se intitula "Introduction and development of NCP using ICNP® in Pakistan", autor é Rukanuddin R. J. em que ao publicar em 2005 este estudo na revista International Nursing Review, remete-nos para uma problemática idêntica à observada em Portugal. No Paquistão, os enfermeiros não documentam de forma padronizada os seus cuidados, assim muitos gestores de saúde, políticos e consumidores fazem suposições inadequadas sobre o trabalho da enfermagem. Muitas vezes tratam os enfermeiros como quaisquer outro "técnico de saúde" que podem ser facilmente substituídos por profissionais de saúde mais económicos, pelo facto dos seus cuidados não serem visíveis. Para superar esse problema, à semelhança de Portugal, no Paquistão está a ser introduzido na Faculdade de Enfermagem e no hospital Aga Khan, nos Serviços de Saúde Aga Khan, Escola de Saúde Pública, em Karachi, e nas faculdades de enfermagem do governo, estão a utilizar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ®). O objectivo deste projecto pretende destacar a importância de criar e desenvolver um plano de cuidados de enfermagem padronizados (NCP) utilizando a CIPE ®. Segundo descrevem os autores desse estudo, existem alguns problemas técnicos na utilização da linguagem CIPE® (termos redundantes e limitação de terminologia). No estudo acima mencionado os autores referem que a principal limitação deste projecto, é a incapacidade de testarem a utilização da CIPE® num sistema informático em saúde, por ser muito caro. Neste país julgam que as limitações podem ser superadas através de uma introdução gradual de documentação informatizada e exclusão da documentação em papel.

Na pesquisa efectuada, conforme podem observar acima, deparei-me com uma escassez de estudos na revisão sistemática da literatura, face à temática proposta. Constatei que a RSL não trouxe um grande contributo, mas, alertou para uma área nova, pouco explorada e muito incipiente.

- 3) **Contactos com Parteiras Internacionais** – para poder conferir continuidade a este processo, o Enfermeiro Chefe Vítor Varela, sugeriu-me entrar em contacto com um fórum de discussão de *Midwives Internacionais* sobre obstetrícia, reprodução e educação para a saúde das mulheres. Ao conceder-me este e-mail, pude trocar e-mail e obter dados sobre como são efectuados os registos pela comunidade Obstétrica. Ao apresentar a problemática em estudo subjacente a este trabalho, obtive o "feedback" de seis *Midwives*, para o meu e-mail pessoal. Nos E-mails trocados, mencionam que os registos enfermagem, segundo:
-  A Gloria Seguranyes refere que – "In Catalonia midwives do not use the ICNP language";
 -  Jackie Mitchell, Midwife nos Estado Unidos da América e Jennifer Spencer no Canadá – Toronto, salientam que nos seus países se utiliza o Partograma informatizado na tomada de decisões intra-parto;
 -  A Midwife Sue Penn, menciona que no Hospital da Catalónia o Partograma é um documento já informatizado, onde se representa graficamente os desvios do bem-estar materno ou fetal e do progresso do trabalho que alertam as parteiras e os Obstetras;
 -  A Sue Penn, Kate Holmes e Jennifer Roe, encaminharam para a "Online Library" MIDIRS (*Midwives Information and Resource Service*) e ajudaram na pesquisa nesta base de dados que desconhecia, onde encontrei alguns contributos sobre registos em enfermagem.
- 4) **Participar num encontro: " Partilhar para cuidar"**, que foi realizado pelo Agrupamento de Centros de Saúde de Almada no dia 12 de Maio de 2011. Este encontro permitiu-me percepcionar quais as mais valias da implementação dos sistemas de informação em enfermagem e como estavam a ser ultrapassadas as dificuldades sentidas pelas instituições.
- 5) **Análise Comparativa entre o Partograma e o SAPE®** – neste ponto pretendo apresentar e identificar qual dos dois instrumentos de registos – Partograma (registo documental) e do Registo informatizado de enfermagem SAPE®, será a forma de registo que melhor traduz a intervenção do EESMO em BP e as vantagens e desvantagens a eles subjacentes. A metodologia que escolhi centrou-se na análise e identificação de quais as intervenções que efectivamente se podem registar no Partograma e as que são passíveis de efectuar no SAPE®.

Como se pode observar em (Anexo X) estão contidas 72,73% intervenções descritas em Partograma que reflectem a prática clínica do EESMO que não podem ser registadas no SAPE®. Sendo um dos propósitos dos EESMOS, traduzir à comunidade a visibilidade assistencial prestada em BP, conclui-se que o Partograma, continua a ser o documento de registos que abrange o maior número de intervenções por eles efectuadas em BP. Dando continuidade a este processo, foi elaborado uma tabela onde se pode analisar quais as vantagens e desvantagens entre as duas formas de registos de enfermagem.

Tabela 7= Implicações do Partograma versus SAPE® na prática dos cuidados.

PARTOGRAMA		SAPE®		Observações
Vantagens	Desvantagens	Vantagens	Desvantagens	No Partograma não existe um local específico para a inscrição de registos como:  Eliminação vesical;  Quantificação das perdas hemáticas vaginas;  Moldagem dos ossos do crânio fetal;  Posicionamentos adoptado pela mulher em TP;  Descrição do tipo de técnicas não farmacológicas utilizada para o alívio da dor. NOTA: Como alternativa a esta lacuna identificada pelos EESMOS, estes efectuam esses mesmos registos em "notas de enfermagem paralelas ao Partograma ou inscrevem na curva de Friedman as observações na página da frente do Partograma.
Simplicidade, utilidade prática e acessibilidade imediata			Consulta mais complexa	
Documento oficial com certificação hospitalar; Permite registos RN e mãe;	Suporte documental junto da parturiente;	Documento informático;	Registo individual, implicando efectivar para mãe e outro para RN;	
Registo multidisciplinar;	Não regista a avaliação da frequência respiratória; ¹ da temperatura materna; ² da Eliminação urinária e perda sanguínea;		Registo exclusivo da Enfermagem;	
Terminologias obstétrica;		Terminologia CIPE® que não contempla a linguagem Universal em Obstetria;		
Instrumento eficaz de comunicação entre a equipa obstétrica;		Consulta pela equipa multidisciplinar;	Termos redundantes em relação à prática obstétrica;	
Facilidade na consulta e interpretação dos dados;	Não permite ter como "foco de atenção" - a Ansiedade;	Foco atenção: Ansiedade	Não contemplam as prescrições do EESMO para colheita de espécimens (ex. proteinúria, cetonúria), só médicas;	
Permite ter a "fotografia" imediata da evolução temporal do TP e do bem estar materno-fetal, pela sequência lógica de todos os indicadores		Consulta da situação clínica pelo profissional em qualquer área hospitalar;	O "Plano de trabalho" actual, não permite ter o registo gráfico da evolução temporal do TP, obrigando à consulta de vários menus para compilar a mesma informação;	

¹ Um dos exemplos da pertinência da avaliação da frequência respiratória é na "administração de sulfato magnésio à parturiente com pré-eclampsia, pois pode ser o primeiro sinal indicativo de toxicidade do mesmo." (Ferreira, 2005:26)

² A hipotermia materna poderá justificar uma taquicardia fetal.

PARTOGRAMA		SAPE®		Observações
Vantagens	Desvantagens	Vantagens	Desvantagens	Já o SAPE®, isso é possível segundo o que auscultei junto dos parametrizadores deste hospital
Configuração gráfica e Linguagem mais acessível e concisa;		Qualquer elemento da equipa multidisciplinar pode registar/alterar dados da utente em qualquer área do departamento em que se encontre;	Processo enfermagem com avaliação inicial exaustiva, onde se identificam falhas na colheita de indicadores essenciais à obstetrícia (nem todos os aspectos da avaliação inicial são relevantes para condução de TP);	
Na interpretação gráfica da curva Friedman identifica-se a evolução de TP normal ou arrastado ;		Permite ter como "Foco Atenção": retenção urinária e perda sanguínea;		
Método de raciocínio lógico explícito da prática diária do EESMO que esquematiza as intervenções e atitudes terapêuticas;		No "Plano de trabalho", abre uma janela onde visualizamos várias áreas específicas do	O "Plano de trabalho" actual não reflecte todas as intervenções do ESMO em BP;	
		"Mapa de cuidados" para o respectivo utente: Medicação; Análises; Atitudes terapêuticas; Exames; Cirurgias; Intervenções que ao definir-se um horário, alertam nos casos em que há atrasos;		
Registo gráfico de reconhecimento de padrões de normalidade ou desvios do TP;		Permite efectuar uma carta de transferência;	Coloca a avaliação cardio-fetal e uterina nas "Atitudes terapêuticas" prescritas, quando são intervenções que decorrem das competências do EESMO em condução de TP;	
Permite a introdução rápida e intuitiva de medidas para os corrigir os desvios à normalidade;		Ter acesso a registos de internamentos anteriores;		

As *Limitações no Partograma* são irrelevantes face aos dados acima descritos relativamente ao SAPE®. Os dados não passíveis de registo no Partograma, são a eliminação vesical (Espontânea/sonda/algália), a monitorização das perdas sanguíneas, a alternância de decúbito; as medidas de alívio da dor não farmacológicas implementadas, a presença de bossa sero-hemática fetal que são colmatadas pelo EESMO com a sua inscrição nas observações deste registo documental e em "Notas de Enfermagem" em anexo.

É fundamental em TP e Parto a frequente monitorização da eliminação vesical, porque a bexiga cheia dificulta a descida da apresentação; lesão da própria bexiga na passagem do feto ou aumento do risco de hemorragia pós-parto (Fraser, 2008:288). Se a grávida estiver sobre efeito de um analgésico narcótico potente como por ex. O Sufentanil® (Analgesia Epidural) pode não conseguir urinar espontaneamente sendo mesmo necessário efectuar técnicas evasivas, como o esvaziamento vesical com sonda ou mesmo ponderar-se uma algaliação. Assim é perceptível a importância deste registo.

Quanto às Implicações na prática clínica dos registos dos EESMO, documental versus informático destaca-se no primeiro a possibilidade de extravio e no segundo salienta-se a enorme limitação em termos de terminologia Obstétrica.

As Conclusões assentam na convicção de que o Partograma é um documento único que desde 1954, tem perdurado como um instrumento em que Emanuel Friedman transformara-o, de uma avaliação subjectiva do TP, numa ciência previsível pela sua interpretação gráfica que se constata nos exemplos clínicos reais apresentados na minha utilização do Partograma. *(Anexo VIII)*

Apesar do que foi anteriormente exposto a Administração do (HSB, SA) e face as limitações do registo SAPE® insiste na implementação do mesmo tal e qual como ele foi padronizado para o Departamento da Saúde da Mulher e Criança na: Pediatria, Puerpério e UCEN ao Bloco de Partos.

Sendo um dos objectivos Institucional, a qualidade e visibilidade dos cuidados que esta presta, torna-se importante ponderar a sua implementação na forma como actualmente se apresenta, porque o SAPE®, parece estar descontextualizado diante dos achados acima mencionados.

Em Portugal o SAPE® é um aplicativo, largamente difundido em várias instituições de saúde, com vantagens comprovadas na visibilidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros generalistas.

Com esta pesquisa, constatei que o SAPE®, ainda não está adequado à prática clínica do EESMO, pela forma restrita na linguagem Obstétrica e escassez na sistematização e visibilidade das intervenções dos mesmos em BP.

6) Conhecer outras Realidades Institucionais – Esta foi uma das estratégias acrescida ao que inicialmente projectei e onde solicitando a autorização através de Ofícios para ir conhecer 2 aplicativos de registos informáticos, o Glintt® do Hospital da Cuf Descobertas *(Anexo XI)* e SAPE® do Hospital Reynaldo dos Santos em Vila Franca de Xira *(Anexo XII)*, obtive preciosos contributos para a construção do aplicativo para a realidade em que me encontrava em estágio. Esta estratégia só foi equacionável com o prolongamento dado até 8 de Outubro. *(Anexo XIII)*

No nosso país estão agora nas instituições de saúde, a dar os primeiros passos na construção do "Padrão" para o aplicativo informático SAPE® ajustado às especificidades de cada serviço.

No "Hospital da Cuf Descobertas" o aplicativo de registos Glintt. foi criado pela equipa em parceria com a empresa que o comercializa, tendo subjacente a

linguagem CIPE®. No Hospital Reynaldo dos Santos em Vila Franca de Xira construíram o aplicativo semelhante ao que se quer implementar na nossa instituição - o SAPE® que é comercializado pela ORACLE®. Em ambas as realidades constatei que são aplicativos informático que melhor se assemelha à linguagem Obstétrica e isto só foi possível com o trabalho destas equipas, no entanto ainda ambas as realidades manifestam que continuam ainda a não permitir identificar imediatamente a totalidade das intervenções que o Partograma traduz porque este não estar contemplado nos seus aplicativos.

Do diálogo com a equipa do Hospital Reynaldo dos Santos em Vila Franca de Xira, no dia 28/07/2011, fiquei a saber que esta instituição inicialmente efectuava os registos informáticos no Partograma de outro sistema informático - o ALERT®. Durante a sua utilização constataram que, este aplicativo exigia necessidade de efectuarem mais registos em suporte documental, onde no SAPE® isso era possível. Actualmente utilizam só o SAPE® porque este incompatibilizava-se se estiver em rede com o ALERT®.

- 7) **Pesquisar e analisar outros instrumentos de registo informatizados de outros hospitais:** (do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE na Amadora; Hospital Garcia da Horta, EPE em Almada; Hospital Distrital de Santarém, Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE, no *Barreiro* e USF ALPHAMouro). Da análise de documentos consultada resultou em mais valias para a construção da proposta para o HSB.
- 8) **Construção de uma proposta de Parametrização de registo informatizado (SAPE®) fidedigna em Obstetrícia,** onde gradualmente seja introduzida toda a documentação informatizada e excluída a documental. *(Anexo XIV)*

Obviamente que constatei, que este objectivo foi o mais exigente onde tive de despende mais tempo, desgaste físico e emocional. Como constrangimento refiro o atraso das autorizações para visitar outras realidades a utilizarem já algum tempo aplicativos informáticos. Aquilo que inicialmente estipulei em timing foi excedido só sendo possível com as prorrogações de entrega do actual trabalho.

O contributo do desenvolvimento deste objectivo específico, fez-me tornar os meus registo diários mais completos; sucintos, esquemáticos e dando outro sentido à continuidade de cuidados que prestei, logo estou convicta que foi objectivo superado com enorme êxito quer a nível pessoal como profissional.

6ª COMPETÊNCIA:

Desenvolver capacidade de reflexão e análise crítica da prestação de cuidados de enfermagem especializados durante o Ensino Clínico IV.

Considero que a reflexão sobre as diferentes situações de cuidados esteve intrínseca às minhas intervenções planificadas e percepcionáveis em (Anexo I).

Este EC proporcionou-me muitos momentos de aprendizagem, com enormes contributos enquanto futura EESMO. Reconheço que a utilização do pensamento crítico e atitude reflexiva das minhas/nossas práticas, tem sempre o propósito de nos tornarmos profissionais mais competentes, permitindo-nos um crescimento pessoal e profissional exponencial, com vista à excelência dos cuidados de enfermagem prestados à comunidade.

No decurso deste EC tornou-se numa exigência pessoal e profissional a melhoria da minha articulação da teoria com a prática e julgo ter sido um aspecto que veio beber a este objectivo. Hoje o crescimento que sinto a vários níveis, só foi possível e visivelmente demonstrado pelas incessantes auto-reflexões que efectuei devidamente suportadas quer pela constante pesquisa bibliográfica, acompanhamento e partilha paralela com toda esta equipa envolvida neste meu processo formativo.

Na concretização deste objectivo, uma das intervenções que realizei, foram 3 diários de aprendizagem como pode consultar em (Anexo XV, XVI e XVII) um dos diários de aprendizagem esteve relacionado com a experiência em Neonatologia, nos restantes reflecti sobre situações de cuidados que experienciei em BP. A sua elaboração permitiu descrever experiências, “particulares e importantes”, vivenciadas durante o EC, e transmitir a forma como estas foram por mim encaradas.

Durante este EC foram frequentes as várias sessões de análise das práticas em sala de aula, que contribuíram também para reflexibilidade nos diversos contextos clínicos de prestação de cuidados. Todos os aspectos acima mencionados foram merecedores de uma atitude reflexiva, enquanto futura EESMO, no entanto, ao longo do EC, fiz-me acompanhar no meu dia-a-dia, desta mesma atitude, pois só assim, pude melhorar os cuidados e a visibilidade dos mesmos que evolutivamente se descrevem na avaliação formativa e sumativa. (Anexo XVIII e XIX) Desta feita, considero que o objectivo foi concretizado com êxito, por tudo o que referi anteriormente.

3.3 Questões Éticas/Deontológicas/legislação aplicável e Padrões de Qualidade

Relativamente à problemática, qualquer que seja a opção de instrumento (documental/informático) de registos em enfermagem, ressaltarão sempre as questões éticas e deontológicas que são transversais aos enfermeiros. Assim:

“...inerentes ao registo, estão, é claro, as obrigações de confidencialidade, responsabilidade e responsabilidade pessoal. Com o uso crescente de registos computadorizados – e a respectiva Lei de Protecção de dados – as responsabilidades tornam-se de facto ainda mais pesadas. Neste «caminhar para o futuro» residem muitos desafios para os enfermeiros do amanhã.” (Roper [et al], 2001:144).

A minha perspectiva, no respeito à saúde individual e dignidade da utente, assume um maior destaque no zelo dessa informação, quando esta se informatiza, pelas questões associadas à segurança e à facilidade de acesso a esses dados. Esta responsabilidade ético-moral, remete-nos para pressupostos do cuidar holístico e na protecção da dignidade e direitos dos utentes. Evidentes na **carta dos direitos** ponto 9º, referem que: "a utente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhes respeitem." Este direito remete-nos assim para o **Código Deontológico**, onde o enfermeiro deve zelar pela segurança e privacidade dos dados de natureza pessoal a que se destina a sua intervenção, onde no:

■ **Artigo 78- Princípios gerais** - no ponto 3, alinha "b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes;"

■ **Artigo 83.º - Do direito ao cuidado** - em que o enfermeiro, assume o dever de:

"a) Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento;"

■ **Artigo 84.º - Do dever de informação** - "a) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas;" e na alinha "b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;"

■ **Artigo 85.º - Do dever de sigilo** - No exercício da sua profissão o enfermeiro tem o dever de zelar ao:

"a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito,

recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico; d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados."

A temática em estudo remete-nos ainda para a Legislação que lhe é aplicável:

■ **Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro – Lei da Protecção de Dados Pessoais.** Que transpõe para a ordem jurídica portuguesa a directiva 95/46/CE, do parlamento europeu e do conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados.

■ **Lei n.º 46/2007 de 24 de Agosto – Acesso aos documentos administrativos e sua reutilização.** Regula o acesso aos documentos administrativos e a sua reutilização, revoga a Lei n.º 65/93, de 26 de Agosto, com a redacção introduzida pelas Lei n.º s 8/95, de 29 de Março, e 94/99, de 16 de Julho, e transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2003/98/CE, do Parlamento e do Conselho, de 17 de Novembro, relativa à reutilização de informações do sector público.

Os **padrões de qualidade** foram definidos pela OE tendo como desafios o reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem, por incutirem a reflexão constante do nosso exercício profissional, a procura permanente da excelência desses cuidados em enfermagem. No ponto 3.6 dos padrões, relativamente à organização dos cuidados de enfermagem a OE remete-nos para a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do utente, as intervenções de enfermagem ao promover a utilização da linguagem CIPE®. A OE acredita que só com a utilização de uma linguagem comum é possível influenciar o desenvolvimento da profissão, e assim, demonstrar que existem ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e ainda dar visibilidade ao desempenho dos enfermeiros e fundamentar a cientificidade, descrevendo as nossas práticas de uma forma consolidada e documentada. Segundo International Code of Ethics for Midwives (ICM, 1993) as parteiras devem apoiar as mulheres no seu direito de participar activamente nas decisões sobre os seus cuidados e respeitar o seu direito a tomar as suas próprias escolhas baseadas em informações adequadas e esclarecidas. Sendo assim neste EC pautei-me por este modelo de conduta na minha prestação de cuidados especializados à utente, onde me alicercei na confiança, no respeito pelo direito à autodeterminação, autonomia, confidencialidade, veracidade, privacidade, fidelidade, justiça, Beneficência e Não Maleficência.

4 **AVALIAÇÃO E CONTRIBUTOS PARA A INVESTIGAÇÃO**

Este trabalho face à problemática seleccionada conferiu-me um enorme desafio quer pelo reflexo da melhoria de cuidados de enfermagem especializados que prestei, quer pela inerente e muito vantajosa reflexividade diária em BP.

A autonomia em Enfermagem Obstétrica é, determinantemente progressiva e surge da segurança que cada um de nós vai adquirindo diariamente. Em função daquilo que aprendemos com os nossos pares construímos a nossa conduta de forma a primar pela excelência na assistência à utente. Reflectir sobre as melhores ou menos adequadas condutas, quer seja nossa quer dos nossos parceiros é crescermos juntos para um futuro melhor que prima pela "excelência na assistência obstétrica". Este campo de estágio causou-me todo este impacto e que se foram repercutindo na aquisição de competência. Quanto aos momentos de alguma fragilidade emocional, reconheço hoje que me fortaleceram, face entendimento de deles extraí aos encarar como desafios e não como dificuldades.

Perante as carências de estudos encontrados parece crucial o investimento nesta área, do qual eu, gostaria de voltar a incorporar este grupo de trabalho afim de lhe poder dar continuidade. A etapa seguinte será aferir com a equipa a proposta de parametrização e dar seguimento para a construção do aplicativo tendo por base a linguagem obstétrica. Só quando o aplicativo SAPE® for implementado, se poderão proceder a auditorias dos registos nele efectuados e quem sabe dar lugar a outro estudo de investigação com a temática: **Quais as dificuldades sentidas pelo EESMO na descrição das suas intervenções face à proposta inicial de desenvolvimento do software SAPE®?**

5 **CONSTRANGIMENTOS E PRESPECTIVAS FUTURAS**

No plano de estudos a carga horária a 14 de Março passaria de 35 horas semanais, para 25 horas, mas perante a temática e os valores mínimos de partos e RN estipulados a atingir para o título de ESMO, decidi permanecer com horário de 35 horas. Apesar de algum desgaste físico que acarretou, esta decisão revelou-se muito benéfica porque consegui extrair o melhor partido em termos de aquisição de conhecimentos/competências. Como perspectivas futuras gostaria de a curto prazo ingressar nesta equipa e dar continuidade a este projecto no BP e ainda efectuar o curso do parto aquático, o qual, não tive oportunidade de o realizar em EC com muita pena minha.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

"The humanizations of birth does not represent a romantic return to the past, nor a devaluation of technology.

Rather, it offers an ecological and sustainable pathway to the future. " Ricardo Herbert Jones, Obstetrician

Na finalização deste trabalho importa relembrar o papel crucial do EESMO em qualquer dos instrumentos seleccionados para os registos de enfermagem no BP, onde é impreterível a garantia da confidencialidade da informação/dados do utente; o reflexo e a continuidade dos cuidados especializados prestados com vista à excelência.

O Partograma é um documento que perdura à anos e faz parte das Normas de Procedimento devidamente certificadas pelo gabinete da qualidade desta instituição. O SAPE®, também poderá vir a ser um bom aliado em Obstetrícia, no entanto quando se decide a escolha de um modelo de registos num serviço, toda a equipa deve estar implicada e participar de modo a que correspondam às suas expectativas. Do estudo efectuado resulta que 72,73% das intervenções descritas em Partograma que reflectem a prática clínica do EESMO, não podem ser registadas no SAPE® na forma como actualmente se apresenta. Então conclui-se que o SAPE® actual não será viável porque ele actualmente ainda não respeita a natureza dos cuidados dos cuidados especializados; não é um instrumento que oriente a prática, porque o Partograma traduz um maior número de intervenções; não é um instrumento pluriprofissional porque não permite o reflexo da continuidade dos cuidados de enfermagem especializados.

Na minha opinião este trabalho poderia ter sido mais enriquecido, se não me tivesse deparado com a escassa RSL encontrada. Do único estudo identificado no Paquistão, este parece ser muito incipiente e não se conseguiu demonstrar como mais valias para prática das parteiras. No entanto para o reflexo dos cuidados gerais, ao analisá-lo, ele demonstra ser vantajoso por permitir que a informação nele contida se traduza, no acesso fácil aos registos da utente, no aumento do tempo disponível para a prestação de cuidados e no aumento da qualidade dos mesmos.

Numa das minhas estratégias face à problemática, identifiquei vantagens e desvantagens em ambos os registos não sendo cada, um por si só, viáveis no entanto é certo que o Partograma é o registo que se destaca no reflexo das competência referentes ao EESMOS. Segundo os parametrizadores e informáticos é impossível transpor para este aplicativo SAPE® a representatividade gráfica traduzida pela sequência lógicas do Partograma e intervenções desenvolvidas pelo EESMO resultantes da prática clínica quotidiana.

Após sucessivos diálogos com todos os intervenientes neste projecto: elementos elegidos pela chefia deste serviço, entre outros, a solução parece apontar para a utilização concomitante do SAPE® devidamente aferido à linguagem obstétrica, com o registo do Partograma, com a ressalva de que o Partograma tem de estar impreterivelmente em anexo computadorizado quer seja no sistema ALERT® ou noutro documento paralelo. O meu contributo no decurso deste EC, foi no âmbito, de construir uma proposta de "Parametrização para o aplicativo SAPE®" que melhor reflectisse a linguagem obstétrica.

As limitações neste estudo foi a inexperiência pessoal na realização do mesmo e o tempo, pois gostaria de ter aferido se o nosso sistema ALERT® já existente na urgência geral, continha no software, o Partograma como me apontaram noutras realidades que visitei, para além de verificar também, se este seria viável/compatível concomitantemente com o SAPE®.

Ao longo deste relatório descrevi sumariamente pela análise de competências as estratégias que permitiram vivenciar estes 6 meses de BP, onde hoje reconheço que houve toda uma aquisição crescente de competências a nível teórico, técnico, relacionais e um enriquecimento pessoal e profissional, que jamais se poderão transmitir neste simples relatório. Os aspectos que considero mais importantes deste EC, para a preparação como futura profissional na EESMO, foi auto-reflexibilidade crítica constante da conduta em EC; aquisição de bases teórica sólidas e sua articulação com a prática ; e a nível muito profundo a expressão escrita.

Procurei sempre ter uma actuação competente e assertiva, sem deixar de questionar e solicitar orientação, nos aspectos para os quais me suscitaram dúvidas, afim de dar uma resposta profissional, imediata e adequada à comunidade a quem prestei cuidados especializados.

Face à problemática inicialmente apresentada, tenho a convicção que "os registos dos EESMOS" é um investimento com futuro, ao qual se deve conferir continuidade em investigações posteriores sobre esta temática, pela carência encontrada para suportar a RSL deste trabalho.

7 BIBLIOGRAFIA

- PAIVA, ABEL (2006) - **Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança**. Formasau. ISBN: 978-972-848-576-4.
- CAMANO, Luiz et. al (2003) - **Guia de obstetrícia**. São Paulo: Manole. ISBN 85-204-1479-6.
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça de Simões (2006) - **Educação para a Saúde**: Lusociência. ISBN: 972-8930-22-4.
- CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E. (2009) – **Cuid’arte**, Revista de Enfermagem: Manual do utilizador SAPE. Setúbal: CHS, E.P.E.. ISSN 1646-7175. Ano 3 nº5 (Novembro de 2009).
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRO (2006) – **CIPE: Versão 1**: classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 92-95040-36-8.
- DAVIS-FLOYD Robert E. [et al], (2009) – **Birth models that work**. University of California Press. California. ISBN: 978-0-520-25891-4.
- Decreto-lei N.º 35, **Diário da República – 2ª Série**. -18 de Fevereiro de 2011- Regulamento das competências do EESMO – Regulamento nº 127/2011, pág. 8662-8666.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – **Guia orientador dos ensinos clínicos IV**. Ano lectivo 2011. Orientações Ensino Clínico. Acessíveis na ESEL, Lisboa, Portugal.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2000) – **O Processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- FRASER, Diane M. (2008) – **Assistência obstétrica: um guia prático para enfermagem**. Brazil: Elsevier. ISBN: 978-85-352-3876-1.
- GRAÇA, Luís Mendes (2005) – **Medicina materno-fetal**. 3ª Edição. Lisboa: Lidel. ISBN: 972-757-325-8.
- HESBEEN, Walter (2001)– **Qualidade em Enfermagem**. Lisboa: Lusociência. ISBN: 978-972-838-320-6.
- INTERNACIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES – **Essencial competencies for Basic midwifery practice**. 2002.
- LOWDERMILK, D. L.; Perry, S.E.(2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed., Loures: Lusodidacta. 978-989-8075-16-1.
- RAMALHO, Anabela (2005) – **Manual de redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise**. Formasau. ISBN: 972-8485-54-9.
- ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison J. (2001) – **O Modelo de Enfermagem**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-013-8.
- ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison J.(1995) – **Modelo de Enfermagem**. 3ªedição. Alfragide: McGraw-Hill. ISBN: 972-9241-98-8.
- RUKANNUDIN, R. J. (2005). Introduction and development of NCP using ICNP® in Pakistan. **International Nursing Review**. Genève. ISSN 0020-8132. Vol.52, nº 4 (December 2005) p. 294 – 303.

7.1 Netografia consulte em (Anexo XX) .

ANEXOS

ANEXO I – Projecto de Intervenção

ANEXO II – Termo Aceitação do Projecto de Intervenção Individual



Termo de Aceitação

Irene Maria Trindade Soares, Professora Adjunta, do Departamento de Enfermagem de Saúde Materna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, certifica que a estudante *Silvia Branco*, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia apresentou o seu Projecto de Estágio dentro da data prevista, que o mesmo foi classificado positivamente e que aceita orientar o estudante na fase seguinte do referido projecto.

Lisboa, 25 de Fevereiro de 2011

O Professor

Irene Maria Trindade Soares

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Irene Soares', is positioned below the printed name of the professor.

ANEXO III – Resultados Estatísticos do Gabinete de Informação para Gestão do BP no HSB

NASCIMENTOS E PARTOS 2010 e 1.º SEMESTRE 2011									
Número de Recém Nascidos					Número de Partos				
NADO VIVO	SEXO	1.º Semestre 2010	2.º Semestre 2010	Total Geral	Descrição do Parto	1.º Semestre 2010	2.º Semestre 2010	Total Geral	
Nado-vivo	Feminino	486	491	977	DISTOCICO-CESARIANA	300	313	613	
	Masculino	440	549	989	DISTOCICO-FORCEPS	10	21	31	
Nado-vivo Total		926	1040	1966	DISTOCICO-VENTOSA	72	79	151	
Nado-morto	Feminino	2	2	4	EUTOCICO	545	621	1166	
	Masculino	4	5	9	Total Geral	927	1033	1960	
Nado-morto Total		6	7	13					
Total Geral		932	1047	1979					
Número de Recém Nascidos					Número de Partos				
NADO VIVO	SEXO	1.º Semestre 2011			Descrição do Parto	1.º Semestre 2011			
Nado-vivo	Feminino	449			DISTOCICO-CESARIANA	293			
	Masculino	451			DISTOCICO-FORCEPS	12			
Nado-vivo Total		900			DISTOCICO-VENTOSA	73			
Nado-morto	Feminino	2			EUTOCICO	516			
	Masculino	3			EUTOCICO-PELVICO	1			
Nado-morto Total		5			Total Geral	895			
Total Geral		905							

ANEXO IV – Documento Padrão para Informatização na Admissão

Documento Padrão (Informatização)

(Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital de S. Bernardo)

Admissão na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

REALIZAR COLHEITA DE DADOS

Idade-----Estado Civil-----Nacionalidade-----Escolaridade-----Profissão-----

Altura-----Peso----

Grávida: -----Sim-----Não.

Grupo Sanguíneo-----

Patologias associadas: Presente-----Ausente-----

Diabetes Gestacional: Presente-----Ausente-----

Hipertensão Induzida: Presente-----Ausente-----

Outras:- -----

Alergias Conhecidas: Sim-----Quais-----Não-----

Comportamentos de Risco: Presente-----Quais-----Ausente-----

Avaliar Índice Obstétrico:

IO: --- --- ---

Numero Partos de Termo-----.

Numero Partos Pré Termo----- ÀS-----Semanas

Numero de abortos-----Numero de Gravidez Ectópica-----

Numero de filhos vivos-----

Avaliar História Obstétrica:

Numero de partos Eutócicos-----Peso do recém nascido-----

Número de Partos Distócicos:

Por Ventosa-----Peso do recém nascido-----

Por Forcepse-----Peso do recém nascido-----

Por Cesarianas-----Causa-----Peso do recém nascido-----

Antecedentes

Pré-eclampsia/eclampsia-----

Diabetes gestacional-----

Malformação fetal-----

Feto morto-----Numero de semanas-----

Avaliar História da Gravidez actual

Data da ultima menstruação-----/-----/-----

Idade gestacional cronológica-----Semanas-----Dias-----

Idade gestacional ecográfica-----Semanas-----Dias-----Data da realização da ecografia-----Numero de semanas-----Numero de dias-----

Vigiu gravidez-----Não vigiu a gravidez-----

Iniciou vigilância da gravidez às-----semanas de gestação

Numero de consultas realizadas-----

Vigilância da gravidez realizada:

Em Centro de Saúde-----

Em médico privado-----

Hospital-----Motivo-----

Realizado diagnóstico pré-natal: Não-----Sim-----.

Anomalias: Presentes-----Ausentes-----

Aumento ponderal-----Kg

Intercorrências: Presentes-----Quais-----Ausentes-----

Preparação para o parto: Realizada-----Não realizada-----

Pretende amamentar: Sim-----Não-----

REALIZAR EXAME OBJECTIVO

- Avaliar/Vigiar Parâmetros Vitais:

Pressão Arterial: Sistólica-----Diastólica-----Frequência cardíaca-----ppm

Temperatura Timpânica-----°C

- Avaliar Situação/Apresentação Fetal:

Apresentação Cefálica-----Apresentação Pélvica-----

Situação Transversa-----Situação Oblíqua-----

- Avaliar Características do Colo:

Formado e Fechado-----Formado-----Apagado-----Centrado-----

Posterior-----Rijo-----Mole----Grosso----Fino-----Intermédio-----

Permeável -----Dedos.

Dilatado -----Centímetros

- Avaliar/ Vigiar Tocograma

- Contracções:

Ausentes-----Presentes-----

- Frequência das Contracções:

Irregulares-----Regulares-----

- Intensidade das contracções:

Fracas-----Moderadas-----Intensas-----

- Avaliar CTC

- Contracções:

Fracas-----Moderadas-----Intensas-----

- CTG:

Reactivo-----Duvidoso-----Não reactivo-----

- Feto:

Direita-----Esquerda-----

- Nº de contracções:

Sem contracções-----1 em 10'-----2 em 10'-----3 em 10'-----4 em 10'-----5 em 10'-----

- Validar movimentos fetais:

Bons-----Diminuídos-----Ausentes-----

- Avaliar/Vigiar Auscultação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF):

- Características:

BCF-----pmn Taquicardico-----Bradicardico

Regulares-----Irregulares

Intensidade boa-----Intensidade fraca-----

- Avaliar/Vigiar Integridade das Membranas:

Membranas Intactas----- Membranas com Rotura Duvidosa-----Membranas com Rotura -----Às-----Horas. Dia-----

- Avaliar/Vigiar perda de Liquido Amniótico:

Claro-----Mecónio I-----Mecónio II-----Mecónio III-----

- *Vigiar perda vaginal*

Tipo de perda vaginal:

Sem perdas-----Corrimento.....Perda Sanguinea-----

Cheiro:

Fétido-----Sui generis-----

Cor:

Hemática-----Acastanhada-----Esverdeada-----Amarelada-----

Esbranquiçada-----Sem cor-----

Quantidade:

Com vestígios-----Muito repassado-----Pouco repassado-----

Quantidade nº de pensos: -----

Prurido:

Presente-----Ausente-----

- *Realizar teste de urina com fita reactiva*

Avaliar Glicosúria:

Negativa-----Positiva-----nº de +-----

Avaliar Proteinúria:

Negativa-----Positiva-----nº de +-----

Avaliar presença de leucócitos:

Negativa-----Positiva-----nº de +-----

Avaliar presença de nitritos:

Negativa-----Positiva-----nº de +-----

Avaliar glicemia capilar:

Glicemia capilar-----mg/dl

- *Avaliar Serologias do 3º trimestre*

Serologias do 3º trimestre:

Realizadas-----Não realizadas-----Completas-----Incompletas-----

Análises em falta-----

Imunidade à Rubéola: Sim-----Não-----

Imunidade à Toxoplasmose: Sim-----Não-----

- *Avaliar Dor*

Dor:

Ausente-----Presente-----Topologia: Local do corpo-----

Identificar limitações funcionais provocadas pela dor

Grau de limitação:

Dor que não compromete o auto cuidado-----Dor que compromete o auto cuidado, mas não o impede-----Dor incapacitante que impede o auto cuidado-----

Dor que impede o auto cuidado e causa descontrolo-----

Validar dor com escala qualitativa/numérica

Validação da dor:

Sem dor(0)-----Dor ligeira(1-3)-----Dor moderada(4-6)-----Dor intensa(7-9)-----

Dor máxima(10)-----

Vigiar dor

Factores desencadeantes da dor:

Mobilização na higiene-----Posicionamentos-----Alimentação-----

Tratamentos/Pensos-----Sem factores desencadeantes-----Contractilidade-----

Tipo:

Pontada-----Moinha-----Cortante-----Aperto-----Picada-----Sensação de queimadura-----Sem dor-----

Vigiar resposta/reacção à dor

Atitude face à dor:

Face tensa/crispada-----Gemido-----Posição antálgica----- Ausência de comunicação-----Agressividade-----Lágrimas-----Agitação-----Apelativo-----

Comportamento:

Afasta-se das pessoas significativas/família-----Solicita presença de pessoas significativas/família-----Foge do profissional-----Solicita presença do profissional-----

Vigiar reacção/resposta ao analgésico

Reacção ao analgésico:

Náuseas-----Vómitos-----Sudorese-----

Resposta ao analgésico:

Resposta não eficaz-----Resposta pouco eficaz-----resposta eficaz-----

Gerir terapia medicamentosa

Optimizar o ambiente físico-----

Administrar analgésico-----

Aplicar calor-----

Aplicar frio-----

Executar técnica de distração-----

Posicionar a pessoa-----

Assistir na identificação de estratégias de alívio da dor

Promover técnicas de relaxamento-----

Incentivar repouso-----

Ensinar sobre auto controlo: dor-----

Instruir para não massajar nas contrações-----

Instruir técnica de relaxamento-----

Informar médico-----

FEBRE: presente----- °C Ausente-----

FERIDA: Topologia-----Com sinais inflamatórios: Presentes-----Ausentes-----

Acompanhamento: Sim-----Não-----

Progenitor: Idade-----Profissão:-----

Comportamentos de Risco: Presente-----Quais-----Ausente-----

BLOCO DE PARTOS

Vigilância do Trabalho de Parto

Validar Partograma

Avaliar dilatação cervical

Colo dilatado:

1Cm-----2Cm-----3Cm-----4Cm-----5Cm-----6Cm-----7Cm-----8Cm-----9Cm-----10Cm--

--

Avaliar progressão da Apresentação

Apresentação:

Móvel e alta(-3)-----Móvel(-2)-----Apoiada(-1)-----Encravada(0)-----+ 1-----+2-----

+3-----+4-----

Avaliar BCF-----

Avaliar Pressão Arterial

Pressão arterial:

Sistólica-----mmHg Diastólica-----mmHg

Validar dor com escala qualitativa/numérica

Validação da dor:

Sem dor(0)-----Dor ligeira(1-3)-----Dor moderada(4-6)-----Dor intensa(7-9)-----

Dor máxima(10)-----

Anestesia/Analgesia ministrada: Local-----Epidural-----Sequencial-----
Raquianestesia-----Geral-----

Vigiar reacção/resposta ao analgésico/analgesia

Reacção ao analgésico/analgesia:

Nauseas-----Vómitos-----Sudorese-----Prurido----Pressão arterial diminuída----

Resposta ao analgésico/analgesia:

Resposta não eficaz-----Resposta pouco eficaz-----resposta eficaz-----

- Avaliar função vesical:

Urina espontaneamente: Sim-----Não-----

Apresenta globo vesical: Sim-----Não-----

Realizada drenagem vesical: Sim-----Não-----

Urina de características normais: Sim-----Não-----

Gerir terapia medicamentosa

Optimizar o ambiente físico-----

Administrar analgésico-----

Aplicar calor-----

Aplicar frio-----

Executar técnica de distração-----

Posicionar a pessoa-----

Assistir na identificação de estratégias de alívio da dor

Promover técnicas de relaxamento-----

Incentivar repouso-----

Ensinar sobre auto controlo: dor-----

Instruir para não massajar nas contracções-----

Instruir técnica de relaxamento-----

Informar médico-----

PARTO

Registar parto

Parto:

Data-----Hora-----Minutos-----

Tipo de parto:

Eutócico-----Cefálico-----Pélvico-----Distócico-----Ventosa-----Fórceps-----
--Cesariana-----

Causa de parto distócico:

Distócica dinâmica-----Distócica mecânica-----Apresentação pélvica-----

Cesariana anterior-----Incompatibilidade feto-pélvica-----Sofrimento fetal-----

Causa materna-----

- Avaliar dequitação:

Natural-----Manual-----Completa-----Incompleta-----

- Avaliar Globo de segurança de Pinard: Formado-----Não formado-----

- Avaliar perdas sanguíneas:

Perdas normais-----Perdas moderadas-----Perdas aumentadas-----

- Avaliar características da placenta:

Forma-----Aspecto-----Cheiro-----Anomalias-----

Avaliar cordão: Com circular: Sim-----Não-----Topologia-----

Insersão-----

Anomalias-----

- Avaliar períneo:

Períneo intacto: Sim-----Não-----

Períneo com episiotomia: Sim-----Não-----

Períneo com laceração:

Grau I-----Grau II-----Grau III-----

Realizar Sutura:

Realizada episiorrafia: Sim-----Não-----

Realizada sutura de laceração: Sim-----Não-----

Avaliação Pós-Parto:

- Avaliar útero:

Útero contraído-----Útero em atonia-----Útero Volumoso-----

Realizada expressão uterina: Sim-----Não-----

Observada saída de coágulos: Sim-----Não-----

- Avaliar perdas sanguíneas:

Perdas normais-----Perdas moderadas-----Perdas aumentadas-----

- Avaliar Pressão Arterial

Pressão arterial:

Sistólica-----mmHg Diastólica-----mmHg

- Avaliar função vesical:

Urina espontaneamente: Sim-----Não-----

Apresenta globo vesical: Sim-----Não-----

Realizada drenagem vesical: Sim-----Não-----

Urina de características normais: Sim-----Não-----

Urina hemática: Sim -----Não-----

- Avaliar punção de veia periférica:

Mantém veia periférica puncionada: Sim-----Não-----

- Avaliar manutenção de cateter epidural:

Mantém cateter epidural: Sim-----Não-----

ANEXO V – Fundamentação e Documento Padrão para Informatização do RN

Documento Padrão (Informatização)

(Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital de S. Bernardo)

Assistência ao Recém-nascido

Dados da Gravidez:

Idade Gestacional Ecográfica: -----

Gravidez Viglada: -----

Patologia Materna: Ausente: -----Presente: ----- Quais: -----

Comportamentos de Risco: Ausentes:-----Presente:-----Quais-----

Serologias do 3º trimestre: Realizadas:-----Não realizadas:-----

Completas:-----Incompletas:-----

Análises em falta:-----

Imunidade à Rubéola: Sim:-----Não:-----

Imunidade à Toxoplasmose: Sim:-----Não:-----

Pesquisa de Streptococcus grupo B: Não Realizada: -----Realizada: -----Resultado:
Negativo:-----Positivo:----Profilaxia: Sim:----Não:----Porquê:-----

Anomalias detectadas durante a gravidez: ----- Não ----- Sim ----- Quais-----

Dados do Parto:

Hora do Nascimento: -----

Tipo de Parto: Eutócico ----- Ventosa: ----- Fórceps: ----- Cesariana: -----

Presença de mecónio no líquido amniótico: Não-----Sim---

Presença de Circulares: Não: Sim:---- Local anatómico:---- Quantidade:----- Apertada: --
--- Larga:----

Presença de Procedências: Não:----- Sim:----- Qual:-----

Contactado Pediatra: Não:----- Sim:---- Porquê:-----

Colheita de Sangue do Cordão: Não:----- Sim:-----

Avaliação do Recém-Nascido:

Determinação do Índice Apgar ao 1º Minuto: ----- (ESMO)

Frequência Cardíaca: Ausente:----- Inferior a 100 bt/min:----- Superior a 100 bt/min:----

Coloração: Cianosado/pálido: ----- Extremidades cianosadas: ----- Rosado: -

Tónus Muscular: Hipotónico: ----- Ligeiramente hipotónico: ----- Bom Tónus: ----

Reflexos: Ausentes: -----: Algum movimento: ----- Espirros/Choro

Respiração: Ausente: ----- Fraca/Irregular:----- Forte/Choro: -----

Aspiração de secreções: Não: ----- Sim:-----

Quantidade de secreções: Pouca:----- Moderada: -----Abundante:-----

Clara:----- Hemática:----- Meconeal:-----

Necessidade de Estimulação corporal: Não:--- Sim:----

Necessidade de Oxigénio à face: Não:--- Sim:-----

Necessidade de Ventilação com Ambú: Não----- Sim-----

Necessidade de Entubação Endotraqueal: Não:----- Sim:-----

Nº do Tubo Endotraqueal: 2,5:---- 3:---- 3,5:----- 4:-----

Necessidade de Medicação de Emergência: Não ---- Sim:---- Quais:-----

Necessidade de colocação de Cateter umbilical: Não:----- Sim:----- Nº do cateter:----

Malformações físicas: Não:----- Sim:----- Quais: -----

Determinação do Índice de Apgar ao 5º Minuto: -----

Peso: -----

Banho de Imersão: Não:---- Sim:----

Administração da Vitamina k Intramuscular: Não:---- Sim:-----

Promovida Relação precoce com a mãe: Sim:--- Não:--- Porquê:-----

Determinação do Índice de Apgar ao 10º min: -----

Eliminação Vesical: Não:----- Sim:-----

Eliminação de Mecónio: Não:----- Sim:-----

Colocação de Identificação: Sim:---- Não:----- Porquê:

Dados de Amamentação:

Adaptação à mama: Eficaz:----- Necessita de ajuda na pega:---- Sem sucesso:--
Porquê:

Início da Amamentação: 1ª hora de Vida:----- 2º hora de vida:----- Não inciou:
Porquê:

Administração de Suplementos: Não:----- Sim:----- Quais:----- Quantidade:-----

Avaliação Continua do Recém-nascido:

Presença Complicações: Não:---- Sim: ----- Quais:----- Hora de início:-----

Avaliação de Glicemia: Não:----- Sim: ----- Valor de Glicemia:-----

Monitorização cardíaca e/ou Saturação: Não: ----- Sim -----
FC----- Saturação de oxigénio:-----

Administração de medicação: Não:----- Sim:----- Qual:-----

Destino de Transferência: Puerpério:---- UCEN: ----- Outro Hospital:----- Qual:--

ANEXO VI – Norma de Procedimento e folha de registo: Partograma

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão	<i>Procedimento:</i> <i>O Partograma como Instrumento de trabalho, na Avaliação do Trabalho de Parto</i> <i>Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos</i>		Data de entrada em vigor:	07/05/2009
			Revisão A	10/03/2009
			Próxima revisão:	10/03/2012
			Cód. Documento:	XXX.00.GIOB.43

1. Objectivo

- Utilizar o partograma como instrumento de avaliação da progressão do T.P.
- Uniformizar a actuação do EESMO no sentido de promover uma assistência de enfermagem qualificada durante o T.P. e parto.

2. Campo de aplicação

- Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica.
- Médicos Obstetras.

3. Siglas, abreviaturas e definições

Siglas e abreviaturas

BAR –Bolsa das Águas Rota
B.P – Perfil Biofísico
CHS E.P.E. – Centro Hospitalar de Setúbal, Empresa Pública Empresarial
CTG – Cardiotocografia
DPP – Data Provável do Parto
EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica
FCF – Frequência Cardíaca Fetal
HSB – Hospital São Bernardo
IG – Idade Gestacional
L.A. – Líquido Amniótico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OM – Ordem dos Médicos
OMS – Organização Mundial de Saúde
P. Cef. – Perímetro Cefálico
T.P – Trabalho de Parto

Definições

Partograma - é "a representação gráfica do T.P., através de uma ficha onde são anotadas informações essenciais a respeito da mãe e do feto, que a OMS julga ser imprescindível na assistência ao T.P. A sua relevância advém da praticidade e objectividade, sendo considerado um instrumento de rastreio das dificuldades na evolução do T.P. Reduz, ainda, os riscos de morte perinatal e a incidência de T.P. prolongado" (Camano et al 2003, p.227).

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Fernando Hospital Ortopédico Santiago do Outão	Procedimento: <i>O Partograma como Instrumento de trabalho, na Avaliação do Trabalho de Parto</i> <i>Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos</i>	Data de entrada em vigor:	07/05/2009
		Revisão A	10/03/2009
		Próxima revisão:	10/03/2012
		Cód. Documento:	XXX.00.GIOB.43

A fase activa do T.P. caracteriza-se por colo apagado com dilatação ≥ 3 cm e contractilidade regular (2/3 contracções em 10 minutos).

Símbolos

D – Escala Anológica da Dor

F – Frequência Cardíaca Fetal

○ - Progressão da Apresentação

● - Dilatação Cervical

↓ - Rotura Espontânea da Bolsa Águas

↑ - Rotura Artificial da Bolsa Águas

↕ - Tensão Arterial

4. Referências

- BOBACK et al (1999), *Enfermagem na Maternidade* (4ª edição), Lusociência: Edições Técnicas e Científicas Lda.
- CAMANO, Luiz et. al (2003), *Obstetrícia*, (1ª edição) Brasil: Manole Lda.
- POSSARI, J.F. (2005), *Prontuário do Paciente e Registos de Enfermagem*, (1ª Edição), São Paulo: Iátria
- www.bionascimento.com

5. Responsabilidades

É da responsabilidade do médico obstetra e da EEESMO o correcto preenchimento do partograma

É da responsabilidade do director de serviço verificar se a equipe clínica cumpre com a norma

É da responsabilidade do enfo chefe verificar se a equipe de enfermagem cumpre com a norma

6. Procedimento

O preenchimento do partograma deve ser iniciado quando a mulher entra na fase activa do TP

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Oncológico Santiago do Outão	Procedimento: <i>O Partograma como Instrumento de trabalho, na Avaliação do Trabalho de Parto</i> <i>Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos</i>	Data de entrada em vigor:	07/05/2009
		Revisão A	10/03/2009
		Próxima revisão:	10/03/2012
		Cód. Documento:	XXX.00.GIOB.43

O médico ou EEESMO deve fazer a avaliação inicial da grávida através do exame físico geral e obstétrico e registar os dados no partograma.

- O médico ou EEESMO monitoriza a progressão do T.P. através dos registos precisos, completos e contínuos no modelo de partograma instituído no serviço.

-O médico deve prescrever toda a terapêutica administrada durante o TP no espaço do partograma reservado para o efeito.

- O EEESMO deve fazer a monitorização do bem-estar materno-fetal assim como a actividade uterina, F.C.F. o padrão de desaceleração do ritmo cardíaco fetal e efectivar os registos no partograma informando o médico quando necessário.

- O EESMO ou médico, que observa a parturiente deve realizar o toque vaginal, verificando o apagamento e dilatação cervical, integridade da bolsa amniótica, características do LA, (se BAR) relação do feto com a bacia materna através da avaliação da situação, apresentação, atitude e variedade de posição e registar os dados no gráfico do partograma.

- O EESMO ou médico deve fazer a monitorização da progressão do T.P. hora/hora, registar e rubricar as acções efectuadas.

- O EESMO deve avaliar os cinco sinais vitais, o quinto segundo a escala anológica da dor e providenciar técnicas de abordagem não farmacológicas de alívio da dor ou em alternativa a analgesia sistémica ou epidural, e registar no partograma os fármacos administrados em qualquer situação.

- Após o nascimento o médico ou EESMO que fizeram o parto registam os dados referentes ao parto no espaço reservado para o efeito assim como a transferência da puérpera após o quarto estágio do TP e feita a avaliação final.

7. Anexos

- Partograma instituído no Bloco de Partos do H.S.B.

Elaboração: Enf.ª Lilita Miranda Enf.ª Paula Reis	Revisão: Enf.ª Chefe do Bloco Partos Responsável Médico Bloco Partos	Ratificação: Director de Serviço
Data: 07/05/2009		

ANEXO VII – Indicadores de Registo do Partograma

Indicadores de registo no Partograma

O Partograma é um documento oficial e específico do BP que foi adaptado pela equipa de Obstetras e EESMO, tendo sido adaptado à realidade deste serviço e cuja aplicação se encontra descrita numa norma de procedimento integrada no sistema de Qualidade do CHS. (ANEXO I) É um instrumento básico de trabalho do EESMO, onde se registam os dados referentes às intervenções/decisões durante TP, parto/nascimento e transferência da puérpera e recém-nascido.

De seguida irei fundamentar teoricamente todos os registos efectuados e sua pertinência destes indicadores nas intervenções e decisões do EESMO durante o TP, parto e puerpério imediato.

A sequência em que vão ser enunciados os indicadores seguem a ordem em que estão expressos no Partograma.

Grupo sanguíneo materno permite rastrear o risco de isoimunização por incompatibilidades Rh.

Segundo Branden (2000) o EESMO no exame físico avalia, as condições obstétricas maternas associadas ao risco de Isoimunização como " *sinais de descolamento prematuro da placenta* (p. ex., abdómen doloroso e abaulado) ou sinais de hidrâmnios, como distensão abdominal excessiva e dispneia" principalmente em mulheres com factor RH negativo.

Na isoimunização Rh, as repercussões fetais poderão ser a hiperbilirribunémia que poderá precipitar uma anemia hemolítica (Lowdermilk, 2008:960).

Face a um padrão de CTG do tipo sinusoidal (baixa variabilidade, ondas regulares arredondadas), poderemos suspeitar de uma anemia fetal por isoimunização¹, motivo que deve ser referenciado de imediato aos Obstetras.

O indicador do factor Rh negativo, implica realizar a colheita de sangue do cordão, previamente à dequitação, para tipagem sanguínea do RN (grupo sanguíneo, factor Rh e Coombs directo), no sentido de identificar a necessidade de administrar à mãe profilaxia de isoimunização (se RN Rh +), prevenindo complicações para a mãe em gravidezes futuras bem como reconhecer precocemente sinais de hemólise no RN.

¹ Segundo Apointamentos teóricos em ESMO II ministrados pela Docente Luísa Sotto Mayor.

O Índice Obstétrico (IO), é representado por quatro dígitos que no sentido da direita para a esquerda identificam o número de partos de termo; o número de partos pré-termos; abortos e gravidez ectópicas; e o número de filhos actualmente vivos (Lowdermilk, 2008:223). Na prática clínica o IO é um indicador que define se a grávida é múltipara ou primípara o que permite alertar o EESMO para a duração das diferentes fases do TP adequadas à paridade.

A referência aos partos anteriores é um indicador que permite a avaliação dos factores de risco pré-natais, porque segundo OMS (1996) determina a "...paridade da mãe, indagando sobre complicações na sua história obstétrica, como cesarianas ou mortes fetais anteriores...", partos distócicos vaginais e distócias de ombros. "O parto por cesariana na gravidez precedente aumenta o risco de DPPNI." (Graça, 2005:379). Lydon-Rochelle (2001) citado por Freitas (2006:242) afirma que o risco de rotura uterina é 3 vezes nas parturientes com cesariana prévia e que acresce para 6 vezes se for usada oxitocina®.

Neste indicador é também importante descrever o tempo entre cada gravidez; o peso de cada RN, para se prever a via do parto actual e ponderar a gestão da administração oxitócica (Fraser, 2008:287).

A data da última menstruação (DUM), permite ao EESMO, identificar a **idade cronológica da gravidez**, mas carece de acuidade ecográfica, no entanto numa gravidez oculta ou não vigiada poderá ser o único elemento que nos permitirá datar a gravidez actual de uma mulher em fase activa do TP.

A idade Ecográfica é calculada pela 1ª Eco que segundo a circular normativa DGS nº 10/DSMIA de 07/05/2001, deve ser efectuada [entre as 11 e as 13 semanas e 6 dias] pela importância da medição do comprimento craniocaudal fetal que permite a estimativa da idade gestacional actual.

Segundo a OMS podemos afirmar pela idade gestacional que é, uma gravidez de pré-termo (<37 semanas); de termo (37 às 41 semanas); e pós-termo (>41 semanas). Graça reconhece que a idade gestacional > ou = a 41 semanas é a "altura ideal para a programação de uma indução electiva de um trabalho de parto" (2005:187) sendo esta a conduta clínica adoptada na instituição onde decorre este EC.

O percentil é fornecido pela Ecografia do terceiro trimestre [28 às 32 semanas], onde é estimado o crescimento intra-uterino fetal que resulta da

avaliação do Diâmetro Biparietal (DBP), comprimento dos membros e do perímetro abdominal.

Na condução do TP tendo como referência o percentil 50 como peso adequado para idade gestacional, o EESMO diagnostica uma " macrosomia fetal por peso superior ou igual a 4000 g ou um peso superior ao percentil P₉₀ para a idade gestacional..."(Campos, 2005:117); ou um peso inferior ao percentil P₃₀ que descreve como uma restrição do crescimento intra-uterino fetal (RCIU), frequentes associadas a quadros maternos de pré-eclampsia/hipertensão (Graça, 2005:191)

No indicador da primeira ECO referencia-se a idade gestacional e ao confrontar-se com as recomendações da DGS, se realizada entre [11 a 13 semanas e 6 dias] confirma a datação da gravidez. Esta Eco identifica a gravidez simples ou múltipla e efectua o rastreio de doenças aneuploidias pela medida da Translucência da nuca. (Graça, 2005:691).

Na avaliação inicial, questiona-se a grávida sobre o **início das primeiras contracções** para permitir ao EESMO contabilizar o tempo decorrido desde as primeiras contracções e dessa forma avaliar o decurso de TP. O EESMO prescreve e efectua exames para avaliar o bem-estar materno-fetal para identificar e monitorizar o TP¹.

A descrição do tipo de **rotura das membranas corioamnióticas**, permitem ao EESMO, diagnosticar se decorreu de uma rotura prematura de membranas (RPM)²; rotura espontânea (REBA) ou se decorreu de uma atitude terapêutica (RABA)³. A referência à data e hora justifica-se pela necessidade de identificar o risco materno/fetal de infecções (ex. corioamnionites, etc.).

Face a uma rotura de membranas a avaliação das características do líquido amniótico merece especial atenção do EESMO, pela indicação do bem-estar fetal traduzido pelo CTG. Outro aspecto importante relativamente à hora da rotura das membranas é a decisão de adoptar uma atitude expectante e aguardar o início espontâneo do TP no período de tempo considerado seguro (12 horas) ou proceder à indução de TP, caso se diagnostique uma RPM sem dinâmica uterina. Perante o diagnóstico do tipo de rotura e o tempo decorrido o

¹ Competências OE 2.2: critério 2.2.2 e 2.2.3 "Identifica, prescreve e monitoriza o bem-estar materno fetal por meios clínicos e técnicos".

² Rotura prematura das membranas corioamnióticas é a "perda de líquido amniótico mais de 1 h antes do início do trabalho de parto" (Campos, 2005:64), " seja qual for o tempo de gestação." (Graça, 2005:410).

³ Rotura artificial das membranas/RABA/Amniotomia - consiste numa atitude terapêutica de rotura das membranas que tem como finalidade identificar as características do LA ou para induzir o TP.

EESMO pondera a necessidade de efectuar exames vaginais, tal como preconiza a Federação de Associações de parteiras de Espanha (FAME) dado que “acarretam sempre um certo risco de infecção, pois introduzem microorganismos da vagina, no canal cervical.” (2009:47).

Na presença de rotura das membranas sem pesquisa de streptococcus B (STB); rotura prolongada igual ou superior a 12 horas com STB negativo; STB positivo; a conduta do EESMO é referenciar de imediato aos Obstetras para a instituição de antibioterapia profilática no pré-parto e rastreio laboratorial de parâmetros de infecção maternos (hemograma e PCR). (Campos, 2005:105).

A última ingestão alimentar é a informação que permite reconhecer numa condução de um TP normal, o motivo de um CTG com baixa variabilidade em que a sua etiologia poderá ser por jejum prolongado materno; ou no caso de um desfecho cirúrgico saber se tem ou não 6 horas de jejum para alertar o anestesista na tomada de decisões intra-operatórias.

A Indução do TP consiste na estimulação das contracções uterinas efectivas antes do início espontâneo, com o objectivo de promover a dilatação cervical e a descida da apresentação, em casos seleccionados (ex. REBA; gravidez prolongada; patologias maternas como exemplo HTA e Diabetes; fetos macrossómicos etc.) (Graça, 2005:448).

As contra-indicações para a indução do parto incluem Miomectomia prévia; Rotura uterina prévia; Apresentação fetal composta; Placenta prévia, vasa prévia; Tumor cervical invasivo, Herpes genital activo etc. (Fraser, 2008:332)

Na admissão temos que registar no Partograma, se é uma indução de trabalho de parto ou um trabalho de parto espontâneo, porque se for uma indução é obrigatório a monitorizada contínua com CTG, para avaliar o bem-estar fetal e a presença de contractilidade uterina.

Após a instituição de maturação ou indução do TP o EESMO deve saber qual o método e hora de indução para manter uma "supervisão cuidadosa pelo risco de hipertonia/taquissistolia (> 5 contracções em 10 minutos)" (Campos, 2005:119), que pode predispor a grávida ao risco de DPPNI ou rotura uterina.

Numa condução de TP que foi induzida com Misoprostol e que tem prescrito iniciar a perfusão oxitócica (PO), as orientações terapêutica de segurança segundo (Campos, 2005:121) são de" Iniciar a perfusão de ocitocina com o mínimo de 4 horas de intervalo após a última administração de misoprostol"

para não se incorrer em alterações na contractilidade que podem colocar a mãe e o feto em risco das situações já acima mencionadas.

Na admissão da grávida é da competência do EESMO na UO, efectuar a avaliação na pré-indução, onde se efectua o cruzamento de parâmetro do colo: apagamento, dilatação, consistência, posição; com a apresentação fetal, onde resulta na atribuição de um "score" – **O índice de Bishop**. Com este índice diagnostica-se se o colo uterino é favorável ou desfavorável à indução (Graça, 2005:448-449) e determina-se ainda a fase de TP e o nível de encravamento fetal. A escolha e a prescrição do método de indução pelo Obstetra dependerão principalmente desta avaliação do EESMO.

Numa grávida com índice Bishop com uma pontuação inferior a 7, sugere más condições em iniciar um TP com recurso a indução com PO pelo que se deve iniciar pela maturação do colo (prostaglandinas) ou uma atitude expectante aguardando a instalação do TP espontaneamente, pelo risco acrescido de um parto distócico. Já um Bishop de 7 a 9 indica que é um colo que tem condições médias para indução de TP com PO. Bishop maior que 9 indica que o trabalho tem óptimas condições para começar espontaneamente e o recurso a indução será bem-sucedida para acelerar o TP. (Campos, 2005:119)

Na UO é monitorizada a grávida com **CTG**, para avaliar o bem-estar fetal, porque sendo um "Estado fetal não tranquilizador" está contra-indicado a maturação cervical/indução do TP. (Campos, 2005:119-121)

Relativamente à pertinência da **vigilância da gravidez**, é para rastrear a gravidez não vigiada (GNV) e avaliar as condicionantes psíquicas e sociais, bem como o risco materno-fetal em TP e parto. De acordo com a vigilância efectuada decide-se quanto ao tipo de monitorização contínua ou intermitente por CTG e necessidade de efectuar colheitas para Serologias (em especial os HIV rápidos) para se poder colocar o RN à mama na primeira hora de vida sem o expor a riscos de infecção.

A ECO morfológica não faz parte dos dados referidos do Partograma dado que não se trata de um indicador essencial para a condução de TP. No entanto caso se revelem malformações fetais que condicionem o parto por via vaginal podem ser inscritas nas observações.

A **3ª ECO**, segundo a DGS, deve ser efectuada entre as [28 e 32 semanas] e no Partograma faz-se o registo da data e das semanas em que foi efectuada, o

que traduz a avaliação do crescimento fetal pelo registo do percentil; Estática fetal (apresentação, posição e variedade); Biometria fetal [diâmetro biparietal (BP); perímetro cefálico (HC); perímetro abdominal (AC); tamanho do fémur (F)]. Os resultados destas medições poderão traduzir o comprometimento ou não de um parto por via vaginal.

A estática fetal é diagnosticada pela última Eco ou pelas manobras de Leopold efectuadas pelo EESMO. Tem como finalidade identificar o local específico para aplicação do transdutor do CTG para a ABCF, e o diagnóstico da apresentação, situação e variedade (Graça 2005:276).

Estes três últimos aspectos permitem identificar ou prever não só a via do parto como também o reconhecimento de um TP que se perspectiva dentro da normalidade ou prolongado.

A estimativa do peso fetal classifica o feto em leve para a idade gestacional "(LIG) com peso (< 2500g) " (Graça, 2005:421) ou em grande para idade gestacional (GIG) (> 4000g) em que poderemos suspeitar de "...recém-nascidos macrossómicos que têm maior risco de sofrer traumatismos e asfixias durante o parto" (Lowdermilk, 2008:690), pelo que o EESMO deve avaliar criteriosamente a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP¹ no sentido de diagnosticar uma incompatibilidade feto pélvica (IFP) prevenindo um parto vaginal traumático para a mãe e feto. Segundo (Graça 2005:679) "...deverão excluir da opção por via vaginal os fetos demasiadamente grandes."..."3800g parecem constituir um tecto razoável a partir do qual será mais prudente optar pela cesariana."

O índice de Líquido Amniótico (IA) "é a soma dos diâmetros, em centímetros, dos maiores lagos de LA observáveis em cada um dos quadrantes do abdómen materno." (Graça, 2005:446) No termo, um IA classifica-se em normal, hidrâmnios ou oligoâmnios, onde Graça (2005) descreve como normal se for maior ou igual a 8; suspeito se for maior que 5 e inferior a 8; francamente patológico se for igual ou inferior a cinco.

Nos hidrâmnios os riscos são apresentações fetais anómalas e na rotura das membranas uma predisposição elevada para o prolapso do cordão.

¹ Regulamento das Competências OE aprovadas a 20/11/2010 – Competências 3.2: critério 3.2.4.

Graça, (2005:446) diz que "...um volume de LA significativamente reduzido (oligoâmnios) relaciona-se com uma maior incidência de hipoxia fetal intraparto e com uma muito maior taxa de cesarianas...").

O DPPNI "...tem maior incidência nas situações de oligoâmnios grave prolongado; a razão para o descolamento placentário reside na diminuição progressiva da área de inserção da placenta devido à redução do volume intra-uterino." (Graça, 2005:379), pelo que se requer um rastreio de sinais de hipovolémia materna; quantificação da perda sanguínea e a presença de sofrimento ou morte fetal sugerem a exclusão de uma extensa zona da área de trocas. (Graça, 2005:380)

Sendo um oligoâmnios, deve ser referido na transferência para o puerpério tardio para o rastreio de patologias congénitas fetais de origem renal que estão frequentemente associadas a este quadro de LA reduzido. (Freitas 2006:154)

A inserção placentar segundo Graça (2005) "insere-se habitualmente, na metade superior da cavidade uterina (face anterior ou posterior ou no fundo) ou anormalmente assumindo o nome de placenta prévia (PP) quando se implanta, total ou parcialmente, na zona que corresponde ao segmento inferior uterino. De acordo com a sua localização assume quatro graus de placenta prévia (total, parcial, marginal e baixamente inserida) que permite efectuar o prognóstico de hemorragia abundante, onde a conduta clínica do EESMO passa por uma avaliação cuidadosa do feto e grávida.

Segundo Graça (2005) o toque vaginal está contra-indicado na PP porque mesmo que efectuado com cuidado pode precipitar uma hemorragia extremamente abundante, com risco de shock hipovolémico materno e morte fetal.

"A placenta prévia, apesar de não configurar uma situação clássica de insuficiência placentária, por se inserir numa zona menos vascularizada do útero, também pode estar relacionada com ACIU."¹(Graça, 2005:423), sendo um factor a ter em conta em TP, porque pode ser expresso com um CTG que nos pode indiciar uma insuficiência útero-placentária com evolução para um quadro de hipoxia fetal.

¹ ACIU – Atraso de crescimento intra-uterino, que também se pode designar de RCIU.

Perante uma PP em qualquer dos casos a cesariana será a opção mais recomendada, para garantir o bem-estar materno e reduzir o risco de hipoperfusão fetal durante o parto. (Lépori 2007:142)

Grannum em 1979 classificou as **placentas em quatro graus de maturação** numa associação entre calcificação placentária e idade gestacional. A placenta grau zero é a placenta de primeiro trimestre, a grau I pode ser observada desde o 2º trimestre, a placenta grau II não costuma ser observada antes das 30 semanas e é uma das mais frequentes no momento do parto, seguido do grau III e I¹. Grannum demonstrou que quanto maior é o grau, maior é a maturação pulmonar (relação lecitina/esfingomielina), para o EESMO poderá prever uma boa adaptação à vida extra-uterina fetal.

Patologias associadas/observações – neste item podemos inscrever aspectos maternos e fetais que identificarão o grau de risco em TP para ambos. Decorrente da patologia e gravidade da mesma associada à gravidez, o parto pode vir a ter um maior risco associado, o que implica uma vigilância dos sinais vitais e outros parâmetros (ex. glicémia, proteinúria, cetonúria e glicosúria ect.). O risco neonatal de infecção poderá ser conhecido pela inscrição neste item de Estreptococcus B desconhecido ou positivo.

Escala analógica da dor – A DGS instituiu a avaliação da dor como o 5º sinal vital, e considera o registo sistemático da intensidade da dor como uma norma de boa prática². Aos EESMO compete avaliar a dor da parturiente e providenciar técnicas de abordagem não farmacológicas para o alívio da dor ou em alternativa a analgesia farmacológica. Os efeitos nocivos da dor materna em TP, reflectem-se no feto porque " A hiperventilação materna consequente à dor do TP resulta em intensa queda da PaCO₂, vasoconstrição uterina e menor libertação de oxigénio para o neonato." (Freitas 2006:361)

A avaliação da tensão arterial materna, permite ao EESMO avaliar o estado materno e tomar decisões para se antecipar a eventuais complicações tais como: pré-eclampsia ou de hipotensão que comprometerão obviamente o bem-estar fetal.

Na interpretação da **frequência cardíaca fetal** (FCF), o EESMO à semelhança da FIGO, considera normal entre 110 e 150 batimentos por minuto, ou de

¹ <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/22599>.

² <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>.

bradicárdia inferior a 110 e taquicardia superior a 150bpm. A conduta do EESMO numa bradicárdia fetal é a "...modificação da posição da parturiente, procurando o decúbito lateral..."; "...administração de O₂ por máscara aberta..." (Graça, 2005:302). As Elevações transitórias da FCF poderão ser devido a fármacos administrados à mãe, hipertermia materna, ou ainda, hipóxia fetal. (Ferreira, 2005:26)

Progressão da apresentação fetal – é traduzida em planos ou níveis da cabeça fetal em relação ao canal pélvico (-4 a +4). A progressão da apresentação “ é estimada em relação às espinhas isquiáticas; durante um trabalho de parto normal em que a cabeça desce progressivamente. ” (Fraser, 2008:289) O EESMO nesta avaliação, deve rastrear a presença de moldagem ou bossa serosanguínea “(caput succedaneum) que dará uma falsa impressão do nível da cabeça fetal.” (Fraser, 2008:289), ou um assinclitismo ¹ (anterior ou posterior) marcado que resultam numa distócia mecânica onde a solução é um parto de cesariana por incompatibilidade céfalo-pélvica. (Graça, 2005:278)

Dilatação cervical - ou cervicometria² de acordo com a OMS (1996) é a avaliação mais precisa para monitorização da progressão do TP em 2 fases: latente e activa, sendo que não deve ser inferior a 1 cm por hora na última fase.

Curva frideman- é a representação gráfica do TP pelo registo da progressão da dilatação do colo e da descida da apresentação fetal que Friedman, em 1978, definiu “...através de duas curvas: uma sigmóide, traduzindo o padrão de dilatação cervical, e outra hiperbólica, correspondente ao padrão de descida da apresentação fetal...”. (Graça, 2005:282)

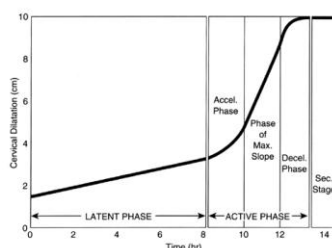


Figura 1: Curva de Friedman (Extraído: http://www.glowm.com/index.html?p=glowm.cml/section_view&articleid=127)

Como podemos constatar no gráfico acima na fase activa, observa-se uma progressão de dilatação mais rápida e que se subdivide em três fases: aceleração, declive máximo e desaceleração. Na fase latente a apresentação fetal é alta e móvel e não tem qualquer relação com o subsequente curso do

¹ Persistência da sutura sagital do pólo cefálico no sentido promontório (assinclitismo posterior) e no sentido da sínfise púbica (assinclitismo anterior)

² Dilatação cervical do colo uterino avaliada pelo toque vaginal.

TP e parto. Já a fase activa é mais preditiva do desenrolar do TP prevendo o tipo de parto (eutócico/distócico). Segundo Graça cita Friedman (2005:275), “o período de declive máximo reflecte com algum rigor a eficácia da contractilidade uterina, enquanto que o período de desaceleração fornece melhores informações acerca da relação feto-pélvica.”

A apresentação e a variedade fetal são descritas pelo EESMO, na curva de Friedman, para se reconhecer a estimativa de um TP normal ou arrastado no tempo. Numa variedade Ocipito-ilíaca esquerda anterior OIEA o feto só efectua uma rotação de 45° para ser expulso em OP.

Na variedade posterior, durante os mecanismos TP¹, o feto terá que fazer uma rotação de 135° reconhecendo-se assim um TP mais prolongado pelo diagnóstico de variedade em OIDP ou OIEP.

Bolsa amniótica- podemos classificá-la como intacta (BAI); Rotura espontânea (REBA/↓) ou rotura artificial das membranas fetais/amniotomia (RABA / ↑).

A amniotomia “é efectuada para induzir o trabalho de parto quando o colo é favorável ou durante o trabalho de parto para aumentar as contracções.” (Fraser, 2008:335) Este autor descreve a amniotomia como um procedimento a efectuar após o rastreio de vários critérios de segurança: apresentação apoiada; exclusão da presença do cordão; exclusão de uma placenta com inserção baixa. Segundo (Graça, 2005:446) a RABA está indicada na presença de CTG não reactivo em todas as gravidezes e nomeadamente na gravidez prolongada (> 41 semanas), uma vez que a incidência de LA meconial tem um risco acrescido de 70% nos casos de oligoâmnios, para se rastrear o bem-estar fetal pelas características do LA.

Líquido amniótico é um campo no Partograma para descrever as suas características, onde se pode classificar como: claro, tinto meconio ou meconio espesso. Na presença de LA claro a conduta do EESMO é expectante. Na identificação de (LTM) líquido amniótico tinto meconio, (nível I- claro sem grumos; II- claro com grumos; III- tinto de meconio) o EESMO deve ter uma vigilância mais apertada do bem-estar fetal intra-parto e no desprendimento dos ombros do feto, está indicado a aspiração das vias aéreas com sonda para

¹ Mecanismos TP – encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa, expulsão. (Graça, 2005:277)

reduzir o risco de Síndrome de aspiração meconial fetal, otimizando a sua adaptação à vida extra-uterina de forma segura¹.

Na presença de LTM IV/mecónio espesso com CTG não reactivo, a atitude do EESMO deve ser a transferência da parturiente e a informação imediata dos Obstetras/Pediatras para a realização de cesariana, pelo risco acrescido de aspiração de mecónio que poderá culminar numa asfixia perinatal. (Freitas, 2006:237)

Dinâmica uterina – podemos classificar: sem dinâmica uterina (SDU); Dinâmica uterina irregular (DUI); Dinâmica uterina Regular (DUR); taquissistolia² ou hipertonia uterina³ (HipU). Em trabalho de parto o ideal é termos uma DUR (3 contracções em 10 minutos) eficaz para estimular a descida da apresentação e promover a dilatação do colo uterino. O EESMO deve rastrear a disfunção contráctil hipertónica (taquissistolia e hipertonia), porque são padrões contrácteis muito dolorosos para a parturiente sem eficácia na progressão da dilatação cervical. Podem ter causa iatrogénica, provocada pelo uso não controlado de oxitócicos, que poderão precipitar-se num DPPNI; por diminuir significativamente a perfusão útero-placentária, associada, em geral, a hipoxia fetal ou ainda rotura uterina. (Graça, 2005:390)

A conduta do EESMO é suspender a oxitocina e aumentar o ritmo do soro, colocar a parturiente em decúbito lateral esquerdo e informar os Obstetras para a prescrição de tocólise (fármacos com efeito útero-relaxantes).

Cardiotocografia intra-parto- É a monitorização do ritmo cardíaco fetal e das contracções uterinas maternas inta-parto.

A FIGO classifica o CTG em normal ou reactivo⁴ em que a atitude do EESMO será expectante, visto que é improvável a possibilidade de hipóxia e/ou acidose do feto. (Graça2005:297)

O CTG é classificado em suspeito ou não reactivo⁵, em que a vigilância do EESMO deve ser mais apertada. Na presença de um CTG patológico⁶ a actuação consiste em accionar de imediato os Obstetras e transferir a

¹ Regulamento das Competências OE aprovadas a 20/11/2010 – Competências 3.1.

² Taquissistolia- é a presença de 5 contracções ou mais num período de 10 minutos sem elevação do tónus basal que pode resultar em hipoxia fetal por contractilidade excessiva que impede as trocas de gasosas nos intervalos entre as contracções.

³ Hipertonia uterina é o "aumento patológico da actividade miométrial, incluindo um ou mais parâmetros da contractilidade (maiores amplitudes, duração e frequência das contracções e aumento do tónus basal)." (Graça, 2005:284).

⁴ CTG Normal –é quando a linha de base oscila entre 110 e 150bpm; variabilidade entre 5 a 25 batimentos; duas ou mais acelerações; ausência de desacelerações (excepto as esporádicas, ligeiras e de curta duração)

⁵ CTG suspeito –é quando a linha de base oscila entre 100 e 110bpm ou entre 150 e 170bpm; variabilidade entre 5 e os 10bpm durante mais de 40 minutos ou superior a 25bpm; desacelerações variáveis; linha de base a 100bpm ou superior a 170 bpm.

⁶ CTG patológico – variabilidade inferior a 5bpm durante mais de 40 minutos; padrão sinusoidal, taqui ou bradiarritmias; desacelerações tardias, prolongadas, precoces ou variáveis se graves e/ou repetidas.

parturiente de seguida para o BO, para ser submetida a uma cesariana de urgência por mau prognóstico fetal (asfixia neonatal).

Pela interpretação do CTG o EESMO identifica no Partograma, à semelhança de Graça (2005), as desacelerações intra-parto em precoces (Dip1), quando o início e o fim da desaceleração coincidem com as contracções uterinas (CU) que se devem à compressão do pólo cefálico fetal. Não são patológicas, desde que não sejam repetidas nem graves, pois demonstram uma grande capacidade de resposta à hipoxia fetal ainda satisfatória.

As Desacelerações tardias (Dip2) são as que têm início depois da contracção, em que estão relacionadas com a hipoxia fetal resultante da redução do fluxo do útero placentário durante a CU em situações em que a oxigenação fetal de base já se encontra num nível crítico.

As desacelerações variáveis são irregulares na amplitude, sem qualquer relação com a contracção, que poderão ser sugestivas de compressão do cordão umbilical.

As desacelerações prolongadas (durante 2 minutos ou mais e com amplitude maior que 30 bpm) podem ser observadas ao toque vaginal, hipotensão materna (decúbito dorsal), analgesia epidural, nó ou prolapso do cordão, descolamento da placenta etc. O toque vaginal será uma medida terapêutica adequada para excluir uma procedência do cordão umbilical. (Graça, 2005:302)

Epidural e terapêutica administrada – neste campo registamos a administração de toda a terapêutica (epidural, oxitocina, antibioterapia tocolíticos etc.) para identificarmos os tempos de intervalo entre a próxima administração consoante a prescrição médica e ainda podermos comparar com o bem-estar materno fetal após a sua administração.

Concretamente na analgesia epidural poderemos compreender uma simples redução da variabilidade fetal como esperada ou a identificação de uma hipotensão materna com consequente desaceleração fetal. O EESMO não intervém na primeira, mas na segunda deve colocar a parturiente em decúbito lateral esquerdo (evitar compressão da aorta e veia cava), aumentar a volémia e colocar O₂ por máscara à parturiente.

A PH/ oximetria fetal ¹ – é um aspecto que não se avalia nesta sala de parto.

¹ PH/Oximetria fetal é um indicador para a determinação do balanço ácido base fetal intra-parto em casos de hipóxia fetal e CTG anómalos (Graça, 2005:303).

No verso do Partograma temos a grelha para a classificação do Índice de Bishop, referência ao tipo e hora do parto, tipo Anestesia/Analgesia, dequitação, descrição do períneo, exame do RN no nascimento, notas referentes ao Puerpério imediato e transferência para o Serviço de Puerpério.

Dequitação demora entre 15 a 30 minutos. Resulta da presença de contractibilidade uterina espontânea que promove a diminuição das dimensões do útero e com o próprio peso da placenta provocam a formação de um hematoma reto-placentar entre a decídua e a placenta. (Graça, 2005:273).

Após a expulsão fetal o EESMO deve suspender a PO uma vez que a sua semivida é de 5 minutos, porque embora "o uso de oxitócicos possa estimular a separação placentar retardada por serem inadequadas as contracções miométriais, pode também vir a dificultar a expulsão da placenta por provocar a contracção a nível do anel de Bandl ou do colo" (Graça, 2005:384-385).

É avaliado o aspecto morfoclínico da **placenta**, em discóide (habitual), ou assumindo formas anómalas como de maçã de armas, velamentosa ou sucentariada. Na exteriorizada pelo EESMO "a placenta deve ser cuidadosamente observada: local da inserção do cordão, margens, vasos terminados abruptamente, ausência de colilédones ou retenção de lobos sucentariados." (Graça 2005:384). O EESMO deve rastrear uma placenta sucentariada, porque a "principal complicação clínica é a retenção do lobo supranumerário após a expulsão da placenta principal, com o risco de hemorragia pós-parto e infecção do fragmento retido. (Graça, 2005:19)

O EESMO refere-se ao tipo de dequitação: natural, manual, completa ou incompleta. Numa placenta incompleta deve manter vigilância mais apertada das perdas vaginais e sinais vitais, efectuando, em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina¹ (Graça, 2005:385).

No caso de suspeita de acretismo placentar e perdas hemorrágicas abundantes, O EESMO, deve referenciar para os Obstetras e cooperar com eles no tratamento de complicações² ou transferir a mulher para o BO em caso de necessidade de revisão cirúrgica³.

Após a dequitação é realizada a verificação minuciosa do canal do parto e do **períneo**, no sentido de rastrear a existência de lacerações no colo, na vagina e

¹ Competência 3 – UC 3.3.-Critério 3.3.2 a 3.3.3..

² Competência 3 – UC 3.3.-Critério 3.3.5..

³ Competência 3 – UC 3.3.-Critério 3.3.6..

perineo e efectua-se a reconstrução das lacerações e/ou episiotomias. No final confere-se novamente todo o canal de partos para identificar focos hemorrágicos ou lacerações a corrigir. Prestam-se cuidados de higiene e conforto da puérpera e aplicação crioterapia para o alívio da dor e edema.

Cordão Umbilical – descrevemos quanto à presença de circulares no RN, a sua localização e se eram justas ou largas, uma vez que sendo justas pode explicar o motivo do RN apresentar uma máscara equimótica acentuada.

Classifica-se a inserção do cordão em central, marginal ou quando os vasos do cordão se separam, correm sobre as membranas e só depois entram na placenta (característica das placentas velamentosas) em que o risco é a sua laceração durante o TP que pode precipitar numa anemia fetal.

Quanto às anomalias do cordão podemos referir a presença de nós no cordão e o rastreio do número de vasos do cordão que podem predizer malformações internas no RN (ex. Malformações renais) a rastrear no puerpério tardio.

*Na avaliação do RN refere-se se nasceu vivo ou morto e faz-se a **Classificação do Apgar**. Virgínia Apgar criou esta classificação de **APGAR** em 1953, para avaliar de que forma os diferentes anestésicos administrados à mãe afectavam a condição do RN no nascimento. Esta avaliação baseia-se em 5 parâmetros que são avaliados ao 1º, 5º e 10º minuto: ritmo cardíaco, respiração, cor da pele, tónus, e excitabilidade.¹ Permite ao EESMO avaliar a condição de adaptação do RN à vida extra-uterina e rastrear possíveis complicações neonatais que podem necessitar de transferência imediata para cuidados especiais Neonatais.*

O peso permite na prática alertar o EESMO para uma vigilância mais apertada nas primeiras horas de vida para o rastreio de hipoglicémias quando identifica um RN leve para idade gestacional LIG (< 2500g) ou grande para idade gestacional GIG (>4000g), necessitando de referencia para o pediatra.

O reconhecimento de **anomalias no RN**, são rastreadas no nascimento por: obrigarem a um imediato encaminhamento cirúrgico (ex. ânus imperfurado, etc.); necessitarem de transferência para a UCEN; precisarem apenas de

¹ Segundo manual da neoventa disponível em WWW.pt.neoventa.com.

vigilância no puerpério e ou encaminhamento em regime ambulatorio (ex. Polidactília, pedículo periauricular, parelesia erb¹, fractura clavícula etc.).

Puerpério imediato – *consiste na monitorização do bem-estar materno durante 2 horas após o parto (sinais vitais, monitorização das perdas sanguíneas, avaliada a presença de globo de segurança de pinard, globo vesical, avaliação perineal etc.) que decorrendo dentro da normalidade será transferida pelo EESMO para o serviço de Puerpério.*

Neste 4º Estádio é importante manter uma vigilância adequada do bem estar do RN, onde é regra entre os profissionais desta maternidade a adaptação à mama na primeira hora de vida do RN para que do ponto de vista afectivo permita o sucesso na vinculação e confira ao neonato protecção contra alergias e facilidade na adaptação a outros alimentos.

O Partograma neste BP, tem um campo específico onde se descreve quem conduziu o trabalho de parto e quem efectuou o parto.

¹ A Paralisia de Erb (paralisia de Erb-Duchenne) é uma paralisia do braço causada por lesão do grupo superior dos nervos principais do braço (especificamente, as raízes espinhais C5-C7), que ocorre quase sempre durante o nascimento. Dependendo da natureza da lesão, a paralisia pode se resolver por si só em meses, necessitar de fisioterapia ou necessitar de cirurgia. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Paralisia_de_Erb

ANEXO VIII– Utilização do Partograma: Exemplos

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

Serviço de Obstetrícia
e Ginecologia

Parto n.º _____

na Data 200 11 / 5 / 23

Grupo Sanguíneo 0 Rh +

Partograma

Processo _____ Data de Nascimento _____ Idade _____

Nome _____

Morada _____

Localidade _____

Sist. de Saúde _____

N.º Beneficiário _____

Cód. Postal _____

I.O. 1-0-0-1 Partos Anteriores PE (2006) 38305 14 3 23 Idade Cronológica 39 semanas 5 dias 3 - Percentil 79

1ª Ecografia 200 10/10/01 <=> 6 semanas 1 dias 1 1ªs Contr. Uterinas às 5:30 horas Rotura da membrana às _____ horas 200 _____ / Última ingestão alimentar às _____ horas 200 _____ /

Indução de Trabalho de Parto: Sim ☐ Não ☒

Avaliação / Pré-Indução: Índice Bishop: _____ pontos (Vide Verso) C.T.G. Reachuo

Gravidez Viglada: Sim ☒ Não ☐

Ecografia 200 11/5/19 <=> 39 semanas 0 percentil <=> 0 Apresent. / Posição / Variedade 01DA BP 100/70 gr. Índice Amniótico 100 Placenta Fundica Grau II

Observações / Patologia Associada:

Alérgica Penicilina e todos derivados / Asma (ventilén) crise 4 meses
depressão + neoplasia epistófica => limpa cirurgica (2006)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Escala Analógica da Dor	13A	14H	15:15	15:45	16:30																
9	200	(I) -4																			
8	180	Móv. Alta -3																			
7	160	Móv. (II) -2																			
6	140	Apoiada -1																			
5	120	Encl. (III) 0																			
4	100	+1																			
3	80	+2																			
2	60	+3																			
1	40	(IV) +4																			
D	↑ F	0																			
Bolsas de Águas	0	↑																			
Liq. Amniótico	0	0																			
Dinâm. Uterina																					
C.T.G. Intra-Part	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
PH / Oximetria Fet.																					

Epidual, Terapêutica Observações

Rúbrica - Médicos

Rúbrica - Enfermeiros

Índice de BISHOP modificado (DEXEUS)

PARÂMETROS	0	1	2	3	PONTOS
APAGAMENTO	P > 2 cm	P 1-2	P < 1	Apagado	
	M > 3 cm	M = 3	M < 3		
DILATAÇÃO	0	1 - 2	3 - 4	> 4	
CONSISTÊNCIA	Rijo	Intermédio	Mole	-	
POSICÃO	Posterior	Central	Anterior	-	
ENCRAVAMENTO	Alto Móvel	Alto	Apoiado	Encravado	
					TOTAL

P - Primíparas Más Condições: < 7
M - Multiparas Condições Médias: 7 - 9
Boas Condições: > 9

PLACENTA

Forma Discóide

Aspecto Nº3

Peso --- grs.

Anomalias Não

CORDÃO

Circular: Sim ☐ Não ☒

Inserção central

Anomalias não

PERÍNEO

Intacto ☐ Episiorrafia ☒

Rasgadura de grau ---

RECÉM-NASCIDO

Vivo ☒ Morto ☐ Sexo ☒

I. AFGAR 1' 9 5' 10 10' 10

Peso 3790 grs. P. Cef. --- Comprimento ---

Anomalias/Observações Não

Transfêrência para UCEN: Não ☒ Sim ☐

Motivo ---

Obstetra --- N.º O.M. ---

Ajudante --- N.º O.M. ---

Anestesiista --- N.º O.M. ---

Pediatra --- N.º O.M. ---

Enf. Especialista AEESMU Sílvia Bentes N.º O.E. ---

+ ESMU

PARTO

Data 200 10/5/23 16 horas 48 minutos

Eutóico ☒ Cefálico ☐ Pélvico ☐

Ventosa ☐

Distóico ☐ Cesariana ☐ Fórceps ☐

Motivo ---

DEQUITADURA

Natural ☒ Manual ☐ Completa ☒ Incompleta ☐

ANESTESIA

Local ☐ Epidural ☒ Raquianestesia ☐ Geral ☐

Observações: 11:30 Amamentação RN -
Perapera calma e assintomática -
Mamas molas em equilíbrio -
Uterus e lóquios normais -
Perineu com episiorrafia com edema e 2 gelos -
TA = 105/65 mmHg, F = 90 bpm. Efectuada esvaziamento vesical
Realizado CE + cesária ventral.
Transfêrência para Puerpério 200 11/5/23 Hora 14:45 Rúbrica AEESMU N.º O.M./O.E. ---

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

Serviço de Obstetria
e Ginecologia

Parto n.º _____

na Data 200 11 / 5 / 30

Grupo Sanguíneo B Rh -

Partograma

Processo _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____

Nome _____

Morada _____

Localidade _____

Sist. de Saúde _____

Cód. Postal _____

N.º Beneficiário _____

I.O. 0-0-0-0 Partos Anteriores 1 Últ. Menst. 200 _____ / _____ / _____ Idade Cronológica _____ semanas _____ dias < - - > Idade Ecográfica 39 semanas 5 dias - Percentil 60

1ª Ecografia 200 10/11/23 <=> 12 semanas 5 dias 1ªs Contr. Uterinas às _____ horas Rótura da membrana às _____ horas 200 _____ / _____ / _____ Última ingestão alimentar às 12:30 horas 200 11/5/30

Indução de Trabalho de Parto: Sim ☐ Não ☐

Avaliação / Pré-Indução: Índice Bishop: _____ pontos (V/de Verso) C.T.G. Reactive

Gravidez Vigilada: Sim ☒ Não ☐

Ecografia 200 _____ / _____ / _____ <=> _____ semanas _____ percentil <=> Apresent. / Posição / Variedade _____ BP _____ HC _____ AC _____ F _____ Peso _____ gr. Índice Amniótico _____ Placenta _____ Grau _____

Observações / Patologia Associada:

Escola Analógica da Dor	TA Fcf	Progressão da Apresent.	Dilat. Cerv.	1 Horas	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
9	200	(I) -4	9 cm		19:30	20:30	22:45																		
8	180	Mov. Alta -3	8 cm																						
7	160	Mov. (II) -2	7 cm																						
6	140	Apoiada -1	6 cm																						
5	120	Encl. (III) 0	5 cm																						
4	100	+1	4 cm																						
3	80	+2	3 cm																						
2	60	+3	2 cm																						
1	40	(IV) +4	1 cm																						
D	↑ F	O	●																						
Bolsas de Águas		O ↑ ↓																							
Liq. Amniótico		C.H.S. Trm. M.																							
Dinâm. Uterina		SDU. DUR. HipU																							
C.T.G. Intra-Part		R. nR. Dip1. Dip2.																							
PH / Oximetria Fet.																									

Epidural, Terapêutica Observações																									
Rúbrica - Médicos																									
Rúbrica - Enfermeiros																									

Índice de BISHOP modificado (DEXEU)

PARÂMETROS	0	1	2	3	PONTOS
APAGAMENTO	P > 2 cm	P 1-2	P < 1	Apagado	2
	M > 3 cm	M = 3	M < 3		3
DILATAÇÃO	0	1-2	3-4	> 4	2
CONSISTÊNCIA	Rijo	Intermédio	Mole	-	1
POSIÇÃO	Posterior	Central	Anterior	-	1
ENCRAVAMENTO	Alto Móvel	Alto	Apoiado	Encravado	1
TOTAL					10

P - Primíparas Más Condições: < 7
M - Multiparas Condições Médias: 7 - 9
Boas Condições: > 9

PARTO

Data 200 14/5/30 22 horas 48 minutos

Eutócico ☐ Cefálico ☐ Pélvico ☐

Ventosa ☒ Distócico ☐ Cesariana ☐ Fórceps ☐

Motivo Distúrbio de Rotecy

O I D P

DEQUITADURA

Natural ☒ Manual ☐ Completa ☒ Incompleta ☐

ANESTESIA

Local ☐ Epidural ☒ Raquianestesia ☐ Geral ☐

PLACENTA

Forma Discada

Aspecto N-5

Peso — grs.

Anomalias —

CORDÃO

Circular: Sim ☐ Não ☒

Inserção central

Anomalias aparentes

PERÍNEO

Intacto ☐ Episiorrafia ☒

Rasgadura de grau —

RECÉM-NASCIDO

Vivo ☒ Morto ☐ Sexo masculino

I. APGAR 1' 9 5' 10 10' 10

Peso 3640 grs. P. Cef. — Comprimento —

Anomalias/Observações —

Transferência para UCEN: Não ☒ Sim ☐

Motivo —

Observações: —

Transferência para Puerpério 200 — / — / — Hora — / — / — Rúbrica — N.º O.M./O.E. —

pv efectuado pelo

Obstetra — N.º O.M. —

Ajudante — N.º O.M. —

Anestesiista — N.º O.M. —

Pediatra — N.º O.M. —

Enf. Especialista OL + AFESKO N.º O.E. —

Silve Abgre Bueno

ANEXO IX – Aplicativo SAPE®

Janela principal do SAPE

The screenshot shows the main interface of the SAPE system. It includes a menu bar at the top with options like 'Gestão Sistema', 'Parametrização por Serviço', 'Gestão Utilizadores', 'Enfermagem', 'Ajuda', and 'Window'. Below the menu, there's a sidebar with a tree view containing categories like 'Gestão Tabelas Sistem', 'Gestão Tabelas Enferm', 'Prescrição Médica', 'Avaliação Inicial', 'Processo Enfermagem', 'Plano Trabalho', 'Ata de Enfermagem', 'Mudança de Cama', 'Listagens', 'Consulta Vigilância', and 'Partilha Informação CS'. The main area is divided into several sections: 'Serviço de Internamento' with fields for patient ID, name, and address; 'Dados Complementares' with fields for C.Saúde, Médico Família, and others; and a table titled 'Doentes Internados' with columns for N.º Processo, Nome, Entrada, Hora, and Cama. The table lists several patients with their respective admission dates and times.

N.º Processo	Nome	Entrada	Hora	Ent.	Cama
00000	00000000000000000000	2005.02.03	17:14	3028	001
00000	00000000000000000000	2005.02.07	20:30	3028	002
00000	00000000000000000000	2005.02.04	14:55	3028	003
00000	00000000000000000000	2005.02.07	23:35	3029	004
00000	00000000000000000000	2005.01.24	18:02	3029	005
00000	00000000000000000000	2005.01.30	18:00	3029	006
00000	00000000000000000000	2005.02.10	10:25	3030	007
00000	00000000000000000000	2004.12.27	12:25	3030	008
00000	00000000000000000000	2005.02.14	14:54	3030	009
00000	00000000000000000000	2005.01.24	21:36	3031	010
00000	00000000000000000000	2005.02.15	00:01	3031	011
00000	00000000000000000000	2005.01.20	14:13	3031	012
00000	00000000000000000000	2005.02.10	14:26	3032	013

Diferentes registos efectuados no SAPE

The screenshot shows the 'Apreciação Inicial' (Initial Assessment) window in the SAPE system. It features a sidebar with a tree view containing categories like 'Respiração', 'Frequência', 'Amplitude', 'Ritmo', 'Tipo', 'Outros dados', 'Circulação', 'Frequência cardíaca', 'Amplitude', 'Ritmo', 'Tensão arterial máx.', 'Tensão arterial mín.', 'Outros dados', 'Temperatura corporal', 'Temperatura retal', 'Outros dados', 'Volume de líquidos', 'Peso corporal', 'Outros dados', 'Eliminação', and 'Hábitos de elim. intestinal'. The main area displays a form for 'Circulação' with a section for 'Frequência cardíaca'. It includes a date and time field (2004.11.11 11:49) and a service field (Serviço: CARDIOLOGIA). At the bottom, there's a record count (Record: 1/1) and a navigation button (OSB).

Processo de enfermagem

The screenshot shows the 'Processo de Enfermagem' (Nursing Process) window in the SAPE system. It features a sidebar with a tree view containing categories like 'Intervenções', 'Gest. oxigenoterapia', 'Manter repouso', 'Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento', 'Optimizar o ambiente', 'Vigiar ritmo cardíaco', 'Vigiar ritmo cardíaco', 'Executar tratamento', 'Iniciar cateter urinário', 'Cuidar pele', 'Manter', 'Horário', 'Sem horário', 'De v. em v. hora', 'Dia(s) e hora(s)', 'Dia(s) e turno(s)', and 'Agora'. The main area displays a table with columns for 'Intervenções', 'Tipo', 'Data', 'Hora', 'Tempo', and 'Especialização'. It lists several interventions with their respective dates and times. A 'Fenômenos' (Phenomena) section is also visible on the right side of the main area.

Intervenções	Tipo	Data	Hora	Tempo	Especialização
Gest. oxigenoterapia		2004.11.03	12:50	2004.11.05	13:34
Manter repouso		2004.11.03	12:50		
Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento		2004.11.03	12:50		

Prescrições médicas

Oracle

Prescrições Médicas

Doente

Nº Processo

Idade anos

Standards de Colheita de Espécimens

Análises	Espécimens	Início		Térmo	
		Data	hora	Data	hora
HEMOGRAMA	Sangue	2004.10.29	18:00	2004.10.29	19:30
BIOQUÍMICA	Sangue	2004.10.29	19:00	2004.10.29	19:30
MOGLOBINA	Sangue	2004.10.29	19:00	2004.10.29	19:30
TROPONINA	Sangue	2004.10.29	19:00	2004.10.29	19:30
TIPO II	Urina	2004.10.29	16:30	2004.10.29	16:09
HEMOGRAMA	Sangue	2004.10.29	07:00	2004.10.29	07:16
BIOQUÍMICA	Sangue	2004.10.29	07:00	2004.10.29	07:16

Observações

Nº Internamento

Serviço **CARDIOLOGIA**

Data/Hora Entrada **2004.10.28 : 22:16 horas**

Nº Cama **975**

Record: 1/7

Plano de cuidados

Mapa de Cuidados

Doente

Nº Proc. 111111111 XXXXX XXXXX XXXXX XXXXXX

Total Interv. 82 anos

Turno 14h - 20h

14:01 20:00

Dia 2005.02.14

Com Horário Sem Horário

Medicação

- 15:00 Paracetamol Cap/Comp Oral 500/1 gr//Oral (O)
- 15:00 Tramadol Cap/Comp Oral 50/1 cap//Oral (O)
- 15:00 Metoclopramida Cap/Comp Oral 10/10 mg//Oral (O)
- 18:00 Enoxaparina (H.B.P.M.) Sol.Inj. S.C. 100/40 mg//Subcutê
- 18:00 Lactulose 50% (5ml< >2,5g) Sol. Oral 0/15 ml//Oral (O)

Atitudes Terapêuticas

- 18:00 Pesquisa Glicemia Capilar

Intervenções

- 15:00 Assistir a pessoa no posicionamento
- 18:00 Monitorizar glicemia capilar
- 18:00 Assistir a pessoa no posicionamento

Análises

Exames

Cirurgias

[Paracetamol Cap/Comp Oral 500/1 gr//Oral (O)] Nº dias: 2 administreadas:5

Nº Internamento

Serviço **CIRURGIA**

Entrada **2005/02/03 : 17:14 horas**

Nº Cama **001**

Novo Doente

ANEXO X – Partograma versus SAPE

72,73%¹

Partograma		Sape®
Avaliação Inicial	Vigilância na Gravidez	
	Grupo Sanguíneo	
	Fator Rh	
	Índice Obstétrico	
	Partos Anteriores	
	Última Menstruação	
	Idade Cronológica (Data/semanas)	
	Idade Ecográfica (Data/semanas)	
	Percentil	
	1ª Ecografia	
	1ºs Contr. Uterinas	
	Rotura da membrana (Data/hora)	
	Última ingestão alimentar (Data/hora)	
	Indução de trabalho de parto (SIM/NÃO)	
	Índice Bishop	
	CTG	
	3ª Ecografia	
	Estática fetal:	
	Apresentação	
	Posição	
	Variedade	
	Perfil Biofísico:	
	BP	
	HC	
	AC	
	F	
	Peso	
	Índice Amniótico	
	Placenta	
	Grau de Maturidade	
	Observações/Patologias associadas	
Condução de trabalho de parto	Escala Analógica da dor	
	TA	
	Fcf	
	Progressão da apresentação	
	Dilatação cervical	
	Bolsa de águas	
	Líquido amniótico	
	Dinâmica uterina	
	CTG	
	Administração de Epidural	
	Administração de Terapêutica	
	Interpretar Curva de Friedman	
Recém-nascido	Vivo/Morto	
	APGAR	
	PESO	
	Anomalias	
	Transferência UCEN/Motivo:	
Parto	Tipo de parto	
	Descrição da do tipo de distócia	
	Identificação de Circulares Cervicais	
	Períneo intacto/Laceração/Episiotomia/Episiorrafia	
Dequitação		
Puerpério Imediato	TA	
	Mamas	
	Globo segurança Pinard	
	Globo Vesical	
	Perdas hemáticas vaginais	
	Períneo Hemorroidal	

Legenda:



Intervenções do EESMO passíveis de registo.



Intervenções EESMO que **Não** se podem registar.

¹ Intervenções no Partograma que refletem a prática do EESSMO=número de intervenções no Partograma que não podem ser registadas no SAPE®/Total de intervenções =40/55= 72,73%.

ANEXO XI – Autorização para conhecer aplicativo Glinntt®

*Autógrafa a análise, orientada
e supervisionada por uma
enfermeira da unidade.*



28 de Março de 2011

28.03.2011



hospitalcuf

descobertas

Hospital Cuf Descobertas, S.A.

NIPC: 504 872 982

Rua Mário Botas (Parque das Nações)

Telef.: 21 002 5200 - Fax: 21 002 5220

1990-050 LISBOA

Ex.

Srº Enfermeiro Director do Hospital Cuf Descobertas

Eu, Silvia de Jesus Pereira Alegria Branco, com o nº BI 11132911, emitido pelo arquivo de identificação de Lisboa, exerço funções como Enfermeira Graduada no Hospital de São Bernardo de Setúbal, sendo nesta instituição que está a decorrer o último ensino clínico referente ao 1º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Como trabalho final académico, foi-me proposto pela instituição desenvolver um projecto de intervenção, cujo tema é “ Quais os registos do partograma e do aplicativo informático SAPE (Sistema de apoio à prática dos enfermeiros), que reflectem as intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica ao cuidarem da mulher em trabalho de parto”.

Face a esta temática gostaria de pedir a vossa Ex. a análise do vosso aplicativo informático em registos de Enfermagem do Enfermeiro Especialista que reflectem as suas competências, de forma a comparar os dois aplicativos informáticos.

Sem outro assunto,

Pede deferimento:

**ANEXO XII – Autorização para conhecer aplicativo SAPE®, no Hospital
Reynaldo dos Santos em Vila Franca de Xira**

13 De Junho de 2011

Ex. Dr. António Nunes

Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira,E.P.E.

Eu, Silvia de Jesus Pereira Alegria Branco, com o nº BI 11132911, emitido pelo arquivo de identificação de Lisboa, exerço funções como Enfermeira Graduada no Hospital de São Bernardo de Setúbal, sendo nesta instituição que decorreu o último ensino clínico referente ao 1º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Como trabalho final académico, foi-me proposto pelo Serviço de Bloco de Partos do Hospital de São Bernardo, em Setúbal, o desenvolvimento de um projecto de intervenção, cujo tema foi: ***“No Bloco de Partos quais os registos dos EESMO que são efectuados no Partograma e no SAPE ® (que utiliza a linguagem CIPE®), que reflectem as suas intervenções e decisões?”***

A Instituição onde desenvolvi este estágio, insiste na aplicação do SAPE® básico, que não reflectem as competências desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) em BP.

A vossa ajuda efectivamente acrescerá em benefício nos registos de enfermagem, para esta classe profissional com a criação de um aplicativo semelhante ao vosso para a instituição onde realizei este estágio.

Caso seja autorizado pelo Conselho de Administração, a aprovação para tomar conhecimento do vosso aplicativo SAPE®, agradecia a confirmação via e-mail para: silvia.pab@gmail.com ou para o telemóvel 962565393.

Sem outro assunto,

Pede deferimento:

Silvia de Jesus Pereira Alegria Branco

ANEXO XIII– Prorrogações para entrega do Relatório de Estágio IV

Exm^o(a) Senhor(a)
Presidente da Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa

Nome Silvia de Jesus Pereira Alegre Branco

Estudante n^o 2447

Ano/Semestre Curricular 2^o

Telefone: _____

Telemóvel: 962565393

Bolseiro ☒ Sim ☐ Não

Curso:

☐ Licenciatura em Enfermagem

☐ Pós-Graduação em _____

☐ Pós-Licenciatura de especialização em _____

☒ Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Vem Solicitar:

A prorrogação de prazo para a entrega do Relatório
(2 meses) desde o dia 8 de julho a 8 de setembro.
O motivo pelo qual a aluna solicita a prorrogação
é porque:

* Apesar do estatuto trabalhador estudante, tive que man-
ter ao longo de todo o estágio a carga horária de
35 horas semanais para colmatar as exigências número
de pontos e recém-nascido recebidos.

* Tenho intervenções delineadas em projecto inicial
que não foram exequíveis no "timing" estipulado,
por contingências que transcendem o empenho e
motivação como aluna.

Na minha percepção as intervenções ainda não efectuadas
enriquecerão o meu trabalho de mestrado. (visite ao
Hospital Reynaldo do Santo - Vila Franca xix).

Huiro atenciosamente.

Respeitoso Deferimento.

Lisboa, 7 julho Silvia de Jesus Pereira Alegre Branco

(Assinatura)

2011

Recebido por: Isabel Figueira

Data: 07/07/2011

Exm^o(a) Senhor(a)
Presidente da Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa

Nome Silvia de Jesus Pereira Alegre Branco

Estudante nº 2447 Ano/Semestre Curricular 2º Telefone: 265402951 Telemóvel: 929034001

Bolseiro ☐ Sim ☒ Não

Curso:

- ☐ Licenciatura em Enfermagem
☐ Pós-Graduação em _____
☐ Pós-Licenciatura de especialização em _____
☒ Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Vem Solicitar:

A prorrogação do prazo para entrega do "Relatório de estágio" referente ao 1.º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
O aluno desta solicita, devido-se com a dificuldade de entrega do mesmo devidamente aprofundado e no tempo estipulado para o mesmo.
Atenciosamente

Silvia Alegre Branco

2426/CA

10/10/2014 2447/AN
Baleal

Lisboa, 10/10/2014 Silvia de Jesus Pereira Alegre Branco
(Assinatura)

Recebido por: _____

Data: 10/10/14

ANEXO XIV – Proposta De Parametrização na Vigilância Materno-Fetal

PROPOSTA DE PARAMETRIZAÇÃO PARA A VIGILÂNCIA
MATERNO-FETAL
(Sala de Partos)

Trabalho de parto

Focos específicos em Sala de partos na Parturiente:

1. Indivíduo

a. Função

i. Respiração

 Dispneia;

ii. Circulação

 Hipertensão;

 Hipotensão;

 Perda sanguínea;

 Hemorragia (intra-parto e pós parto);

iii. Temperatura Corporal

 Febre;

iv. Nutrição

 Ingestão Líquidos;

 Ingestão de alimentos;

v. Metabolismo Energético (Alterado na Diabetes)

 Hipoglicémia;

 Hiperglicémia;

vi. Volume Líquidos

 Edemas;

vii. Eliminação

 Retenção Urinária;

viii. Tegumento

 Ferida cirúrgica;

 Laceração;

- Hematoma;

ix. Actividade Motora

 *Convulsão;*

x. Sistema Imunitário

 *Risco de infecção/infecção;*

xi. Reprodução

 *Gravidez*

- *Abortar;*
- *Trabalho de parto;*
 - *Admissão (Adaptação ao BP);*
 - *Gravidez não planeada;*
 - *Ruptura da Bolsa amniótica;*
 - *Contracção Uterina;*
 - *Dor de trabalho de parto;*
 - *Dor do período de dilatação cervical;*
 - *Dor de período expulsivo;*
 - *Resposta à Anestesia/Analgesia*
 - *Expulsão Uterina;*
 - *Dequitação;*
- *Nascimento:*

Focos específicos em Sala de partos na Puérpera (Puerpério imediato):

 *Vinculação;*

 *Amamentar;*

 *Adaptação à Parentalidade;*

Focos específicos em Sala de partos para o Feto:

xii. Desenvolvimento físico

 *Crescimento*

- *Desenvolvimento Fetal;*

Focos específicos em Sala de partos para o RN:

 *Reflexos de Sucção e Deglutição.*

AVALIAÇÃO INICIAL

❖ Dados Gerais:

- Nome preferido _____
- Idade: em texto livre
- Modo de admissão: (Proveniência): Serviço urgência geral/Urgência Obstétrica/ Consultas externas/exames/ outro hospital Qual? em texto livre
- Data de Admissão: __/__/__
- Hora de Admissão: __:__
- Motivo do Internamento em texto livre _____
- Estado Geral: Bom/Debitado/Cuidado/Descuidado
- Discurso: Coerente/Incoerente/coma
- Escala coma de glasgow valor __ __
- Estado emocional: Calma/Ansiosa/Apelativa/Agitada/Deprimida
- Estado civil: casada/solteira/divorciada/união de factos/ viúva
- Raça: caucasiana/Negra//outra em texto livre
- Etnia: em texto livre
- Actividade profissional: em texto livre
- Nível de escolaridade: não sabe ler nem escrever/1º,2º,3º ciclo/Curso profissional/ curso secundário até que ano?/curso superior de Licenciatura, Especialidade, Mestrado
- Antecedentes
 - Antecedentes Pessoais Relevantes:
 - Alergias: Medicamentosas Quais? em texto livre /Alimentares Quais? em texto livre

 - Hábitos: Tabágicos/Alcoólicos/Estupefacientes/Outros em texto livre
 - Patologias _____
 - Cirurgias _____
 - Observações em texto livre
 - Medicação habitual: em texto livre _____
- Centro Saúde: em texto livre
- Parteira de Referência: em texto livre
- Médico Assistente: em texto livre

AVALIAÇÃO INICIAL (cont.)

❖ Dados Gerais:

- Antecedentes Obstétricos Relevantes em texto livre ou (Fetos mortos/gravidez amnembrionária/ IVG/IMG/curetagens /Outros)
- Crenças religiosas:
 - Hábito religiosos sim/não
 - Desejo de apoio espiritual sim/não/não verbalizou

❖ Acção Interdependente

- Convivente significativo em texto livre _____
- Nome em texto livre _____
- Contactos _____
- Outros dados _____

❖ Dados Familiares:

- Consanguinidade sim/não
- Portadores deficiências em texto livre _____
- Profissão do pai em texto livre _____
- Idade do pai em texto livre _____
- Grupo sanguíneo e factor Rh paterno em texto livre _____
- hábitos nocivos do pai em texto livre _____

❖ Reprodução

- Gravidez anterior
 - Tipo Parto: _____
 - Idade Gestacional _ _ S _ d
 - Ano: ____ / ____ / ____
 - Peso RN: _ _ _ _ gr
 - Outros dados (Intercorrências): _____
- História da Gravidez Actual (Cont...)
 - Índice Obstétrico: _ _ _ _
 - DUM: ____ / ____ / ____
 - Idade Gestacional: _ _ S _ d
 - DPP: ____ / ____ / ____
 - Gravidez Viglada: S ☐ N ☐
 - Serologias Actualizadas: S ☐ N ☐
 - Strepto B - ☐ Strepto B + ☐ Strepto B desconhecido ☐
 - Outros Dados (Intercorrências) _____
- Sensações
 - Hemorróidas S ☐ N ☐
 - Vagina/Vulva _____
 - Outros _____

AVALIAÇÃO INICIAL (cont.)

❖ Reprodução (cont):

○ Sistema Imunitário

▪ Vacinação durante gravidez em texto livre _____

▪ Grupo de Sangue

• Mãe

○ Grupo de Sangue __

○ Factor Rh _

○ Coombs Indirecto Positivo/Negativo/Duvidoso

○ Imunoglobulina Anti D __/__/____

▪ Temperatura corporal materna

• Temperatura Timpânica __, __°C

▪ RBA

• Terapêutica (Amniotomia)/Espontânea/Prematura

• Data __/__/____

• Hora __: __

• Fez profilaxia com? e quantas tomas de antibiótico no pré-parto em texto livre

○ Processo Familiar

▪ Amamentação

• Pretende Amamentar sim/não

• Amamentou Filhos Anteriores sim/não

▪ Mamilos: Formados/Planos/Invertidos /extranumerários/outros

○ Cognição

▪ Curso de Puericultura S ☐ N ☐

▪ Preparação para o Parto S ☐ N ☐

▪ Preparação para Aleitamento S ☐ N ☐

▪ Outros _____

❖ Circulação

○ Membros Inferiores:

▪ Varizes S ☐ N ☐

▪ Derrames S ☐ N ☐ Edemas S ☐ N ☐

❖ Acesso Venoso periférico:

▪ Não ☐

▪ Sim ☐

• Soro ☐ Bionecter ☐

AVALIAÇÃO INICIAL (cont.)

❖ Nutrição

- Hora da última ingestão alimentar: __: __
- Data da última ingestão ____ / ____ / ____
- Característica do que foi ingerido: _____
- Peso antes da gravidez _____
- Peso actual _____
- Digestão
 - Alimentos mal tolerados _____
 - Alergias: _____
- Patologias inerentes: _____
- Tipo de Dieta: Líquida ☐ Ligeira ☐ Geral ☐ Outras: _____
- Última refeição: Data ____ / ____ / ____ Hora __: __

❖ Eliminação Urinária

- Última micção
 - Espontânea S ☐ N ☐
 - Ardor S ☐ N ☐
 - Disúria S ☐ N ☐
 - Polaquiúria S ☐ N ☐
 - Outros _____
 - Esvaziamento vesical intra-parto, parto e pós parto: sim/não
 - Número de vezes: __ (1 dígito)
 - Algiação S ☐ N ☐ Tipo: Folley de Latex ☐ Folley de silicone ☐
 - Características da Urina: _____
 - Volume drenado: _____ ml
 - Esvaziamento Vesical S ☐ N ☐ Dia ____ / ____ / ____ Hora: __: __

❖ Eliminação intestinal

- Hábitos de eliminação: _____
- Última dejectação Dia ____ / ____ / ____ Hora: __: __
- Outros dados: _____

AVALIAÇÃO INICIAL
SELECÇÃO INDICADORES DA AVALIAÇÃO INICIAL PARA
TRABALHO DE PARTO

APRECIAÇÃO OBSTÉTRICA:

Grupo de Sangue: __ Factor Rh_

Convivente Significativo: _____ Contacto Telefónico: _____

Índice Obstétrico: __ __ __ Partos Anteriores _____

DUM: __/__/____ Idade Cronológica __S__d Idade Gestacional Ecográfica: __S__d

Percentil __

1º Ecografia __/__/____ 1^{as} Contrações Uterinas __: __ horas RBA __: __ horas __/__/____

Última Ingestão Alimentar às __: __ horas __/__/____

Indução TP: N ☐ S ☐ com: às __: __ horas __/__/____

Avaliação pré indução: Índice Bishop __ CTG: Reactivo ☐ Não Reactivo ☐ Patológico ☐

Gravidez Viglada: S ☐ N ☐ Serologias Actualizadas: S ☐ N ☐

Strepto B - ☐ Strepto B + ☐ Strepto B desconhecido ☐

Ecografia 3º Trim __/__/____ Idade Gestacional: __S__d

Apresentação: _____ Posição: _____ Variedade: _____

BP: __ HC __ AC __ F __ Peso __ __ __ gr

Índice Líquido amniótico: Nomal ☐ Oligoâmnios ☐ Hidrâmnios ☐

Placenta: Não Prévia ☐ Prévia ☐ Grau __

Observações (Alergias, etc.) /Patologias Associadas: _____

FENÓMENOS/FOCOS POTENCIAIS



ADMISSÃO (Adaptação)

Status (juízo): **Iniciado/Nenhum**

Diagnóstico: **Adaptação da grávida na admissão;**

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Identificar o(s) prestador(es) de cuidados;		
		Registar dados sobre a grávida e a gravidez;		
		Avaliar dados recolhidos;		
		Apresentar o serviço;		
		Providenciar a unidade de cuidados de saúde e acompanhar à mesma;		
		Instruir para uso de equipamento (campainha, luz);		
		Instruir a grávida acerca das Normas de serviço;		
		Facilitar o suporte familiar/convivente significativo;		
		Facilitar a comunicação expressiva de emoções;		
		Encorajar a interacção de papéis;		
		Encorajar interacção social;		
		Encorajar o auto-controlo: ansiedade;		
		Promover o envolvimento da família;		
		Incentivar a tomada de decisão com conhecimento;		
		Encorajar a grávida a esclarecer dúvidas;		
		Elogiar tomada de decisão.		



GRAVIDEZ NÃO PLANEADA

Status (juízo): **Presente/Ausente**

Diagnóstico: **Gravidez não planeada actual**

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Avaliar capacidade para se adaptar ao evento;		
		Encorajar a capacidade para se ajustar ao evento;		
		Apoiar em situação de angústia;		
		Apoiar o processo de tomada de decisão familiar;		
		Encorajar a comunicação de emoções da mulher/casal/convivente significativo;		
		Informar sobre disponibilidade de apoio Social e Psicológico;		
		Disponibilizar recursos de adaptação na comunidade;		



RUPTURA DA BOLSA AMNIÓTICA (RBA)

Status (juízo):

- **Ausente**
- **Presente**
 - Esponânea, Artificial ou Prematura
 - Alta/Baixa;
 - Em Grau ligeiro, moderado ou elevado;

Diagnóstico (exemplos):

- **Ruptura da Bolsa amniótica ausente;**
- **Ruptura da Bolsa amniótica presente espontânea alta em grau moderado;**
- **Ruptura da Bolsa amniótica presente artificial. (etc.)**

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Vigiar a ruptura de membranas; (RPM/REBA/RABA ¹)		
		Monitorizar ruptura de membranas;		
		Monitorizar a Temperatura;		
		Avaliar dilatação cervical (cervicometria);		
		Manter repouso na cama (moderado/absoluto de acordo com a interpretação da cervicometria/apresentação fetal);		
		Tranquilizar a grávida;		
		Supervisionar deambulação;		
		Supervisionar cuidados de higiene e conforto;		
		Assistir nos cuidados de higiene e conforto;		
		Assistir na alimentação;		
		Assistir na eliminação;		
		Apoiar no posicionamento da grávida;		
		Interpretar o traçado cardiotocográfico(CTG) após a ruptura;		
		Vigiar sinais laboratoriais: (Hemograma e PCR);		
		Informar o Obstetra dos valores laboratoriais;		
		Administrar terapêutica segundo prescrição médica;		

¹RPM/REBA/RABA- Ruptura de membranas prematura/ Ruptura espontânea de membranas/ Ruptura artificial de membranas ou Amniotomia.

NESTE CASO CONCRETO DE INTERVENÇÃO:

"Vigiar o tipo de ruptura de membranas; (RPM/REBA/RABA¹)", remete-nos para uma grelha onde poderá ser seleccionado pelo prestador de cuidados os diferentes parâmetros que identifiquei necessários:

Seleccção de Parâmetros
Ruptura prematura de membranas; (RPM)
Ruptura espontânea de membranas amnióticas (REBA)
Ruptura artificial de membranas amnióticas RABA
Amniotomia por alterações do bem estar fetal em CTG;
Amniotomia por Idade Gestacional > =41 Semanas
Amniotomia para monitorização interna;
Quantidade de líquido amniótico(LA): Ausente Reduzida Aumentada
Caractrísticas do LA: Incolor Líquido tinto mecónio (LTM) de nível: I/II/III/IV
Odor do LA: Suigeneris Fétido

"Monitorizar ruptura de membranas;"

Seleccção de Parâmetros
Identificar data;
Identificar Hora;
Identificação do Estreptococcus B Positivo/negativo;
Data e hora início da Antibioterapia;
Tomas de Antibioterapia no pré-parto;
Sistema emitir alerta se Estreptococcus B Positivo ou desconhecido (para solicitar prescrição de Antibioterapia);

"Interpretar o traçado cardiotocográfico (CTG) após a ruptura;"

Seleccção de Parâmetros
Dinâmica uterina: sem dinâmica uterina(SDU) Regular(DUR) Irregular(DUI)
CU não visualizáveis no CTG mas identificadas pela percepção da utente e ou observação externa;
Amplitude das CU: fraca/média/alta
Duração: < 45 segundos/[45-90] segundos,>90 segundos

¹RPM/REBA/RABA- Ruptura de membranas prematura/ Ruptura espontânea de membranas/ Ruptura artificial de membranas ou Amniotomia.

"Interpretar o traçado cardiotocográfico (CTG) após a ruptura;"(Cont.)

Seleção de Parâmetros

Especificar a frequência: sem contracções/1 em 10'/2 em 10'/3 em 10'/4 em 10'/5 em 10'.

Configuração da CU: forma sino/bico serra/outra

Ritmo da CU: Normal/Duplicadas (Bigeminismo)/Triplicadas (Trigeminismo)

Tónus basal: Normal/Estimulação ocitócica ≥ 15 mmhg/anormal > 20 mmhg

Localização fetal: direita esquerda

Movimentos fetais: Diminuídos/Activos/Ausentes

Frequência cardíaca fetal:110/150bpm

<110 bpm em < 10' (bradicárdia)

$>150 \text{ bpm}$ $>10'$ (taquicardia)

Aceleração

Desaceleração precoce

Desaceleração tardia

Desaceleração variáveis

Desaceleração prolongadas

Padrão sinusoidal

Variabilidade: ausente/ diminuída/aumentada

CTG reactivo/duvidoso/não reactivo



INFECÇÃO

Status (juízo): Presente/Ausente

Inicio: ____ / ____ / ____

Turno: _____

Fim: / /

Turno:_____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Monitorizar líquido amniótico com cheiro fétido;		
		Vigiar sinais e sintomas de infecção;		
		Vigiar sinais de inflamação;		
		Contactar equipa médica de urgência, em infecção declarada;		
		Ensinar sobre auto-vigilância da infecção;		
		Ensinar sobre condições de risco para a infecção;		
		Ensinar sobre prevenção da infecção;		
		Gerir tratamento prescrito.		



HIPERTERMIA

Status (juízo): Presente/Ausente

Inicio: / /

Turno:

Fim: / /

Turno:

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data; Turno)	
		Monitorizar temperatura corporal;		
		Executar técnica de arrefecimento natural;		
		Incentivar a ingestão hídrica;		
		Instruir a grávida acerca da técnica de arrefecimento natural;		
		Instruir a grávida a reconhecer sintomatologia associada.		



TRABALHO DE PARTO

Status (juízo):

- **Ausente**
- **Normal**
- **Presente**
- **Em Progressão**
- **Atrasado**
- **Interrompido (Cesariana)**

Diagnóstico (exemplos):

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data/Turno)		<u>Intervenções</u>	Termo (Data/Turno)	
		Validar a expectativa da utente / casal face ao TP e Parto;		
		Verificar indicadores de risco referente à gravidez actual e anteriores;		
		Monitorizar índice Bishop;		
		Facilitar suporte familiar;		
		Executar toque terapêutico;		
		Gerir o ambiente físico;		
		Ensinar sobre o autocontrolo da dor;		
		Ensinar sobre evolução do TP;		
		Instruir sobre técnicas de distração;		
		Instruir sobre técnicas de imaginação guiada;		
		Instruir sobre técnicas de relaxamento;		
		Instruir sobre técnicas de posicionamento;		
		Instruir sobre técnicas de respiração;		
		Treinar sobre técnicas de relaxamento;		
		Treinar sobre técnicas de imaginação guiada;		
		Elogiar comportamento de adesão;		
		Avaliar movimentos fetais;		
		Interpretar o traçado cardiotocográfico;		
		Monitorizar a contracção uterina;		
		Monitorizar dilatação do colo uterino;		
		Vigiar condição do colo uterino;		
		Vigiar a integridade das membranas amnióticas;		
		Monitorizar a frequência cardíaca fetal;		
		Vigiar apresentação fetal;		
		Interpretar os diâmetros da bacia materna, face apresentação e situação fetal; (Favorável; Desfavorável)ex. Arco púbico estreito		
		Ensinar sobre sinais de TP (fase activa e sua evolução)		



TRABALHO DE PARTO (cont.)

Início: ____ / ____ / ____

Turno: _____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: _____

Início (Data/Turno)	Intervenções	Termo (Data/Turno)
	Monitorizar o colo cervical (cervicometria);	
	Avaliar as características do colo cervical (apagamento e dilatação);	
	Monitorizar a variedade fetal;	
	Assistir a pessoa no posicionamento;	
	Instruir sobre a fase do trabalho de parto em que se encontra;	
	Verificar serologias maternas;	
	Vigiar sinais de bem-estar materno-fetal;	
	Tranquilizar a grávida;	
	Vigiar útero;	
	Vigiar contracção uterina;	
	Monitorizar a dor;	
	Promover analgesia;	
	Promover medidas de conforto;	
	Incentivar a ingestão hídrica segundo protocolo;	
	Canalizar uma veia periférica;	
	Instruir sobre desvantagens da posição litotomia	
	Realizar tricotomia abdominal e perineal se necessário;	
	Estimular a eliminação vesical;	
	Executar tricotomia;	
	Executar amniotomia;	
	Incentivar a presença do convivente significativo	
	Incentivar actividade motora (deambulação/alternância de decúbitos e posições);	
	Identificar qual o posicionamento mais adequado para a descida da apresentação;	
	Vigiar complicações;	
	Apoiar utente no posicionamento	
	Accionar o médico	

NESTE CASO CONCRETO DE INTERVENÇÃO

"Vigiar complicações;"-remete-nos para uma grelha onde poderá ser seleccionado pelo prestador de cuidados algumas das diferentes complicações que identifiquei necessárias:

<u>Seleccção de Parâmetros</u>
Prolapso do cordão;
2º Estádio Arrastado;
Hemorragia activa do 2º Estádio;
Identificação do Anel de constrição de Bandl;
Sofrimento fetal;
Identificação do tipo de distócia: rotação/Progressão ect.
Outras:



DOR DE TRABALHO DE PARTO

Diagnósticos de Enfermagem Potenciais

- Dor do período de dilatação cervical;
- Dor do período de período expulsivo;

DIAGNÓSTICO DOR DO PERÍODO DE DILATAÇÃO CERVICAL:

Localização Anatómica: _____ Topologia: _____

Localização Anatómica: _____ Topologia: _____

Status: **Presente/Ausente**

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

<u>Início</u> (Data, turno)	<u>Intervenções</u>	<u>Termo</u> (Data, Turno)
	Identificar a atitude face à dor;	
	Explicar sobre sensação de dor de período de dilatação cervical e de período expulsivo;	
	Monitorizar a dor (utilização da Escala Numérica);	
	Gerir o ambiente físico;	
	Monitorizar a fase TP;	
	Administrar terapêutica analgésica (segundo prescrição médica);	
	Assistir a parturiente na identificação de estratégias de alívio da dor;	
	Ensinar sobre o auto controle da dor;	
	Assistir a pessoa no posicionamento;	
	Aplicar calor;	
	Aplicar frio;	



DOR DE TRABALHO DE PARTO (cont.)

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Massajar parte do corpo;	
	Instilação de soro fisiológico a nível do triângulo de Micaelis;	
	Aplicação de técnica de acupressão;	
	Promover a Aromoterapia;	
	Promover musicoterapia;	
	Apoiar o envolvimento da família;	
	Identificar a atitude face à dor;	
	Identificar o limiar de dor da grávida, reconhecendo “experiências anteriores”;	
	Envolver a família em procedimentos para alívio da dor;	
	Envolver no processo de tomada de decisão da escolha da técnica para alívio da dor;	
	Vigiar resposta/reacção à dor	
	Instruir como massajar o períneo (Bola pilates)	
	Ensinar sobre técnicas de distracção	
	Gerir a terapêutica;	
	Vigiar resposta/reacção à terapêutica	
	Monitorizar efeito colateral da terapêutica;	

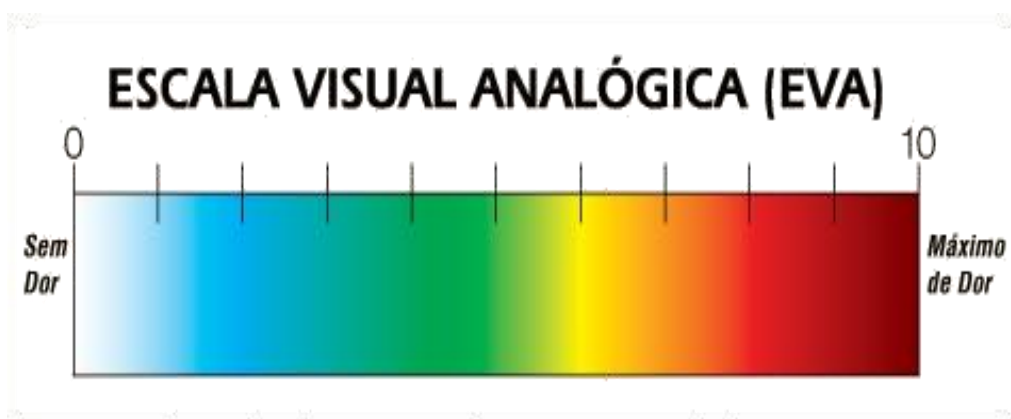


Figura 1. Escala visual analógica empregada para mensuração da dor

Fonte: <http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%252044/imgs/fig-02>

**DOR DE PERÍODO EXPULSIVO:**

Localização Anatômica: _____ Topologia: _____

Localização Anatômica: _____ Topologia: _____

Status: *Presente/Ausente*

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Estimular os Esforços expulsivos; (Analgesia Epidural)		
		Incentivar relaxamento entre as Contrações uterinas;		
		Gerir administração de Analgesia epidural perineal (Sentada);		
		Apoiar no posicionamento;		

**AUTOCONTROLO INEFICAZ (Dor do TP)**

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Ensinar sobre técnicas de relaxamento;		
		Treinar relaxamento entre contracção uterina;		
		Ensinar sobre técnica respiratória;		
		Treinar sobre técnica respiratória;		

**DISPNEIA**

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Vigiar Ventilação;		
		Monitorizar a respiração;		
		Monitorizar saturação de oxigénio;		
		Elevar a cabeceira da cama;		
		Optimizar a ventilação através de técnicas de posicionamento;		
		Gerir oxigénioterapia;		



CONTRAÇÃO UTERINA

Status: Comprometida/Não comprometida

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Avaliar características das contrações (intensidade, duração, amplitude.....)	
	Na contração avaliar os contornos abdominais para rastreio do anel de Bandel; ¹	
	Incentivar Deambulação;	
	Explicar sobre as desvantagens da posição litotomia em TP;	
	Estimular a grávida a mobilizar-se/deambular;	
	Instruir sobre exercícios de relaxamento;	
	Facilitar o descanso entre as contrações;	



PARTO

Status: Actual/Comprometido

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Alternância de posições de acordo com o conforto da parturiente;	
	Monitorizar a apresentação fetal;	
	Identificar sinais premonitórios do parto;	
	Preparar material para o parto;	
	Operacionalizar o material para colheita de células estaminais;	
	Avaliar a descida da apresentação na contração,	
	Identificar pelo toque vaginal a presença de bossa	
	Identificar necessidade de analgesia perinal para episiotomia;	
	Observar o períneo durante a contração;	
	N Executar técnica parto;	
	Executar a colheita das células estaminais;	
	Executar colheitas para tipagem do RN (se mãe RH negativa ou desconhecido)	

¹ Anel de Bandel, também chamado de Schröder, ou zona perigosa de Banes- É uma patologia obstétrica caracterizada por um anel de constrição que pode ocorrer mais usualmente na segunda metade da gestação, onde o útero não se contrai de forma uniforme, em que a inserção é total ou parcial da placenta na área do segmento inferior, isto é, entre o orifício interno do colo, à frente da apresentação fetal.

N- " Executar técnica parto;" Clicamos em NORMA e remete-nos automaticamente para a grelha de preenchimento dos diferentes parâmetros que lhe são:

<u>Seleccção de Parâmetros</u>
Desinfecção do períneo com Iodopovidona;
Executar episiorrafia;
Executar protecção perineal;
Rastrear presença circulares do cordão umbilical;
Laquear as circulares do cordão umbilical;
Desfazer as circulares do cordão umbilical;
Efectuar uma ligeira tracção para baixo para exteriorizar o ombro anterior por baixo da sínfise púbica
Eleve a cabeça do RN para permitir a exteriorização do ombro posterior;
Laquear o cordão umbilical;



EXPULSÃO UTERINA

Status: Comprometida/Não comprometida

Diagnóstico: Expulsão uterina Fetal comprometida por Distócia;

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

<u>Início</u> (Data, Turno)	<u>Intervenções</u>	<u>Termo</u> (Data, Turno)
	Identificar o tipo de Distócia;	
N	Vigiar distócia ombros;	

NESTE CASO CONCRETO DE INTERVENÇÃO:

N - " Vigiar distócia ombros;" Clicamos no icon que diz NORMA e remete-nos automaticamente para a grelha de preenchimento obrigatório das manobras efectuadas/identificação da presença ou ausência de lesão no RN;

Esses diferentes parâmetros são:

<u>Seleccção de Parâmetros</u>
Extrair o feto com a manobras de McRoberts; ¹
Extrair o feto com a manobras de Mc Roberts conjugada com Pressão supra púbica
Extensão da episiotomia;
Efectuar a Manobra de Woods ²
Accionar ajuda do (obstetra e pediatra);

¹ Manobra de McRoberts - Consiste na Hiperflexão das Coxas Sobre o Abdómen da Parturiente.

² Manobra de Woods - É a rotação do ombro posterior em direcção ao tórax fetal e auxílio de pressão suprapúbica para deslocação do ombro anterior no sentido do dorso fetal. A rotação deve ser efectuada até posicionar o diâmetro bi-acromial numa situação oblíqua.

Seleccão de Parâmetros

- Efectuar fractura da clavícula fetal;
- Efectuar fractura do úmero;
- Colaborar na Sinfisetomia;
- Colaborar na manobra de Zavanelli¹ e gerir administração concomitante de tocolíticos de acordo com a prescrição;
- Analisar possíveis lesões ou diminuição mobilidade do RN;



NASCIMENTO

Status (juízo):

- **Em progressão**
- **Completo**

Diagnóstico (exemplos):

Início: ____ / ____ / ____ **Turno:** ____ **Fim:** ____ / ____ / ____ **Turno:** ____

Início (Data, Turno)		<u>Intervenções</u>	Termo (Data, Turno)	
		Facilitar o suporte familiar		
		Gerir o ambiente físico, para a adaptação à vida extra-uterina;		
		Gerir terapêutica;		
		Vigiar períneo;		
		Verificar o Cordão umbilical (presença de 3 vasos);		
		Promover contacto pele a pele mãe/RN;		
		Executar lavagem gástrica em SOS;		
		Identificar mãe e RN com pulseiras;		
		Instruir sobre benefícios da Amamentação;		
		Supervisionar a primeira pega na mama pelo RN;		
		Assistir na amamentação;		
		Monitorizar Glicemia Capilar SOS;		
		Vigiar a eliminação intestinal do RN;		
		Vigiar a eliminação urinária do RN;		
		Vigiar choro/Gemido do RN;		
		Vigiar a pele do RN;		
		Referir ao médico (Pediatra) alterações à normalidade do RN;		
		Promover contacto pele a pele;		
		Administrar terapêutica profilática para hemorragias e lavagem ocular com SF;		
		Promover a relação precoce díade/tríade		
		Executar expressão uterina;		

¹ Manobra de Zavanelli- Reintrodução da cabeça fetal na pelve materna para se efectuar o parto por cesariana.



NASCIMENTO (cont)

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Vigiar involução uterina;	
	Inspeccionar a placenta;	
	Registrar dados do parto;	
	Informar o médico	



DEQUITADURA

(Expulsão uterina- Expulsão da criança, placenta e membranas através do canal de parto)

Status (juízo):

- **Parcial**
- **Completa**
- **Comprometida (Incompleta)**
- **Total**

Diagnóstico (exemplos):

Status: *Comprometida/Não comprometida*

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Vigiar perdas vaginais hemorrágicas;	
	Vigiar dequitação;	
	Executar colheitas de sangue e fragmentos do cordão umbilical; (para células estaminais e ou tipagem e factor Rhesus);	
	Verificar sinais eminentes de dequitação; ¹	
	Identificar o tipo de mecanismo de dequitação;(Schultze/Duncan)	
	Avaliar formação de globo de segurança de Pinard;	
	Inspeccionar o cordão umbilical, a Placenta e integridade das membranas;	
	Monitorizar sinais vitais;	
	Gerir terapêutica (oxitocina Bolus/Perfusão Contínua)	
	Examinar perineo/vagina e canal cervical (canal de parto)	
	Massajar artérias uterinas;	
	Alterar posicionamento da mãe;	
	Apoiar a mãe/casal/convivente significativo	
	Reforço positivo à mãe/casal/convivente significativo	

¹ Sinais eminentes de Dequitação-



DEQUITADURA

Status: *Incompleta*

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Encorajar técnica da Tosse (Facilita expulsão placenta/membranas);		
		Proceder revisão via Intra-uterina		
		Vigiar estado de consciência;		
		Vigiar sinais vitais		



INTEGRIDADE DOS TECIDOS CORPORAIS

Status (juízo):

- *Integra*
- *Comprometida*

Diagnóstico (exemplos):

Localização Anatômica: _____

(Períneo, Vagina, Cervical, Esfíncter Urinário, Esfíncter anal)

Topologia: _____

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Efectuar Manobra de Ritgen ou Ritgen modificada; ¹		
		Examinar períneo/vagina e canal cervical (canal de parto)		
		Identificar a Lesão Tecidular e sua extensão;		
		Planear sobre o material de sutura(Fios de sutura);		
		Executar a episiorrafia/Perineorrafia;		

¹ Manobra de Ritgen ou Ritgen modificada- Consiste na contenção perineal e controle na expulsão da apresentação cefálica, em que se coloca a mão sobre o pólo cefálico para controlar a sua progressão e a outra mão disponível irá exercer pressão para cima sobre a fronte através do períneo.



VINCULAÇÃO

Status (juízo):

- Ausente
- Presente

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Promover contacto pele a pele;	
	Incentivar a relação da díade/tríade;	
	Promover a relação da díade/tríade;	
	Colocar RN junto da mãe;	
	Vigiar a relação da díade/tríade;	



RETENÇÃO URINÁRIA

Status (juízo): **Presente/Ausente**

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Vigiar sinais de retenção urinária;	
	Estimular eliminação urinária frequente;	
	Assegurar a privacidade;	
	Providenciar a arrastadeira;	
	Realizar massagem supra púbica;	
	Estimular a adopção de posição facilitadora para micção;	
	Colocar água correr e pedir à utente que se concentre na mesma;	
	Verter água sobre o períneo;	
	Colocar as mão da utente dentro de água;	
	Assistir no chuveiro, encorajando a urinar;	
	Efectuar técnica de esvaziamento vesical;	
	Efectuar técnica de algaliação;	
	Prestar cuidados de higiene e conforto;	



HIPOTENSÃO

Diagnóstico: Hipotensão materna actual;

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Instruir sobre a necessidade de efectuar levantes progressivos;		
		Instruir sobre adopção posições que evitem as hipotensões supinas		
		Apoiar a grávida no posicionamento;		
		Assistir na colocação da grávida em posição de Trendelenburg;		
		Avaliar sinais vitais em SOS;		
		Gerir Soroterapia;		



HIPERTENSÃO

Diagnóstico: Hipertensão materna actual;

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Gerir ambiente físico;		
		Monitorizar frequência cardíaca materna;		
		Monitorizar tensão arterial;		
		Manter repouso;		
		Vigiar alterações visuais (escotomas ou visão turva);		
		Vigiar e registar proteinúria;		
		Vigiar presença de cefaleias;		
		Vigiar presença de epigastrias;		
		Monitorizar bem-estar materno-fetal.		

**EDEMAS:****Localização Anatômica :** *Membros Inferiores.* **Topologia**_____**Localização Anatômica :** *Perineal* **Topologia**_____**Início:** ____ / ____ / ____**Turno:** _____**Fim:** ____ / ____ / ____**Turno:** _____

Início (Data, Turno)		<u>Intervenções</u>	Termo (Data, Turno)	
		<i>Planejar repouso;</i>		
		<i>Elevar os membros inferiores;</i>		
		<i>Incentivar a grávida a alternar posicionamentos;</i>		
		<i>Aplicar crioterapia;</i>		
		<i>Administrar terapêutica (anti-inflamatória/analgésica, segundo prescrição médica)</i>		
		<i>Vigiar extensão do edema;</i>		
		<i>Monitorizar entrada e saída de líquidos;</i>		
		<i>Monitorizar peso corporal.</i>		

**HEMORRAGIA****Início:** ____ / ____ / ____**Turno:** _____**Fim:** ____ / ____ / ____**Turno:** _____

Início (Data, Turno)		<u>Intervenções</u>	Termo (Data, Turno)	
		<i>Vigiar perdas sanguíneas por via vaginal (quantidade e características);</i>		
		<i>Monitorizar tensão arterial, frequência cardíaca e temperatura;</i>		
		<i>Vigiar bem-estar materno;</i>		
		<i>Administrar Terapia com Fluidos e electrólitos;</i>		
		<i>Administrar hemoterapia ou terapêutica prescrição pelo médico;</i>		
		<i>Verificar Contracção Uterina (globo segurança pinard formado);</i>		
		<i>Prestar cuidados de higiene e conforto;</i>		



ALTERAÇÕES METABÓLICAS (exp: DIABETES)

Status: Actual/Comprometido

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)
		Monotorizar glicemia capilar;	
		Gerir alimentação;	
	N	Gerir Soroterapia consuante protocolo de serviço;	
		Rastrear sinais e sintomas de hipoglicémia e hiperglicémia;	
		Realizar ensinios sobre alterações das glicemia capilar;	
		Vigiar o bem estar materno fetal;	

N - Remete-nos para norma de serviço.



VÓMITO

Status (juízo):

- Ausente
- Presente

Diagnóstico (exemplos):

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)
	N	Promover a ingestão líquido conforme a normas de serviço;	
		Vigiar a refeição;	
		Vigiar náuseas;	
		Vigiar sinais de desidratação;	
		Vigiar e monitorizar os vómitos;	
		Supervisionar o tipo de dieta;	
		Vigiar o bem-estar materno-fetal.	

N - Remete-nos para norma de serviço.



AMAMENTAÇÃO

Status (juízo):

- Actual
- Comprometida
- Não comprometida

Diagnóstico (exemplos):

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Incentivar a mãe a amamentar;	
	Colocar RN à mama na primeira hora de vida;	
	Vigiar reflexos de sucção e deglutição;	
	Apoiar na amamentação;	
	Vigiar a pega;	
	Elogiar a puérpera por amamentar;	
	Envolver o pai na amamentação;	
	Ensinar sobre as vantagens de amamentação;	
	Ensinar sobre cuidados aos mamilos;	
	Incentivar estratégias adaptativas para amamentar;(seringa, silicone, exercícios de hoffman)	



ADAPTAÇÃO Á PARENTALIDADE

Status: Actual/Comprometida

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Promover a presença do convivente significativo;	
	Estabelecer contacto pele a pele;	
	Observar adaptação à parentalidade;	



PATERNIDADE

Status: Actual/Compromnetida

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Incentivar o envolvimento do(s) pai/pais	
	Promover a parentalidade;	
	Assistir a família no cuidar do RN;	



USO DE SUBSTÂNCIAS

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Vigiar sinais e sintomas de privação;	
	Promover ambiente calmo;	
	Explicar à pessoa normas da Unidade, em relação às utentes fumadoras internadas;	
	Negociar com a pessoa, horário para fumar o número de cigarros estabelecidos com o médico ou mediante assinatura de termo de responsabilidade;	
	Ensinar sobre riscos inerentes ao uso de substâncias;	
	Ensinar sobre complicações inerentes ao uso de substâncias;	
	Informar equipa multidisciplinar;	



HEMORROIDAS

Status (juízo):

- Ausente
 - Presente
- Em Grau ligeiro, moderado ou elevado;

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Aplicar anestésico local;	
	Inserir hemorridal exteriorizado (reduzir)	
	Aplicar quente/frio;	
	Aplicar crioterapia;	



MEDO

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Facilitar a comunicação expressiva de emoções;	
	Promover o envolvimento familiar;	
	Encorajar o auto-controlo: medo;	
	Promover encontro com outras grávidas;	
	Escutar a grávida.	
	Tranquilizar a grávida	
	Gerir o ambiente físico;	



COPING

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Ensinar a pessoa sobre estratégias de coping;	
	Ensinar sobre auto-control;	
	Apoiar a tomada de decisão;	
	Incentivar a tomada de decisão com conhecimento;	
	Promover uma comunicação expressiva de emoções;	
	Promover escuta activa;	
	Promover o envolvimento da família/pessoa comunicativa.	



PROCESSO DE LUTO

Início: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Fim: ____ / ____ / ____

Turno: ____

Início (Data, Turno)	Intervenções	Termo (Data, Turno)
	Informar sobre o processo de luto a mãe/família;	
	Optimizar crença e valores;	
	Facilitar serviço religioso;	
	Assistir os pais no processo de luto;	
	Promover a comunicação expressiva de emoções;	
	Facilitar o apoio emocional à família;	
	Gerir ambiente físico;	
	Orientar os pais para grupos de apoio na comunidade;	
	Encorajar a comunicação expressiva de emoções;	



ESPERANÇA

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Optimizar crença religiosa;		
		Facilitar serviços religiosos;		
		Encorajar a comunicação expressiva de emoções;		
		Promover a esperança realista;		
		Promover o envolvimento da família;		
		Promover terapêutica pela reminiscência (experiências anteriores, história de vida).		



LIPOTIMIA

Início: ____ / ____ / ____ Turno: ____ Fim: ____ / ____ / ____ Turno: ____

Início (Data, Turno)		Intervenções	Termo (Data, Turno)	
		Vigiar lipotimia;		
		Assistir no primeiro levante (segundo norma de serviço);		
		Assistir na deambulação;		
		Monitorizar Sinais Vitais;		
		Informar o médico.		



ATITUDES TERAPÊUTICAS

Início Data/ Turno		Rubrica	ATITUDES TERAPÊUTICAS	Termo Data/ Turno		Rubrica
			<u>PARÂMETROS VITAIS</u>			
			Monitorizar temperatura corporal;			
			Monitorizar tensão arterial;			
			Monitorizar frequência cardíaca;			
			Monitorizar a dor (EVA);			
			Monitorizar bem-estar materno-fetal.			
			<u>METABOLISMO ENERGÉTICO (GLICÉMIA CAPILAR)</u>			
			Monitorizar glicemia capilar (segundo protocolo de serviço)			
			<u>CATETERISMO PERIFÉRICO</u>			
			Inserir cateter venoso periférico;			
			Optimizar cateter venoso periférico;			
			Executar tratamento ao local de inserção de cateter;			
			Vigiar a pele do local de inserção cateter (sinais inflamatórios);			
			Trocar cateter venoso periférico;			
			Remover cateter venoso.			
			<u>CATETERISMO EPIDURAL</u>			
			Optimizar catéter epidural;			
			Gerir administração de terapêutica via epidural;			
			Remover catéter epidural;			
			<u>CARDIOTOCOGRAFIA</u>			
			Ensinar sobre técnica de posicionamento;			
			Interpretar CTG;			
			Posicionar a utente adequadamente;			
			Promover medidas de conforto;			
			<u>RETENÇÃO URINÁRIA</u>			
			Rastrear retenção urinária;			
			Efectuar esvaziamento urinário com sonda;			
			<u>ALGALIAÇÃO</u>			
			Inserir cateter urinário;			
			Optimizar cateter urinário;			

			Vigiar a eliminação urinária;			
			Remover cateter urinário.			
			<u>DIURESE</u>			
			Monitorizar a eliminação urinária;			
			Vigiar eliminação urinária.			
			<u>BALANÇO HIDRICO</u>			
			Monitorizar entrada e saída de líquidos.			
			<u>ANÁLISE SUMÁRIA DE URINA</u>			
			Vigiar urina através de tira de teste.com reagente;			
			Monitorizar proteinúria;			
			Monitorizar Cetonúria;			
			<u>COLHEITA PARA CÉLULAS ESTAMINAIS</u>			
			Efectuar a colheita do sangue do cordão umbilical o mais próximo do RN;			
			Corte fragmento do Cordão umbilical (de acordo com cada empresa)			
			Efectuar colheitas venosa maternas;			
			Preencher a documentação (por que efectuou o parto)			
			Acondicionar as colheitas;			
			<u>TIPAGEM AO RN</u>			
			<u>HEMOTERAPIA</u>			
			Monitorizar a temperatura corporal;			
			Gerir Hemoterapia;			
			Vigiar a infusoterapia de sangue e derivados;			
			Rastrear complicações;			
			<u>OXIGENOTERAPIA</u>			
			Gerir oxigenoterapia;			
			Optimizar oxigenoterapia;			
			Monitorizar a frequência respiratória e Saturações de O ₂ ;			
			<u>INDUZIR O TP</u>			
			Verificar a prescrição de medicamento para induzir TP;			
			Executar protocolo para induzir TP;			
			Vigiar útero;			
			Vigiar condição do colo uterino (toque vaginal);			

ANEXO XV – Diário de Aprendizagem I

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA- 5ºCPLEESMO**

Diário de Aprendizagem I

ENSINO CLÍNICO IV

***Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
e Bloco de partos
do Hospital De São Bernardo - Setúbal***

Docente Orientadora: Irene Soares

Orientadora local Antónia Prates

Estudante: Sílvia Alegre Branco

Setúbal, Fevereiro 2011

1º DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Este diário de aprendizagem surge no decurso do ensino clínico IV, no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica e Bloco de Parto do HSB de Setúbal constituindo uma oportunidade para desenvolver a minha capacidade reflexiva sobre a atitude do EESMO e o modo de envolver o pai como parceiro no TP.

“ (...) o parto não é meramente um processo mecânico de fazer nascer um bebé –nem devia sê-lo, mesmo que pudesse. Faz parte de um relacionamento e pode enriquecê-lo ou empobrecê-lo, de acordo com a maneira como a experiência foi vivida quer pelo homem quer pela mulher”.

(Kitzinger, 1995, p.334)

Descrição da situação

No dia 12/2/2011 no turno da manhã acompanhei um trabalho de parto e parto que me marcou especialmente em relação aos anteriores.

A Isabel nome pela qual a vou chamar, ia ter o seu primeiro filho, com IO=0010 (gravidez anembrionária), IG= 39 semanas. Veio acompanhada pelo marido para o hospital. Este casal tinha efectuado a preparação para o parto num CS e traziam um plano de parto que ambos tinham construído com os desejos que idealizaram para aquele momento tão especial. Apresentavam-se ambos tranquilos, radiantes e transparecendo uma serenidade contagiante. No momento do acolhimento analisei criteriosamente o plano de parto com a orientadora.

Ambos os membros do casal desejavam estar juntos no trabalho de parto; a parturiente pretendia ainda efectuar analgesia epidural e desfrutar de medidas de alívio da dor não profiláticas. No seu plano manifestaram a vontade de ser elucidados antes de qualquer procedimento ou administração medicamentosa. Ela pretendia evitar drogas para acelerar o processo normal do parto e gostaria de ter o contacto pele a pele da sua filha após o nascimento.

O pai manifestou interesse em cortar o cordão no nascimento da filha. Durante a condução do TP e parto não foi possível satisfazer o pedido da laqueação do cordão umbilical pelo pai, pela presença de circulares cervicais, mas foram esclarecidos em momento oportuno.

O Que Senti Durante a Vivência?

Senti que este parto foi efectuado pelo casal, numa cumplicidade contagiante ao colocarem em prática todos os conhecimentos adquiridos nas aulas de preparação para o parto no CS (posicionamentos, técnicas de relaxamento e respiração etc.).

O papel das mulheres na sociedade moderna mudou drasticamente em consequência das suas atitudes em relação aos cuidados de saúde. Segundo (Bobak, 2002:57) "...as mulheres desejam informações e a oportunidade de se envolverem na tomada de decisões e no autocuidado".

Ao acolher o casal integrei-os nas dinâmicas de serviço e expliquei-lhes o que poderiam ambos esperar no decurso do trabalho de parto.

Foi com base nos interesses e desejos deste casal, expressos no seu plano de parto, que eu delineei toda a minha intervenção e decisões.

No início do TP, validei com a grávida os seus conhecimentos sobre as técnicas respiratórias e de relaxamento muscular, efectuando a ligação com os benefícios na promoção de uma boa oxigenação materno-fetal e rentabilização para o alívio do desconforto provocado pela contracção.

Reconheci que este casal tinha compreendido muito bem toda a dinâmica de trabalho e que estava a ser um trabalho a três brilhante (parturiente/companheiro/feto).

A minha postura como enfermeira durante a condução deste TP e parto, foi essencialmente valorizar com reforço positivos, o autocontrolo da dor pela parturiente e o apoio prestado pelo seu companheiro.

Promovi o conforto à parturiente não só com cuidados de higiene perineais pela sua perda de líquido amniótico pela rotura das membranas, mas também com o ambiente obscurecido, inspirador de calma e tranquilidade.

A presença do marido ofereceu apoio, segurança e consolo por meio de palavras, carinho e contacto físico fazendo reinar a tranquilidade nesta parturiente.

Adorei assistir e aprendi imenso com a postura incentivadora deste pai durante o TP e nele reconheci formas de intervir junto de outros que podem não assumir o mesmo papel.

No decurso de todo o TP este pai agiu à semelhança de (Bobak, 2002:388) “Como incentivador, o pai auxilia activamente a mulher durante e após as contracções. Estes exprimem uma forte necessidade de manter um controle de si mesmos e da experiência do parto. As mulheres também exprimem um grande desejo de que o pai esteja fisicamente envolvido no parto. ” Esta figura paterna era uma pessoa muito dinâmico e que trabalhou mutuamente com a parturiente para o sucesso do seu TP e parto.

Até aquele dia nunca me tinha deparado com um pai tão autónomo e participativo em TP e isso revelou-se um factor ainda mais motivador, pois pais com estas características acabam por nos colocar à prova, exigindo uma melhoria contínua das nossas competências como futuros EESMOS.

Ao avaliar a evolução do TP o casal questionou-me se seria possível colocar “música” para o período expulsivo. Eu sabia que o serviço oferecia essa possibilidade, mas não sabia como ligar o sistema. Pedi à minha orientadora que me explicasse onde se ligava a música para poder proporcionar esse desejo ao casal e eles apreciaram imenso.

No período expulsivo ajudei a parturiente a posicionar-se confortavelmente sentada por ser a posição que esta elegeu como facilitadora para o momento.

Ao aperceber-se da troca de turno o casal pediu se poderíamos continuar para assistirmos ao nascimento. Não consegui recusar tal pedido e agradeço, tanto à minha orientadora como à equipa que ia entrar, a possibilidade de lhe dar continuidade. Seria uma pena se não pudesse assistir a este momento tão especial, depois da relação estabelecida entre todos os intervenientes.

Aos esforços expulsivos a parturiente demonstrou um ligeiro descontrolo neuromuscular, pelo “enrugar da testa” e não conseguia sustentar totalmente a inspiração deixando libertar o ar pela boca, o qual não reconheci de imediato. A orientadora, ao alertar a parturiente para esse facto, levou-me a ter mais perspicácia para o reconhecimento destes sinais que a linguagem não verbal

nos transmite e que fazem toda a diferença numa condução de TP para eficácia dos esforços expulsivos.

Após o período expulsivo o casal foi felicitado e foi valorizado o trabalho que a EESMO do CS teve na sua preparação para o nascimento.

A realização deste parto foi, para mim, um momento marcante, porque consegui articular aspectos teórico-práticos e humanos.

Apesar de, nesta fase inicial, o período de expulsão do feto gerar em mim alguma ansiedade pela inexperiência em posicionar as mãos na protecção do períneo e receber o RN, consegui manter a tranquilidade na identificação e laqueação de circulares cervicais e coloquei a RN em contacto pele a pele.

Alguns dias mais tarde, no puerpério, tive a oportunidade de rever o casal, onde voltaram a expressar o seu contentamento pela experiência que a equipa lhe tinha proporcionado. As palavras da puérpera sobre sua experiência do TP e parto foram:

“foi intenso e incalculável, parecia que estávamos só nós os 3 em TP(...)

...e lá no fundo escutava-se uma voz a encorajar o nosso esforço neste momento tal especial das nossas vidas que nos dava mais força...”

Fiquei contente por esclarecer as dúvidas deste casal e poder satisfazer as suas necessidades. Senti-me feliz pelo seu reconhecimento e por lhes termos proporcionado um TP e Parto que acabou por superar as suas expectativas.

ANEXO XVI – Diário de Aprendizagem II (Neonatologia)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA- 5ºCPLEESMO**

Diário de Aprendizagem II

ENSINO CLÍNICO IV

***Serviço de Neonatologia do Hospital De São
Bernardo – Setúbal***

Docente Orientadora: Irene Soares

Estudante: Sílvia Alegre Branco

Setúbal, Abril 2011

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Este diário de aprendizagem surge no decurso do ensino clínico IV, no serviço de Neonatologia de São Bernardo em Setúbal e constitui uma oportunidade de expressar a minha vivência nesta unidade.

O nascimento de um filho envolve, quase sempre, uma enorme expectativa, um projecto de vida, a concretização de um sonho. No decurso da evolução da gravidez constrói-se a imagem de um bebé saudável, adivinham-se parecenças e personalidades onde se ambiciona um futuro de sucesso para aquele filho. Como futuros pais pretendemos sempre conceder-lhes mais do que outrora tivemos para nós como filhos.

Mas quando a natureza decide pôr termino à gravidez essa expectativas caem por terra, ao se depararem com um nascimento abrupto, os pais vêem-se confrontados com uma situação de crise, onde muitas vezes se culpabilizam pelo desfecho da gravidez. O confronto com o bebé real, nascido antes do tempo; com malformações; patologias associadas é quase sempre um choque para os pais, onde surge um turbilhão de sentimentos.

No primeiro dia do meu EC na (Unidade de Cuidados Especiais Neonatais) UCEN, onde desenvolvi a observação participante deparei-me com famílias em situação de crise, em que, o internamentos dos seus filhos se deviam a prematuridade, casos sociais referenciados para a comissão de protecção de crianças e jovens e duas situações de restrição do crescimento intra-uterinos (RCIU) por patologia materna associada à gravidez (Hipertensão Arterial). Analisei e tomei conhecimento de variadíssimas técnicas que são aqui executadas que não conhecia, onde refiro como exemplo a gasimetria efectuada no calcanhar de RN.

Pesquisei todas as normas e protocolos de serviço onde travei um conhecimento mais aprofundado sobre a atribuição do "score" no caso de filhos de mães toxicodependentes, com Síndrome de abstinência e a escala de NIPS para a avaliação da dor do RN.

Como profissional costumo transferir os RN para esta unidade quando necessitam de cuidados especiais, mas nunca, tinha estado um dia completo

nesta unidade para constatar o que é aqui vivido pelos profissionais/casais/famílias.

A Neonatologia tem uma especificidade única, presta cuidados especializados e diferenciados, quase sempre, a RN de pequenas dimensões cuja vitória é conquistada dia após dia.

Nesta unidade, todos os momentos são únicos e os cuidados prestados não são dirigidos apenas ao recém-nascido mas à mulher/casal/família que os vigia e deposita toda a confiança nos profissionais que deles cuidam.

Os Profissionais, pais e familiares vivem um dia de cada vez, com a certeza de que ao terminar aquele dia, o RN venceu mais um dia na sua etapa de vida, em todo o processo de adaptação e desenvolvimento à vida extra-uterina. A vinculação e adaptação à parentalidade nos pais que se deparam com um filho pré-termo representa uma experiência totalmente diferente dos pais com filhos de termo saudável. Wong (1997:211) “...o nascimento de um bebé prematuro é *um acontecimento inesperado e estressante para o qual as famílias não estão emocionalmente preparadas...*”.

Ao olhar para estes RN's na neonatologia fez-me pensar como minuciosos são os cuidados prestados pelos enfermeiros que cuidam deles, são cuidados repletos de pequenos gestos pela forma carinhosa como lhes tocam e lhes falam, ao aconchegarem-nos para suspenderem o choro ou agitação. Como refere Wong (1997: 208) o “...manuseio delicado, o posicionamento correcto e a redução de estímulos perturbadores (...) o oferecimento de intervenção adequada ajudam a reduzir o comportamento desorganizado...”.

A equipa presta cuidados tendo como finalidade, proporcionar o bem-estar e um desenvolvimento harmonioso à vida extra-uterina. São criadas nas incubadoras ou berços “ninhos” com rolos e faixas que tentam recriar os limites do ventre materno, ao qual já não pertencem, para se sentirem mais protegidos.

O papel do enfermeiro é crucial ao amenizar o sofrimento destas mulheres/casais/famílias, onde juntamente com eles se encontram estratégias de coping adequadas à realidade; envolvem os pais nos cuidados ao RN; proporcionam-se inúmeros momentos de educação para a saúde e esclarecimentos sobre a evolução clínica dos seu filhos.

A mulher que se desloca diariamente à UCEN, para saber das novidades de mais uma noite do seu filho, sente a ansiedade de saber quais as suas conquistas e a esperança de vir a ser um internamento breve para ele. Wong (1997:112) os “...pais precisam de ser informados acerca da evolução do recém-nascido e assegurados de que ele está a recebendo os cuidados adequados...”. No decurso da noite desejam que as horas passem, para poderem voltar a tocar a acariciar, mesmo que por breves minutos o seu filho. Nos casos em que as mães estão internadas e é impossível o seu deslocamento à UCEN pela sua situação de saúde, ambas as equipas da Neonatologias e Puerpério facultam não só as novidades sobre o estado clínico do RN, mas oferecem uma fotografia para a mãe para que o possa ver na mesa de cabeceira, ou ainda, caso a situação clínica do RN permita este vai visitar a mãe.

A primeira reacção instintiva da mulher/casal ao entrar na UCEN é olhar para o estado do seu filho, esse olhar sofrido e angustiado depressa percorre toda a sala na tentativa de procura o enfermeiro para que lhes diga que está tudo bem, que a noite foi mais uma etapa vencida ou que por outro lado trouxe novidades tristes de um retrocesso no seu processo de desenvolvimento.

Neste dia assisti a situações de angústias e de alegria e reconheci o brilhante trabalho que aqui se desenvolve.

Nesta unidade os cuidados não só recaem no RN, mas na família, de quem o RN necessita para o estabelecimento de uma vinculação de sucesso importante para superar esta crise e com benefícios para o seu futuro. O sucesso dos cuidados de enfermagem passa essencialmente pelo estabelecimento de uma atmosfera de confiança e empatia com os pais para que estes se sintam suficientemente à vontade para exporem as suas dúvidas, emoções e angústias.

BIBLIOGRAFIA

WHALEY & WONG (1997) – **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0506-0.

ANEXO XVII – Diário de Aprendizagem III



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

*1º Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
(5º CPLEESMO)*

Diário de Aprendizagem III

ENSINO CLÍNICO IV

Centro Hospitalar Setúbal, EPE.

Discente: Sílvia de Jesus Pereira Alegre Branco

Docente: Irene Soares

Orientador do EC: Antónia Prates

Setúbal

27 de Abril de 2011

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

*1º Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
(5º CPLEESMO)*

Diário de Aprendizagem III

ENSINO CLÍNICO IV

Centro Hospitalar Setúbal, EPE.

Discente: Sílvia de Jesus Pereira Alegre Branco

Docente: Irene Soares

Orientador do EC: Antónia Prates

Setúbal

27 de Abril de 2011

Este diário de aprendizagem surge da consciencialização da integração na dinâmica em serviço proporcionada pela chefia, especificamente, no dia 27/4/2011. Ao entrarmos no serviço toda a equipa do bloco de partos foi convidada a rever e praticar algumas normas referentes à sala operatória bem como a verificação da incubadora de transporte, por não se encontrar nenhuma grávida em TP. Achei pertinente elaborar o meu terceiro diário de aprendizagem sobre a sua importância neste meu percurso e poder reflectir de forma a desenvolver a minha análise crítica enquanto aluna e futuramente como profissional deste serviço.

Situação vivida

Enquanto estudante ESMO tenho-me apercebido que este BP é um serviço que tem uma dinâmica muito boa em termos relacionais, formativos, organizacionais como não encontrei até hoje em lado nenhum.

Toda a equipa de enfermagem tem funções específicas como membros representantes da qualidade, formação, controlo da infecção, SAPE(CIPE) entre outras e tudo funciona com grande rigor pelo estímulo que a chefia impulsiona em todos os profissionais deste serviço.

Neste dia o enfermeiro chefe pretendia validar os conhecimentos de toda a equipa mas especialmente de uma EESMO recente neste serviço que também se formou como ESMO na ESEL, Andrea Gonçalves. O convite foi extensível aos Estudantes da EESMO, mais concretamente, a mim e a uma aluna da Cruz Vermelha.

O enfermeiro chefe, Vítor Varela, salientou que o intuito destes momentos de formação inesperados, têm o objectivo, de verificar se toda a equipa de enfermagem está integrada nas várias funções em sala operatória, explicando ainda que pretende uma equipa competente e eficiente a todos os níveis assistenciais à mulher/RN/ família.

O Que Senti Durante a Vivência?

Apesar dos conhecimentos adquiridos me fazerem sentir que já dominava as rotinas e normas deste serviço, este dia teve uma dinâmica diferente com este momento formativo, o que suscitou algumas dúvidas sobre a verdadeira dimensão dos meus conhecimentos.

O momento formativo informal que nos foi proporcionado, foi fora do habitual mas muito pertinente, pelo que procurei aproveitá-lo ao máximo, visto que desejo ser transferida a curto prazo para este serviço.

Ao ser convidada pela chefia para participar nesta formação fiquei muito lisonjeada e reconheço que foi um momento intenso que potenciou a partilha de experiências e conhecimentos entre todos os presentes.

Tive aqui uma oportunidade de expressar as minhas vivências, colocar dúvidas e trocar informações com os outros membros da equipa, o que contribuiu para a aquisição de competências na sala operatória, que eu não tinha previsto no projecto inicial para este EC.

Foram revistas as normas protocoladas e efectuado o simulacro de uma dinâmica perioperatória, onde todos treinamos:

- *Testámos o ventilador e sistema de aspiração;*
- *Desinfecção das mãos como enfermeiras instrumentistas (moderado pelo membro deste serviço responsável pela Comissão de controlo de infecção CCI- Iolanda Pereira);*
- *Preparação e manuseamento do material na mesa para instrumentar uma Cesariana;*
- *Como utilizar o Desfibrilhador automático externo;*
- *Como utilizar o canivete eléctrico;*
- *Descrevemos as Funções do enfermeiro circulante, anestesia pelo método de Brainstorming;*
- *Transporte do RN para UCEN;*
- *Testamos a incubadora de transporte e operacionalizamos com parâmetros para proceder à transferência do RN para UCEN...;*

Segundo a AESOP (2010:3) "...em matéria de segurança de utentes e profissionais, os procedimentos a que estão sujeitos representam um risco de

primeira linha que deve ser minimizado através da implementação de boas prática inerentes ao desempenho quotidiano de toda a equipe multidisciplinar." Como nunca fiz parte de uma equipa de bloco operatório efectivamente, para mim alguns aspectos foram novos e outros foram agora postos em causa. Segundo me lembro do curso base em enfermagem, a lavagem das mãos pré-cirúrgica era com betadine espuma. Actualmente baseada na evidência da sua eficácia o betadine está a cair em desuso.

"Na Europa a norma EN 12791-"Chemical disinfectants and antiseptics. Surgical hand disinfection. Test method and requirement", usa como solução padronizada para a preparação pré-cirúrgica das mãos, uma solução de base alcoólica." (AESOP, 2010:3)

Neste dia entre outros aspectos, aprendi outro método de colocação de luvas estéreis para além do aberto. " Assim o método aberto só deve ser utilizado quando não é possível um método alternativo ou quando o procedimento a realizar não implica a utilização de bata esterilizada" As novas formas que treinamos foi o método fechado e o assistido que desconhecia.

Foi uma manhã diferente e muito proveitosa, porque proporcionou o desenvolvimento de competências e aplicabilidade prática nunca antes idealizadas pelo EESMO. No dia seguinte com a sala de partos lutada e a sala operatória sempre em funcionando acabei por assumir funções de enfermeira circulante, apoio à anestesia e recepção e cuidados imediatos ao RN, fruto da autonomia e conhecimento dos materiais e equipamentos clínicos adquiridos na véspera.

BIBLIOGRAFIA

- ✿ ASSOCIAÇÃO PORTUGESA DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES (Março de 2010) – **PRÁTICAS RECOMENDADAS PARA O BLOCO OPERATÓRIO**. 2ª Edição. Lisboa.

ANEXO XVIII– Avaliação formativa

11/05/2011

Isabel Soares

20120



APRECIACÃO GLOBAL

ESTUDANTE Durante este EC tenho-me sentido perfeitamente integrada na equipa não tendo dificuldades na socialização com os vários membros. Devo destacar a forma como toda a equipa e intervenientes neste processo formativo me acolheram, apoiaram e motivaram diariamente para ultrapassar as minhas dificuldades. Tenho demonstrado sempre uma grande dedicação, disponibilidade e vontade de aprender e de fazer e assimilar o maior número de conhecimentos e destrezas que me permitam vir a ser uma ESEI competente. Considero como indicadores positivos neste momento de aprendizagem, a aceitação à crítica, o envolvimento do casal em tudo o processo de nascimento, a procura constante em debater com a OL os assuntos que melhoram a minha autonomia e eficiência nos cuidados materno/infantis. As dificuldades sentidas foi a estruturação e a expressão escrita do Projecto, que foram colmatados com apoio da OL.

Aspectos negativos com que me confrontei foram:

- Encontrar evidência científica sobre o tema desse trabalho
- Definir a estrutura do trabalho final

Fragilidade emocional manifestada em torno do relatório final. Nesse meu percurso houve um momento em que tive de fazer um

Assumo
Silêncio

ENFERMEIRO ORIENTADOR

Boa capacidade de integração/socialização ao contexto em que se desenvolve a formação, demonstrando facilidade em se integrar na dinâmica do serviço e em estabelecer boas relações pessoais. O processo de aprendizagem evolui positivamente, pois alguns momentos de fragilidade relacionados com o projecto individual. Suporte teórico inicialmente insuficiente, verificando-se um desenvolvimento progressivo de competências técnicas/científicas que lhe permitem, gradualmente, desenvolver as actividades sem grandes dificuldades. Excelente espírito de iniciativa e capacidade de utilizar os recursos disponíveis para assegurar a assistência ao parto normal. Recusa potenciais limitações para proceder no sentido do ensino teórico e prático, pelo que deve investir no aperfeiçoamento. Possui atitude positiva para o seu desenvolvimento, no entanto, deve desenvolver o pensamento crítico/analítico relativamente às dificuldades e importância dos contributos dos

ANEXO XIX– Avaliação Sumativa

1/7/2011

As:

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE refere ter atingido os objectivos propostos com um desenvolvimento a nível "BOM" de competências. Reconhece ter sido um EC muito exigente em termos teórico-práticos, onde revela ter superado as exigências com a sua motivação, interesse e essencialmente muito investimento teórico. Encontra-se consciente das suas dificuldades em situações de maior complexidade que guisa serem transversais a todos os cursos EESMOS (Distúrcias Ombros, Dequeterdoras manuais...).

Refere como aspectos bastante positivos a ajuda e motivação facultada por todas as intervenientes na sua formação, bem como a aquisição de pilares teórico mais sólidos que facilitaram a articulação em termos práticos.

Aspectos da sua postura enquanto aluno de EESMO, muito positivos: boa reacção crítica, aprender a escutar mais, interesse em analisar e discutir as situações vivenciadas e articulando-as com todo o seu processo e evolução formativa.

11/07/2011 Sílvia Alegre Branco

ENFERMEIRO ORIENTADOR

A formanda atingiu os objectivos propostos para este EC com desenvolvimento de competências ao nível de Bom.

Dominar os conteúdos técnicos e realiza as actividades de normal complexidade, mas demonstra ainda dificuldade na resolução de situações complexas. Pensou que juntamente com mais trabalho supera as suas dificuldades.

Demonsra deficiência de capacidade de auto-avaliação na medida em que a análise valorativa que fez do seu desempenho, por vezes não corresponde, efectivamente, ao real, no entanto revela boa capacidade de resposta crítica.

Análise e disente de forma positiva as situações vividas e integra-as no processo formativo.

É participativa e mantém um bom relacionamento tanto com a equipa como com a utente/família.

Diretor

Juan Carlos

A

(cont) Estudante

para reflectir muito sobre o que é "Aprender em obstetrícia" e -
isso envolve uma mudança estruturalmente profunda e difícil
para poder, hoje, começar a dominar tecnicamente esta
disciplina, o que já se reflecte na melhoria em termos
da expressão escrita e oral — ASSIMO ~~A~~

ANEXO XX– NETEGRAFIA

-  <http://www.shoulderdystociainfo.com/index.htm>. Acedido em 2011/02/23.
-  <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=185704&indexSearch=ID>. Acedido em 2011/04/25 às 12:10.
-  <http://edcosta.no.sapo.pt/DOCS/registos.pdf>. Acedido em 11 Junho às 06:40.
-  <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1980L0155:19891108:PT:PDF>. Acedido em 2011/02/12 às 05:10.
-  <http://onlinelibrary.wiley.com/browse/publications> Acedido em 25 Janeiro 11:00
-  <http://oreilly.com/catalog/sapadm/chapter/ch01.html>
-  <http://pt.scribd.com/doc/42692093/Obstetricia-O-Parto-vol-2>. Acedido em 2011/04/25 às 00:30.
-  http://sousafranco.homeip.net/franco/aulas/cle/parto_3ano.PDF. Acedido em 2011/05/24 às 23:50.
-  <http://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/mortalidade-perinatal/> Acedido em 2011/06/24 às 23 horas.
-  <http://www.aefml.pt/download/medicina2005/ginecologiaeobstetricia/Partograma.pps#301,2,Diapositivo 2>. Acedido em 2011/05/13 às 22:00.
-  http://www.alea.pt/html/actual/pdf/actualidades_30.pdf. Acedido em 2011/05/24 às 21:50.
-  <http://www.b-on.pt/>. Acedido em 2011/02/12 às 12:10.
-  <http://www.censos2011.ine.pt> Acedido em 2011/06/17 às 14:00.
-  <http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf>. Acedido em 2011/6/01 às 07:10.
-  <http://www.cremerj.org.br/palestras/502.PDF>. Acedido em 2011/02/15 às 11:30.
-  http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/40A12447-6D29-49BD-B6B4-E32CBC29A04C/1143/Directiva36_2005.pdf Acedido a 13/5/2011 5:37
-  <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/40A12447-6D29-49BD-B6B4-E32CBC29A04C/1144/P2682002.pdf>. Acedido em 2011/01/24 às 12:30.
-  <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/40A12447-6D29-49BD-B6B4-E32CBC29A04C/1144/P2682002.pdf>. Acedido em 2011/05/13 às 10 horas.
-  http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/carta-dos-direitos. Acedido em 2011/05/30 às 12:15.
-  http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2567:sape-sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem&catid=26. Acedido em 2011/03/21 às 11:50.

-  http://www.glowm.com/index.html?p=glowm.cml/section_view&articleid=127
-  <http://www.hvfxira.min-saude.pt>. Acedido em 2011/07/11 às 22:00
-  <http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/view.aspx?p=161>. Acedido em 2011/01/17 às 12:00.
-  http://www.huufma.br/site/gineco_obst/protocolos/Partograma.pdf. Acedido em 2011/01/30 às 23:20.
-  <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2010/Core%20docs%20010/5.%20ICM%20Definition%20of%20midwife%20ENG-2005.pdf>
Acedido em 2011/05/02 às 00:50.
-  <http://www.midirs.org>. Acedido em 2011/03/30 às 03:00.
-  <http://www.midirs.org/development/midwiferyweb.nsf/home>
(Referenciado pelo site:midwifery-reprohealtheducation@jiscmail.ac.uk)
Acedido em 2011/05/30 às 17:30.
-  <http://www.midirs.org/development/midwiferyweb.nsf/home>. Acedido em 2011/04/27 às 21:10.
-  <http://www.midirs.org/development/studentmidwife.nsf/article/85AD4E9ACFFA95DA8025779D0045CDD3?OpenDocument>. Acedido em 2011/01/29 às 09:50.
-  <http://www.midirs.org/development/studentmidwife.nsf/article/85AD4E9ACFFA95DA8025779D0045CDD3?OpenDocument>. Acedido em 2011/04/29 às 12:00
-  <http://www.min-saude.pt/Portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=215>
Acedido em 2011/05/25 às 05:15.
-  http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf.
Acedido em 2011/05/25 às 09:00.
-  <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/.../CodigoDeontologico.pdf>
Acedido em 2011/06/25 às 06:05.
-  <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/PadroesdeQualidade.aspx> Acedido em 2011/09/25 às 12:15.
-  http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/RSE_R1_Estado_da_Arte_V2_0.pdf p.18. Acedido em 2011/05/24 às 23:50.
-  http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/partograma/2GUIA_DO_ORIENTADOR.pdf. Acedido em 2011/02/23 às 19:55.
-  http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infant/partograma/5PARTOGRAMA.pdf. Acedido em 2011/01/22 às 12:10
-  http://www.saude.pr.gov.br/.../6principios_e_estrategiaspartograma.pdf.
Acedido em 2011/06/06 às 17:00.
-  <https://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade>.
Acedido em 2011/01/20 às 10:10.

-  http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf.
Acedido em 2011/03/17 às 08:50.
-  <https://vpn.esel.pt>. Acedido em 2011/01/17 às 12:00.
-  INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2009) – Disponível em:
<http://www.ine.pt>. Acedido a 2011/01/24 às 16 horas.
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - **Classificação Internacional para a prática de enfermagem: CIPE® versão 2**. Lusodidacta. ISBN: 978-92-95094-35-2.
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (20 de Outubro de 2010) – **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica**. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf Acedido em 2011/01/19 às 12:50.
-  ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) – **Assistência ao parto normal: um guia prático na maternidade segura**. Genebra.1996. Disponível em:
<http://abenfo.redesindical.com.br/materias.php?subcategoriald=2&id=42&id=56&>. Acedido em 2011/06/30 às 10:20.