



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

Relatório de Estágio

**O ENFERMEIRO OBSTETRA NA SEGURANÇA DA
GRÁVIDA/PARTURIENTE EM AMBIENTE EXTRA
HOSPITALAR**

Nuno Miguel Silva Rente



**Lisboa
2020**

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

Relatório de Estágio

**O ENFERMEIRO OBSTETRA NA SEGURANÇA DA
GRÁVIDA/PARTURIENTE EM AMBIENTE EXTRA
HOSPITALAR**

Nuno Miguel Silva Rente



Orientadora: Prof. Isabel Maria Guerra Gordinho de Rogado Serra
Coorientadora: Prof. Irene Maria Trindade Soares



**Lisboa
2020**

“A força da maternidade é maior que as leis da natureza”

Barbara Kingsolver

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Irene Soares e Isabel Serra por terem aceite esta aventura, pela inspiração, coragem, partilha de conhecimentos e incentivo;

Às Sras/Srs Enfermeiras/os Especialistas que me acompanharam ao longo deste ensino clínico por todo o apoio e transmissão de conhecimentos;

Aos meus pais e restante família por todo o apoio;

À Isabel pela paciência, carinho, cumplicidade e ajuda ao longo destes 2 anos.

SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

CE – Comunidade Europeia

CHINAL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CPLEESMO – Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CTG - Cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – International Confederation of Midwives

IA – Índice Apgar

IG – Idade Gestacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JBI – Joanna Briggs Institute

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCEEEESMO – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

REPE – Regulamento do Exercício para a Profissão de Enfermagem

RN – Recém Nascido

SUMMA 112 – Servicio de Urgência Médica de Madrid

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

RESUMO

Objetivo: Apresentar o percurso efetuado no decurso do estágio com relatório do 2º ano do Curso de Mestrado/Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia realizado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no que se refere ao desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais e à vigilância/acompanhamento por parte do enfermeiro obstetra da grávida em ambiente extra hospitalar promovendo a sua segurança. **Metodologia:** Foi realizada uma scoping review segundo a metodologia de JBI, utilizando para tal o meta pesquisador EBSCOhost, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. Para a literatura cinzenta foi utilizada a base de dados Google scholar .Foi utilizado o método P C C e foram selecionados 15 artigos dos 205 encontrados. Foram realizadas notas de conversas informais com enfermeiros e médicos que trabalham no extra hospitalar e que tinham vivenciado partos nesse ambiente, bem como de enfermeiros especialistas que acompanharam grávidas nas transferências intra hospitalares, de forma a conhecer a sua perceção e abordagem do parto, bem como no acompanhamento da grávida e parturiente em ambientes fora do hospital. **Resultados:** Relativamente à scoping review, foram encontrados artigos que referem que de entre o grupo profissional de enfermagem, o Enfermeiro Obstetra, à semelhança do que é o comum num bloco de partos, é um dos profissionais de saúde mais capacitado para prestar os cuidados à grávida e parturiente que promovam a segurança da mesma e recém nascido em caso de parto. A literatura e o obtido nas notas de conversas informais com os agentes do extra hospitalar, apoiam que quem trabalha em urgência e emergência sente sérias dificuldades e refere não estar preparado para assistir uma mulher grávida ou em trabalho de parto. As(os) enfermeiras(os) obstetras que realizam transferências inter hospitalares por seu turno referem que existe uma lacuna aquando do acompanhamento de grávidas seja em trabalho de parto ou não, desde os recursos humanos até às ambulâncias uma vez que estas não se assemelham nada em termos de equipamento e segurança a uma sala de bloco de partos para prestar cuidados de emergência e reanimação.

Conclusões: É urgente promover uma alteração no atual sistema de emergência médica afim de fornecer um suporte mais especializado, efetivo e seguro para as grávidas e recém nascidos em ambiente pré e inter hospitalar durante as fases do trabalho de parto.

Palavras chave: Grávida, Segurança do Paciente, EEESMO, Emergência Médica, Transferência do Paciente

ABSTRACT

Objective: To present the path taken during the internship with a report of the 2nd year of the Master's / Postgraduate Course in Maternal Health and Obstetrics Nursing held at the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, with regard to the development of technical and scientific skills and relationships and the monitoring of the obstetric nurse and the safety of the pregnant woman in an extra hospital environment. **Methodology:** A scoping review was carried out according to the JBI methodology, using the meta researcher EBSCOhost, involving the databases CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text and Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. For the gray literature, the Google scholar database was used. The P C C method was used and 15 articles were selected from the 205 found. Informal conversations were made with nurses and doctors who work in the extra hospital and who had witnessed births in that environment, as well as specialist nurses who accompanied pregnant women in intra hospital transfers, in order to know their perception and approach to childbirth, as well as in monitoring the pregnant and parturient in environments outside the hospital. **Results:** Regarding the scoping review, articles were found that mention that among the professional nursing group, the Obstetrical Nurse, similarly to what is common in a delivery block, is the most qualified health professional to provide care to pregnant women and parturient women that promote the safety of the baby and newborn in case of delivery. The literature and what was obtained from the notes of informal conversations with the extra hospital agents, support that those who work in urgent and emergency situations feel serious difficulties and report not being prepared to assist a pregnant woman or in labor. The obstetrical nurses who perform inter-hospital transfers in turn refer that there is a gap when monitoring pregnant women whether in labor or not, from human resources to ambulances since they do not resemble anything in terms of equipment and security to a delivery room to provide emergency care and resuscitation.

Conclusions: It is urgent to promote a change in the current medical emergency system in order to provide more specialized, effective and safe support for pregnant

women and newborns in pre- and inter-hospital environments during the phases of labor.

Keywords: Pregnant, Patient Safety, EEESM, Medical Emergency, Patient Transfer

INDICE

0 – INTRODUÇÃO	13
1 – ENSINO CLÍNICO EM BLOCO DE PARTOS.....	17
1.1 – Contextualização do Ensino Clínico.....	17
1.1.1 Semana de Prática de Alta e Média Fidelidade.....	17
1.1.2 Blocos de Partos.....	17
1.2 – Análise Crítica do Percorso de Aprendizagem.....	19
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	29
2.1 – Objeto do Estudo.....	29
2.1.1 – A Emergência Médica.....	30
2.1.2 – Atendimento Extra Hospitalar em Saúde Materna.....	32
3 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	38
3.1 – Modelo Teórico Qualidade Cuidado Duffy and Hoskins.....	38
4 – METODOLOGIA.....	42
4.1 – Finalidade e Objetivos.....	42
4.2 – Protocolo de Scoping Review.....	43
4.2.1 – Estratégia de Pesquisa.....	44
4.2.2 – Critérios de Seleção, Inclusão e Exclusão.....	44
4.2.3 – Fase de Identificação.....	45
4.2.4 – Fase de Screening.....	46
4.2.5 – Fase de Elegibilidade.....	46
4.2.6 – Fase de Inclusão.....	46
4.2.7 – Apresentação dos Resultados.....	47
4.3 – Notas de Campo.....	48
4.4 – Resultados e Implicação para a Prática.....	48
4.5 – Considerações Éticas.....	51
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS.....

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama do Modelo Qualidade – Cuidado.....	40
Figura 2 – Fluxograma do Processo de Pesquisa.....	47

ÍNDICE DE QUADROS RESUMO DOS ESTUDOS COM CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Quadro 1 – Critérios de Seleção, Inclusão e Exclusão.....	44
Quadro 2 – Plano de Cuidados à grávida/parturiente em ambiente de emergência pré hospitalar/inter-hospitalar.....	50
Quadro 3 – Apresentação dos dados do texto: <i>Characteristics and outcome of unplanned out of institution birth in Norway from 1999 to 2013: a Cross sectional study</i>	ANEXO II
Quadro 4 – Apresentação dos dados do texto: <i>Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: Closing maternity units in Burgundy</i>	ANEXO II
Quadro 5 – Apresentação dos dados do texto: <i>An ambulance referral network improves access to emergency obstetric and neonatal care in a district of rural Burundi with high maternal mortality</i>	ANEXO II
Quadro 6 – Apresentação dos dados do texto: <i>Fetal monitoring in the prehospital setting</i>	ANEXO II
Quadro 7 – Apresentação dos dados do texto: <i>Out of Hospital Deliveries</i>	ANEXO II
Quadro 8 – Apresentação dos dados do texto: <i>Pre Hospital Maternity Care in Norway</i>	ANEXO II
Quadro 9 – Apresentação dos dados do texto: <i>Etapas del montaje de una guía audiovisual de asistencia al parto urgente, destinado a personal sanitario de urgencias y emergencias</i>	ANEXO II
Quadro 10 – Apresentação dos dados do texto: <i>What an ambulance nurse needs to know; from educational content to critical incidents</i>	ANEXO II
Quadro 11 – Apresentação dos dados do texto: <i>Transport of pregnant women and obstetric emergencies in India: an analysis of the ‘108’ ambulance service system data</i>	ANEXO II
Quadro 12 – Apresentação dos dados do texto: <i>Strengthening the emergency healthcare system for mothers and children in The Gambia</i>	ANEXO II

Quadro 13 – Apresentação dos dados do texto: <i>Cost-effectiveness of an ambulance-based referral system for emergency obstetrical and neonatal care in rural Ethiopia</i>	ANEXO II
Quadro 14 – Apresentação dos dados do texto: <i>The Role of Health Systems and Policies in Promoting Safe Delivery in Low- and Middle- Income Countries: A Multilevel Analysis</i>	ANEXO II
Quadro 15 – Apresentação dos dados do texto: <i>Improving patient safety by detecting obstetric care-related adverse events: application of a new screening guide</i>	ANEXO II
Quadro 16 – Apresentação dos dados do texto: <i>Safety of labour and delivery following closures of obstetric services in small community hospitals</i>	ANEXO II
Quadro 17 - Apresentação dos dados do texto: <i>Safe Delivery Care: Policy, Practice and Gaps in Nepal</i>	ANEXO II

0 – INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio (RE) surge como proposta da equipa pedagógica e no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do 9º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CPLEESMO)/ 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMEESMO), onde me foi proposto a realização de um documento que ilustrasse a aquisição de competências adquiridas no âmbito do estágio com relatório. Préviamente tinha sido elaborado um projeto de estágio.

O estágio com relatório decorreu entre os dias 18 de Fevereiro e 5 de Julho de 2019 em dois blocos de partos: numa primeira fase e até ao dia 2 de Junho num hospital da área metropolitana de Lisboa e a segunda parte entre o dia 3 de Junho e o dia 5 de Julho num hospital da região do Alentejo.

O relatório, que se encontra subordinado ao tema “O Enfermeiro Obstetra e a segurança da grávida e parturiente em ambiente extra hospitalar”, pretende apresentar por um lado o meu percurso no desenvolvimento das competências técnico científicas e relacionais como futuro enfermeiro especialista e mestre em enfermagem de saúde materna e obstétrica e por outro lado o trabalho desenvolvido sobre uma temática que surgiu do meu interesse profissional e que aborda a problemática da mulher em ambiente extra hospitalar, dando ênfase à competência do cuidar a mulher e família no trabalho de parto e no período do pós parto imediato.

O documento orientador desta UC aponta como finalidade deste EC que o estudante desenvolva e atinja os seguintes objetivos:

- *Demonstrar conhecimentos e compreensão aprofundada dos problemas relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição das morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família;*
- *Desenvolver uma prática clínica avançada na área de especialização mobilizando a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstetrícia e ginecologia;*

- *Implementar um projeto fundamentado numa filosofia de cuidados centrados na pessoa e baseados na evidência;*
- *Integrar a componente de investigação no desenvolvimento do projeto individual;*
- *Mobilizar conhecimentos e recursos de diferentes fontes de evidência que sustentam a tomada de decisão clínica;*
- *Integrar a equipa de saúde demonstrando capacidade para gerir situações complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada;*
- *Demonstrar competências para uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo;*
- *Demonstrar competências nos domínios da responsabilidade profissional ética e legal, melhoria da qualidade dos cuidados, na gestão dos cuidados de saúde e na formação de profissionais (Santos, 2019).*

Competência pode ser considerada como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo (Fleury, 2001).

O conceito de competência também está descrito pela OE (2004) e pelo ICM (2002) como um conjunto formado pelo conhecimento, habilidades, experiência e atitude demonstrados por um profissional numa determinada situação, aplicando efetivamente o conhecimento e as suas capacidades, incluindo o juízo.

Tendo como ponto de partida as competências definidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019) associadas às competências essenciais para a prática de parteira da international conference of midwives (ICM, 2019), realizei um cruzamento das mesmas com os meus interesses e motivações pessoais e acrescentei mais um objetivo geral ligado à temática escolhida a partir do qual delinei objetivos específicos e consequentemente as atividades previstas e os resultados esperados que constam do projeto de estágio da unidade curricular:

“Identificar quais as intervenções do EEESMO prestadas às mulheres, RN e famílias, promotoras da segurança durante a abordagem na assistência extra

hospitalar.”

E como objetivos específicos defini:

- Delinear o percurso formativo consentâneo com os objetivos da temática que articulasse com os objetivos gerais do estágio;
- Identificar quais as intervenções promotoras da segurança da grávida e do recém nascido prestadas pelo EEESMO;
- Identificar os principais problemas relacionados com o parto extra hospitalar sem assistência qualificada;
- Enumerar as vantagens da assistência extra hospitalar da grávida pelo EEESMO;
- Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais que me permitam promover a segurança da grávida na avaliação e acompanhamento durante o atendimento primário no pré hospitalar e no acompanhamento inter hospitalar;
- Aprofundar a capacidade de reflexão sobre a prática de cuidados desenvolvida, as dificuldades sentidas e os resultados esperados.

As razões que me levaram a optar por esta temática são as mais variadas. Desenvolvo a minha atividade profissional no instituto responsável pela área da prestação de cuidados no âmbito da emergência pre hospitalar. Em segundo lugar porque acredito que também em ambiente do denominado “parto a caminho” é possível uma experiência segura e positiva do trabalho de parto/puerpério imediato, e por último por uma questão de equidade no acesso aos cuidados de saúde de todos os cidadãos como se encontra plasmado na constituição da República Portuguesa.

Este trabalho encontra-se dividido em 5 partes. Primeiramente abordo uma descrição e contextualização do ER, bem como os locais por onde desenvolvi as competências para prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. De seguida, descrevo os objetivos, atividades realizadas e as competências adquiridas durante o ensino clínico. No capítulo seguinte, abordo o enquadramento relativo à temática em estudo, com os principais conceitos e definição dos mesmos. Após esta definição abordo a explicação das questões

metodológicas, incluindo na quarta parte os resultados, implicações na prática de prestação de cuidados e as questões éticas. Na última parte do relatório apresento os resultados finais e de seguida as referências bibliográficas e anexos.

1 – ENSINO CLÍNICO EM BLOCO DE PARTOS

Este capítulo é destinado à realização de uma reflexão de como decorreu o EC nos diferentes locais de estágio onde desenvolvi competências, sejam elas científicas, técnicas ou relacionais na prestação de cuidados especializados em saúde materna e obstetrícia.

1.1 – Contextualização do Ensino Clínico

1.1.1 – Semana de prática de Média e Alta Fidelidade

O estágio com relatório iniciou-se com a semana de práticas de simulação de alta fidelidade na ESEL, que decorreu entre 18 e 22 de Fevereiro, na qual foram realizadas em laboratório simulações de partos em modelos de média e alta fidelidade, treino de sutura e partos em posições verticalizadas. Hoadley (2009), citado por Batista et al (2014), refere que a prática de alta fidelidade demonstrou eficácia na ação educativa e comportamental e com esta estratégia de ensino os estudantes revelam elevados níveis de auto estima e auto confiança no desenvolvimento dos procedimentos, aumentando assim os níveis de interiorização da informação e um conseqüente aumento da satisfação com o processo de aprendizagem. É também referido que a prática em laboratório permite aos estudantes vivenciarem a prática do cuidar sem serem expostos ao ambiente clínico propriamente dito (Leight, 2008 citado por Batista et al 2014).

A rotação proposta pela equipa pedagógica durante a semana permitiu que fosse possível a prática em diversas situações no âmbito dos cuidados especializados em EEESMO e assim iniciar de forma controlada o desenvolvimento das minhas competências.

1.1.2 – Blocos de Partos

A partir do dia 25 de Fevereiro deu-se então início ao EC no Bloco de Partos. Decorreu primeiramente num hospital da área metropolitana da grande Lisboa, nomeadamente entre o dia 25 de Fevereiro e o dia 2 de Junho.

Em termos de espaço físico, este bloco de partos possui 5 quartos de parto, 1 sala

de bloco operatório que funciona 24h e 1 sala de recobro. Possui também contíguamente a sala aberta de urgência obstétrica e ginecológica com 2 quartos de vigilância para internamento de curta duração e uma sala de triagem onde se realiza a triagem por EEESMO. Tem também contíguamente o internamento de obstetrícia/ginecologia com 8 camas.

Neste bloco de partos, a partir do momento que as utentes são admitidas nos quartos, não existe necessidade de deslocação, pois cada quarto está equipada com WC privativo com chuveiro e mesa para receção e reanimação do RN em caso de necessidade. Esta forma de organização do serviço permite uma maior privacidade e conforto à mulher/família pois evita deslocações entre salas.

A equipa de prestação de cuidados é constituída pela Enfermeira Chefe e um elemento de apoio à gestão, 27 EEESMO e 13 enfermeiros generalistas, 10 médicos assistentes hospitalares de obstetrícia/ginecologia, 10 assistentes operacionais e 3 administrativos. O bloco de partos tem também a assistência durante as 24h de um anestesista e o apoio da pediatria/neonatologia quando necessário. Os EEESMO asseguram em rotatividade a chefia de equipa por turno, o bloco de partos, a urgência e o internamento. As enfermeiras generalistas asseguram a anestesia e a instrumentação na sala operatória, bem como a receção do RN nos partos eutócicos. Na cesariana, a responsabilidade da receção e reanimação do RN é competência do EEESMO chefe de equipa.

A partir do dia 3 de Junho e até ao dia 5 de Julho, o EC prosseguiu num bloco de partos de um hospital da região do Alentejo. Constatei uma realidade diferente da observada no bloco de partos até onde tinha estado, nomeadamente na estrutura física do serviço. Nesta instituição, o serviço está dividido em bloco de partos propriamente dito com 3 quartos de 2 camas, cada chamadas salas de dilatação, uma sala de partos com marquesa obstétrica, 1 quarto com 2 camas de puerpério imediato, 2 casas de banho do lado oposto do corredor. Também ao lado da sala de partos encontra-se o bloco operatório materno infantil que funciona para cirurgias programadas, como é o caso das cesarianas eletivas. Do outro lado do corredor, encontra-se o serviço de puerpério com 10 quartos de 2 camas cada, sala de apoio à triagem do recém nascido e gabinete de observação da urgência

obstétrica/ginecológica. Quando são necessárias cesarianas urgentes/emergentes, as grávidas são encaminhadas para o bloco operatório central. Neste caso, o EEESMO é o responsável por acompanhar a grávida e fica responsável pelos cuidados imediatos ao RN.

No decurso do ano de 2018, ocorreram em Portugal 87020 partos (INE, 2019). Destes, 1595 ocorreram no hospital da área metropolitana de Lisboa e 1115 no hospital da região Alentejo.

1.2 – Análise Crítica do Percurso de Aprendizagem

De acordo com o guia orientador da unidade curricular Estágio com Relatório, pretendia-se com este EC que o estudante desenvolvesse competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal (Santos, 2019).

No decorrer deste meu percurso de aprendizagem tive a oportunidade de refletir e crescer, quer na vertente pessoal quer na vertente profissional, muito devido ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e mais especificamente das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, articulando os regulamentos emanados pela OE com as competências plasmadas nos descritores de Dublin para a formação do 2º ciclo. Desenvolvi a capacidade para a tomada de decisões pertinentes e as mais adequadas aos clientes alvos dos meus cuidados, mesmo em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, tendo presente as competências adquiridas no decurso do meu 1º ciclo de formação e na minha prática profissional de cuidados até esta data.

Tendo por base esta anterior permissa, primeiramente devem ser observadas o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como o desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Santos, 2019).

De acordo com a legislação vigente, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019).

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019).

O enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (OE, 2019).

Todas as competências relativas ao EEESMO encontram-se definidas a nível nacional pelo RCEEEESMO e internacionalmente no regulamento do ICM. A mulher é considerada como sujeito alvo dos cuidados desta especialidade, tendo como princípio o de que a mulher deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando-se a inter-relação com os conviventes significativos e interagindo com o ambiente no qual vive e se desenvolve (OE, 2019).

Foram definidas unidades de competência para o campo de atuação do EEESMO no decurso da vida da mulher, tais como: Planeamento familiar e preconcepcional, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade (OE, 2019).

O EEESMO assume, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, bem como também intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019).

No decurso do EC, e em termos gerais, realizei sob supervisão dos EEESMO orientadores e de forma autónoma 42 partos eutócicos em apresentação cefálica. Destes 42, 6 resultaram em períneo íntegro, 21 com necessidade de episiotomia e posterior episiorrafia. Os restantes resultaram em laceração de Grau 1 (n= 12) e os restantes em laceração de Grau 2 (n= 3). Do total destes partos, presenciei o nascimento de 25 raparigas e de 17 rapazes. Atuei num total de 27 circulares cervicais e 1 circular no pé esquerdo, tendo resolvido a situação, por sugestão dos EEESMO orientadores nas circulares cervicais apertadas, com a laqueação precoce do cordão. Assisti também a 5 procedências de mão. Também participei num parto de um feto morto com 27 semanas.

Também no decurso do EC IV e EC estágio com relatório acompanhei um total de 48 mulheres no primeiro estágio de trabalho de parto e em induções do trabalho de parto, realizando para isso as atividades a que me propus aquando da realização do projeto de estágio.

Foi um ensino clínico muito enriquecedor para mim, tanto na vertente pessoal como profissional. A forma como parti para este ensino clínico, com uma vontade imensa de aprender e de desenvolver as competências específicas na área da saúde materna foram cruciais para o sucesso.

A minha vida profissional até agora versou sempre os cuidados a doentes do foro de urgência e de emergência a nível hospitalar, bem como o trabalho na vertente pré-hospitalar, seja em ambulância, em viatura médica de emergência e reanimação ou em helicóptero de emergência médica. De há 2 anos para cá, a minha atividade profissional desenvolve-se unicamente fora de qualquer instituição hospitalar, daí a redobrada importância do voltar a uma instituição de saúde, a par do desenvolvimento de competências.

Também durante o meu percurso profissional, e como descrito anteriormente, tinha contactado com a área da saúde materna na realização da triagem de Manchester aquando da admissão das mulheres em situações do foro obstétrico/ginecológico. Também já tinha presenciado 2 partos em ambiente de viatura médica no pré hospitalar. A responsabilidade de um percurso que teria de abranger a aquisição e

desenvolvimento de competências para o nível académico em que me encontro, esteve sempre presente em todos os momentos e exigiu de mim um esforço adicional que foi bem ponderado no início deste percurso, mas que agora ao terminar mais esta etapa reconheço como muito gratificante.

Benner continua a ser uma referência no percurso de um enfermeiro. O conhecimento clínico é conseguido ao longo do tempo (Benner,1984). No início deste percurso, pese embora tenha chegado a este ensino clínico com alguns anos de prática profissional na área da urgência e da emergência, a verdade é que na área da saúde materna me considero um enfermeiro em desenvolvimento de competências.

Em ambos os blocos de partos onde realizei o EC, a adaptação e a integração na equipa multidisciplinar decorreram sem intercorrências e de uma forma harmoniosa, tendo sido criado um ambiente de excelência para o desenvolvimento das competências pretendidas. À semelhança de outros EC no qual desenvolvi competências nas diferentes fases da vida da mulher, também no estágio com relatório, ao início, surgiram alguns receios por ser um estudante do sexo masculino numa área tipicamente da mulher. Kantrowitz-Gordon, Ellis e McFarlane (2014) referem que a dificuldade de um homem entrar numa área de prestação de cuidados tipicamente feminina pode passar por se sentir excluído e ao mesmo tempo diferente, facto este que me criou algum receio porque podia condicionar as minhas experiências e o meu desenvolvimento de competências enquanto futuro Enfermeiro Obstetra. Tais permissas não ocorreram e nunca tive nenhuma mulher/convivente significativo que se mostrasse com vontade contrária à minha presença a prestar cuidados. Considero que tive uma integração bem sucedida em ambos os blocos de partos.

Recordo-me de início também do papel preponderante que o EEESMO tem na gestão dos cuidados, tal como nos diz a competência C1 do *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista*, no qual o enfermeiro especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas (OE, 2019). Sob a supervisão dos meus enfermeiros orientadores,

fui conseguindo um desempenho satisfatório nas tarefas que me foram delegadas no decurso do EC. Desde o início, e por estar de certa forma familiarizado com determinados procedimentos, assumi algumas tarefas técnicas. Um exemplo das mesmas foi a colocação de acessos venosos às mulheres e colaboração na realização de analgesia epidural.

Porque o MESMO está interligado como uma sucessão de aprendizagens e de experiências, neste EC e à semelhança do ocorrido nos outros EC, o desenvolvimento de competências específicas técnico-científicas e relacionais para a prestação de cuidados à mulher/família, seja com necessidades especiais, ou só para vigilância, como por exemplo no recurso ao serviço de urgência e/ou no internamento em sala de partos, surgiu devido ao potenciar das minhas capacidades por parte dos meus enfermeiros orientadores. Tal unidade de competência está descrita no RCEEEESMO (OE, 2019) como a competência 2, com as unidades de competência “2.1 – Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, “2.3 – Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento”. Também a competência 6, com a unidade de competência “6.3 – Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação” (OE, 2019).

Durante este EC, bem como no EC I e IV, onde passei no serviço de urgência obstétrica/ginecológica e no internamento de grávidas, tive oportunidade de prestar cuidados a grávidas com as mais variadas patologias, desde queixas do foro urinário, como do foro gástrico, ou hemorrágicas. Prestei cuidados a 113 mulheres com ameaças de parto pré termo, rotura prematura de bolsa de membranas, pré-eclampsia tendo desenvolvido a competência 3, nomeadamente a unidade de competência “3.2 – diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém nascido” (OE, 2019).

Diariamente e no decurso dos tempos de contacto de EC, senti uma elevada necessidade de aprofundar conhecimentos, nomeadamente através de pesquisa bibliográfica, de materiais fornecidos na componente letiva do MESMO, em reuniões com enfermeiros orientadores e do serviço bem como a professora Irene que me

acompanhou nesta aventura, fundamentando e consolidando intervenções e decisões tomadas, associando desta forma os saberes à prática e permitindo um crescer em direção à autonomia dos cuidados especializados em saúde materna, indo por isso ao encontro da competência nº1, na unidade de competência “1 d – as parteiras devem apoiar-se na investigação e sustentar as suas ações na prática baseada na evidência” (ICM, 2019).

Também no decorrer deste e dos outros EC do MESMO e aproveitando os tempos de contacto que tive no serviço de urgência obstétrica/ginecológica e no internamento de ginecologia, desenvolvi e prestei cuidados especializados ao nível da educação para saúde, promovendo desta forma uma capacitação (empowerment) da mulher afim de promover uma tomada de decisão informada e esclarecida. O EEESMO acompanha precocemente a grávida/família, aconselhando e ministrando formação adequada para viver de forma equilibrada e saudável este período da sua vida (Martins, 2011). Por outro lado, muitas atitudes e comportamentos da mulher grávida, normalmente como parte integrante de uma família, estão, também, associados a este processo (Martins, 2011). Durante este EC procurei informar a mulher/convivente significativo de sinais e sintomas que necessitassem de observação e vigilância, de acordo com a idade gestacional. Esta relevante competência é reforçada no RCEEESMO na competência 1 “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade...estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade”, na unidade de competência 2.1 “Promove a saúde da mulher durante o período pré natal e em situação de abortamento” e no critério de avaliação 4.1.6 “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável” (OE, 2019).

Relativamente ao desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados que remetem para o cuidado da mulher/convivente significativo durante o trabalho de parto, quer seja em partos eutócicos, distócicos ou com patologia associada, impunha-se a aquisição de

determinada destreza técnica/relacional. O cerne para o início da aquisição das habilidades sempre foi o consentimento prévio da mulher/convivente significativo como núcleo familiar, respeitando assim os seus desejos e privacidade, bem como as suas expectativas, favorecendo desta forma a relação terapêutica. Embora algumas mulheres/convivente significativo, em número maior no bloco de partos do hospital da área metropolitana de Lisboa, tenham apresentado um plano de parto, procurei, aquando do acolhimento no bloco de partos, realizar uma entrevista inicial para perceber qual o plano e expectativas que tinham para o parto e quais as suas preferências para desta forma ir ao encontro das expectativas que a mulher/convivente significativo tinham do mesmo, tendo desta forma, e de acordo com o citado na competência 2f, 3a, 3b e 3c (ICM, 2019) e com a competência específica 3 "Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto" e as unidades de competência " 3.1, 3.2 e 3.3" (OE, 2019), cumprido este requisito.

Ao longo do EC, a aquisição de competências mais técnicas como sejam a interpretação do registo cardiotocográfico, cervicometria, as Manobras de Leopold, vigilância da integridade das membranas e características do líquido amniótico foram realizadas sempre que pertinentes e necessárias, incluindo-se por isso, na avaliação e monitorização do bem estar fetal. Estas foram de início um momento de dificuldade, mas ao mesmo tempo um desafio para um desenvolvimento de competências constante.

Com a preciosa orientação dos enfermeiros responsáveis pela minha tutoria no EC e restantes colegas EEESMO ao longo do tempo as dificuldades foram sendo ultrapassadas, estando estas ações referidas nos critérios de avaliação 3.2.5 "Concebe, planeia implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto" (OE, 2019).

Por ser um estudante do sexo masculino, e esperando um dia rever-me no papel de Pai, sinto que tem importância o contato precoce parturiente/RN/pai, tendo por isso procurado sempre a promoção da vinculação precoce da tríade, através de uma forma de comunicação que se adequasse ao contexto, incentivo e reforço positivo, com a finalidade de uma harmoniosa e efetiva promoção da saúde da parturiente e

do recém nascido, tal como é referido no critério de avaliação 3.3.1 “Concebe, planeia implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos” (OE, 2019).

Outra competência desenvolvida por mim ao longo deste EC incluía a utilização das técnicas adequadas no parto de apresentação cefálica, sendo esta uma competência que desejei muito desenvolver e dominar desde o princípio. Durante o desenvolvimento desta competência e aquando do nascimento uma atmosfera mágica parece que me envolvia...era ali o momento, a chegada ao mundo de uma nova vida. Foram 42 as crianças que ajudei a nascer e todas elas foram diferentes e únicas. Procurei sempre realizar ações promotoras de um parto seguro, tal como o referido no RCEEESMO, no critério de avaliação 3.2.6 “Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de emergência, do parto de apresentação pélvica” (OE, 2019). Também a competência 3b “Conduzir um parto vaginal espontâneo e seguro, prevenir complicações e atuar em caso de emergência, bem como referenciar em caso de necessidade” (ICM, 2019) apoia o desenvolvimento das competências que desenvolvi.

À semelhança das outras áreas de especialização da enfermagem, também o luto está presente na saúde materna. Realizei um parto de um feto morto de 27 semanas e a sensação é indescritível. Durante toda a minha vida profissional e até pessoal, vivenciei processos de morte e dor, algumas esperadas outras inesperadas. Nunca ninguém está preparado para lidar com a morte, muito menos numa sala de partos, onde a vida se reinventa e renasce a cada dia. A escuta ativa, o mostrar-se disponível para todo o tipo de apoio que o casal refira e até os cuidados ao feto morto foram algumas das acções que desenvolvi nesse episódio. Por isto, desenvolvi também a unidade de competência 4.3, nomeadamente no seu critério de avaliação 4.3.7 “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal” (OE, 2019).

Relativamente às competências técnicas desenvolvidas aquando da reparação do canal de parto, quer por necessidade de realização de episiotomia quer em casos de

laceração do períneo, ao início e após o treino em prática simulada sentia que iria ter dificuldades. Dificuldades essas que relacionava acima de tudo com a identificação das estruturas a reparar, fossem elas mucosa ou músculo. Com o decorrer do EC e com o valioso apoio dos EESMO orientadores, essas dificuldades foram sendo ultrapassadas. A técnica cirúrgica foi executada sempre por indicação fetal ou materna e não por rotina (realizei a técnica 21 vezes). Jiang et al (2017), numa revisão sistemática da literatura, chegaram à conclusão que a realização de episiotomia de rotina para prevenir traumas perineais graves não está justificada pelas evidências atuais, não conseguindo identificar nenhum benefício da episiotomia de rotina para o recém nascido ou para a mãe. Houve situações de reparação do canal de parto que senti que iam para além das minhas capacidades e competências atuais, pelo que no momento referenciei para outros profissionais, indo ao encontro do plasmado nos critérios de avaliação 3.3.4 “Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2019).

Quanto ao desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais que permitem prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN procurei em primeiro lugar aprofundar esta temática, pois considero-a deveras importante para o contexto profissional. Senti-me de certa forma desde o início familiarizado com esta temática, uma vez que a nível profissional já tinha abordado estas temáticas em formações no INEM. Participei de forma ativa numa reanimação de um RN no bloco de partos do hospital da grande Lisboa, uma vez que houve necessidade de manobras de reanimação e de ventilação mecânica com posterior transferência do RN para a unidade de neonatologia. Também no EC IV, tive participação ativa na reanimação de um RN, grande pré-termo, cuja parturiente estava internada por um descolamento de placenta e por choque hemorrágico e em que houve necessidade de realizar uma cesariana. Neste aspeto da reanimação do RN, prestei apoio ao Neonatologista, tendo auxiliado na estimulação do RN, aspiração, aquecimento, ventilação não invasiva e posterior entubação endo-traqueal. Posteriormente acompanhei o RN à unidade de neonatologia. No regresso ao bloco de partos, expliquei aos pais a localização onde o filho se encontrava e mostrei-me disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que surgissem. Também fui

responsável pelos cuidados imediatos ao RN em 4 cesarianas, promovendo a sua adaptação à vida extra uterina. Desta forma, e como preconizado nos critérios de avaliação 3.2.7 “Assegura a avaliação imediata do recém nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra uterina”, bem como no descrito no ponto 3.2.8 “Assegura reanimação do recém nascido em situação de emergência” (OE, 2019). Também a competência 3c do ICM (2019) “Promove os cuidados imediatos ao recém nascido após o parto” foi atingida aquando do assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados imediatos ao RN. Também nesta linha de prestação de cuidados, procurei sempre promover precocemente o contacto pele a pele e a amamentação, tidas por mim como acções bastante necessárias na adaptação do RN à vida extra uterina, ao mesmo tempo que fortalecem a vinculação precoce da tríade.

Ao terminar o EC, sinto que houve um crescendo do desenvolvimento das competências técnico-científicas e relacionais desenvolvidas por mim. Os receios que existiam ao início foram a pouco e pouco e com a prática desaparecendo. A destreza técnica foi ganhando presença nas minhas ações e a vertente relacional e promotora de uma experiência de parto positiva foi sendo cada vez maior à medida que as semanas do EC foram avançando.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, irei desenvolver a temática objeto do meu estudo. A definição de conceitos fundamentais para o desenvolvimento do estudo da problemática que levantei, a bibliografia consultada, a realidade do nosso país que é o “nascer pelo caminho” e por fim apresentar um quadro de referencial teórico baseado no modelo de enfermagem que guiou a minha reflexão e atuação durante o meu percurso académico.

2.1 – Objeto do Estudo

Em linha com o vivido na maioria dos países europeus, em Portugal cada vez mais se “nasce pelo caminho”. Quase todos os dias surgem notícias de partos que acontecem em ambulâncias, longe da segurança de um bloco de partos, tanto pela diferença nas instalações físicas, como e acima de tudo, pela segurança da grávida/parturiente/recém nascido.

Uma ambulância, a estrada, por muito que se queira, não tem quaisquer semelhanças com o bloco de partos. A começar nos profissionais que assistem o parto num hospital e os que assistem um parto numa ambulância. Inclusive quando estão presentes na ambulância médico e enfermeiro, assim a bibliografia o reafirma.

Partindo desta problemática, e após a pesquisa bibliográfica, formulei a questão em formato PCC (JBI, 2015) “*Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia que promovem a segurança da grávida/parturiente na assistência extra hospitalar?*”, sendo que **P** é a população (grávidas/parturientes), **C** o conceito (segurança da grávida/parturiente) e **C** o contexto (extra hospitalar, parto).

O interesse pela temática em estudo surgiu por diversos motivos. Sempre gostei da área da emergência pré hospitalar e, há cerca de 10 anos que colaboro com o instituto responsável pela área em Portugal. De todas as áreas que o pré hospitalar aborda, as emergências obstétricas e ginecológicas são efetivamente as mais descuradas e, para mim, das mais importantes. Pretendo com este projeto

evidenciar que a segurança da grávida/parturiente e do feto/recém nascido estão garantidas com os cuidados do EEESMO, uma vez que é o profissional de saúde mais indicado para a vigilância e atuação em caso de necessidade.

Tem sido um trabalho grato, pois acaba por ser uma área descuidada no nosso país, devido às reformas de saúde passadas e em curso, implicando que muitas grávidas tenham acesso aos cuidados obstétricos longe dos seus locais de residência.

Como referi anteriormente, sou operacional de todos os meios de emergência que o INEM possui na sua carteira de serviços. Reconheço que a formação ministrada na área de saúde materna e obstétrica é parca. De acordo com dados estatísticos recentes, a realidade de Portugal conta com muitas assimetrias no acesso aos cuidados perinatais, o que tem levado a um aumento do número de partos nas ambulâncias.

Com este fundamento e realidade, decidi que o meu estudo iria abordar as intervenções do EEESMO promotoras da segurança da grávida na assistência pré hospitalar e no transporte inter hospitalar.

De seguida, irei abordar alguns conceitos que já descrevi anteriormente aquando da inscrição e apresentação do projeto acerca desta temática para compreensão do fenómeno.

2.1.1 – A Emergência Médica

A exploração e desenvolvimento desta temática prende-se com motivos de interesse pessoais e profissionais em abordar a forma como são prestados e quais os cuidados prestados na assistência pré hospitalar e na transferência inter hospitalar pelos EEESMO's que promovem a segurança da grávida/parturiente em trabalho de parto.

Os sistemas de Emergência Médica integram qualquer sistema de saúde pública. A sua principal função é prestar atendimento médico de emergência em todas as emergências, sejam de que tipologia forem (WHO, 2008).

A Emergência Médica é uma especialidade estabelecida utilizando os conhecimentos e habilidades necessários para a prevenção, diagnóstico e

manuseamento de aspectos urgentes e emergentes de doenças e lesões, afetando pacientes de todas as faixas etárias com um espectro amplo de desordens físicas e comportamentais indiferenciadas (Europe Society for Emergency Medicine, 2018).

Coimbra (2012), citando (Madeira et al, 2007), define a Emergência Médica como:

“(...) a atividade na área da saúde que abrange tudo o que se passa desde o local onde ocorre uma situação de emergência até ao momento em que se conclui, no estabelecimento de saúde adequado, com um tratamento definitivo” (Madeira 2007, p10).

Por isso, o conceito de Emergência Médica Pré-Hospitalar define-se como toda a assistência prestada fora do meio hospitalar, proporcionando uma adequada resposta a uma situação emergente, seja de doença súbita ou traumática, pediátrica ou obstétrica. Esta resposta é, por isso, mesmo diversificada, variando de um simples conselho ou orientação médica, ao envio de uma viatura e equipa de Emergência (Madeira, 2007).

De acordo com a OE (2018), o exercício de Enfermagem Extra Hospitalar

(...) é determinante para assegurar um suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família ou comunidade, quer em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência até ao local de tratamento definitivo, assegurando ainda uma continuidade de cuidados. Torna-se, por isto, uma componente efetiva para promover ganhos em saúde, tais como a diminuição da mortalidade e morbilidade (OE, 2018).

O enfermeiro de emergência extra hospitalar

(...) é um enfermeiro detentor de um conhecimento e pensamento sistematizado nos domínios da disciplina, profissão e emergência extra hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área (...) sendo o responsável pelo processo de cuidados de enfermagem à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local onde se encontram a experienciar uma situação de emergência, até ao momento da sua transição para uma unidade de saúde de tratamento definitivo, de forma a promover e garantir um atendimento integral (...) assegurando uma prática profissional baseada na evidência e na investigação (...) (OE, 2018).

Os sistemas de resposta às emergências médicas compreendem a organização da resposta médica mais adequada para cada tipo de situação/cliente (WHO, 2008).

Por isso, a variável temporal nesse cenário pode ser crítica, do ponto de vista do profissional de saúde ou do paciente.

Por outro lado, o transporte inter hospitalar é definido por Fernandes (2012) pela mobilidade dos clientes entre serviços de urgência ou entre um serviço de urgência e uma unidade de cuidados intensivos ou unidade de cuidados especializados. No caso particular obstétrico, prende-se com o transporte de grávidas entre hospitais ou serviços de urgência básicos sem apoio da especialidade de Obstetrícia.

De acordo com a WHO, (2008), existem na União Europeia diversos tipos de abordagens e paradigmas no atendimento pré-hospitalar. Estes vão desde o método de avaliar e transportar, desenvolvido em países em que os sistemas de emergência assentam em pessoal não hospitalar, subentendendo-se com isto a ausência de médico e enfermeiro fora do hospital (modelo scoop and run), até ao modelo de estabilizar e só depois transportar (modelo stay and play) que compreende médico e enfermeiro fora do hospital. Segundo Pinto (2014), a primeira referência e regulação da atividade pré-hospitalar por parte da Ordem dos Enfermeiros data de Janeiro de 2007, com a publicação de um texto com orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré Hospitalar, onde se refere que:

Só o enfermeiro pode prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de emergência pré-hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.1).

2.1.2 – Atendimento Extra Hospitalar em Saúde Materna

O atendimento extra hospitalar de maternidade pode ser definido como o serviço médico/parteiro ou enfermeiro de saúde materna e obstétrica que é oferecido desde o momento em que uma grávida/parturiente relata uma necessidade de transporte ou assistência de maternidade, até receber assistência numa maternidade (Egenberg et al, 2017).

O termo “cuidados de maternidade extra hospitalares” incluem, entre outros aspetos, a avaliação de se a mulher está em trabalho de parto, a avaliação da necessidade do acompanhamento a uma maternidade determinando, por isso, o seu modo de

transporte, o grau de urgência e o tipo de assistência no acompanhamento a mulheres que têm partos não planejados em casa ou hipótese de fase expulsiva durante o transporte (Egenberg et al, 2017).

Por todo o mundo, existem diferentes estudos que tratam desta temática. Todos eles são comuns sobre o aumento da morbidade e mortalidade peri natal no parto em ambiente pré hospitalar (Pirneskoski, 2016).

A falta de profissionais qualificados nos serviços de emergência da área de saúde materna e obstetrícia, que podem fornecer até mesmo o mínimo de cuidados à mulher, associada aos longos tempos de transporte para maternidades/hospitais que podem efetivamente gerir o quadro de atonia uterina ou lacerações graves do trato genital, bem como o trabalho de parto obstruído sem supervisão que pode conduzir a rotura uterina num limite máximo, elevam a hemorragia pós-parto à sua posição como a maior causa de complicações que podem conduzir à morte das mulheres durante o parto (Sheiner, 2018).

Na realidade Portuguesa, em Março de 2006, o governo cria um grupo de trabalho denominado Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, afim de proceder a uma reestruturação acerca das maternidades em Portugal. Após análise do grupo de peritos e através do despacho nº 7495/2006, procede ao encerramento das maternidades que tinham menos de 1500 partos por ano. A questão do transporte da parturiente foi considerado pela referida comissão como um alvo prioritário de reestruturação, indicando que em distâncias iguais ou superiores a 20 Km ou 30 minutos, o transporte deveria ser realizado com acompanhamento de um enfermeiro obstetra uma vez que, para este nível, “os serviços não estão organizados”. O despacho do ministério faz referência a uma necessidade de se proceder a essa reestruturação, embora não projetando como executá-la, de forma a que a população, face ao número de partos ocorridos em ambiente extra hospitalar e à falta de formação dos profissionais que acompanham as parturientes (na maioria dos casos bombeiros das corporações que efectuam transportes urgentes), encontre nesta altura mais um facto e um forte argumento para aliar aos protestos do encerramento das maternidades visadas pela comissão no estudo (Matos, 2010).

O parto fora do hospital, não planejado ou a caminho do hospital, ocorre quando a mulher entra rapidamente na fase ativa do trabalho de parto; pode ser uma experiência stressante e por vezes até perigosa. Partos não planejados fora do hospital também acarretam um maior risco de desfechos maternos e perinatais adversos e, especificamente, hemorragia e mortalidade perinatal (Scheiner, 2016).

O número de partos fora do hospital no mundo não está bem documentado.

É importante distinguir entre partos acidentais fora do hospital e aqueles planejados para serem realizados fora do hospital, com a presença de médico ou EEESMO. Nas regiões rurais e remotas dos países em vias de desenvolvimento, os partos fora do hospital ocorrem, principalmente, devido ao acesso limitado aos serviços de saúde. Muitas vezes, existe não só um acesso limitado aos serviços de saúde de referência, mas também a uma equipa de emergência pré hospitalar. Esses partos extra-hospitalares estão associados a altas taxas de morbidade e mortalidade perinatal (Bhoopalam, 2015 citado por Scheiner, 2016).

Em diversos estudos realizados em países desenvolvidos, a incidência de partos acidentais fora do hospital variou de 0,1 a 2%. Os fatores associados a partos pré-hospitalares acidentais incluem fatores como a multiparidade e a falta de cuidados pré-natais, o que, por si só, pode aumentar o risco de resultados perinatais adversos (Twizer, 2009 citado por Scheiner, 2016).

Noutro grande estudo de base populacional na região de Negev, em Israel, a incidência de partos extrahospitalares acidentais foi de 2%. (Scheiner, 2016). Esses partos foram descritos como “não sendo acompanhados por pessoal qualificado”, ao contrário dos partos que ocorreram no pré hospitalar, mas atendidos por pessoal qualificado, ou seja, por parteiras (Scheiner, 2016).

Um relatório de um Hospital Geral de um distrito do Reino Unido indicou uma baixa incidência de 0,31% dos partos não planejados fora do hospital, ocorridos ao longo de um período de 3 anos. As mulheres eram múltíparas, e 11 de 14 partos (78,6%) ocorreram durante a noite, entre as 20:00 e as 08:00 horas, sugerindo dificuldades no acesso ao hospital (Viisainen, 2016 citado por Scheiner, 2016).

Um estudo da Finlândia, descreveu uma tendência para uma diminuição nos partos acidentais fora do hospital entre 1963 e 1973: de 1,3 para 0,4 por 1000 nascimentos. No entanto, esta tendência foi alterada na década de 1990, quando os números subiram para 1/1000. Essa mudança foi atribuída ao encerramento de pequenos hospitais em partes remotas do país, levando a acesso mais difícil às instalações perinatais (Viisainen, 2016 citado por Scheiner, 2016).

Num estudo retrospectivo de caso-controle, foram identificadas mulheres que tiveram um parto fora do hospital numa área da Escócia durante um determinado período de tempo. De todos os partos, 117 mulheres pariram 121 bebês acidentalmente fora do hospital. A taxa foi de 0,6% de todos os partos registados no hospital (Rodie, 2016 citado por Scheiner, 2016).

Exemplos de partos domiciliares planeados são encontrados também. Num estudo prospectivo destinado a avaliar a segurança dos partos no domicílio na América do Norte, todos os partos envolvendo parteiras profissionais certificadas nos Estados Unidos e Canadá durante o ano de 2000 foram avaliados. A taxa de partos no domicílio planeada foi de 1,6% (Johnson, 2016 citado por Scheiner, 2016).

Na Holanda, aproximadamente um terço dos nascimentos são planeados para partos no domicílio, com a presença de parteiras. Neste estudo transversal, a demografia materna associada ao parto no domicílio incluiu multiparidade, idade acima de 25 anos e morada em cidades pequenas, em oposição a grandes cidades (Anthony, 2016 citado por Scheiner, 2016).

A condição é bem diferente em países subdesenvolvidos. Nessas áreas, o parto domiciliar com profissionais não qualificados é a norma, e as taxas de mortalidade materna e neonatal são altas. Infelizmente, as taxas e os resultados desses partos hospitalares são grosseiramente subnotificados. As causas para essa situação incluem cuidados de emergência inadequados e cuidados domiciliares por parte de profissionais mal equipados e com fraca instrução para responder a emergências, levando a ações inadequadas ou atrasadas. Por exemplo, na zona rural do sul da Etiópia, mais de 90% dos nascimentos ocorrem em casa, na presença de profissionais não qualificados (Sibley, 2016, citado por Scheiner, 2016).

Na maior parte do mundo, a hemorragia pós-parto é responsável por 35% a 55% das mortes maternas. Na Índia, as taxas de mortalidade materna são estimadas em 560/100000 nascidos vivos. Na Índia rural, pelo menos 50% dos nascimentos ocorrem em casa (Kodkan, 2016 citado por Scheiner, 2016). Esses números são relatados num estudo recente que apresenta um projeto para um ensaio clínico randomizado, controlado por placebo, realizado em quatro áreas de centros de saúde primários do Distrito de Belgaum, Karnataka, Índia.

Partos não planeados fora do hospital resultaram numa taxa estatisticamente significativa de hemorragia pós-parto (Scheiner, 2016).

A hemorragia pós-parto devida à atonia uterina é a principal causa direta da mortalidade materna a nível global (WHO, 2015 citado por Scheiner, 2016).

As estratégias de manuseamento da hemorragia pós parto em países desenvolvidos implicam a reposição de fluido cristalóide, transfusões de sangue e cirurgia. Tais terapias definitivas muitas vezes não são acessíveis em países em desenvolvimento e, mais particularmente, em partos fora do hospital. Concomitantemente com esta situação, o fato de quem auxilia a mulher no trabalho de parto não ter a mínima formação necessária para fazer face a estes quadros graves, e que necessitam de intervenção diferenciada imediata, torna mais emergente a necessidade de um acompanhamento mais diferenciado da mulher (Miller, 2016 citado por Scheiner, 2016).

Um estudo publicado na Noruega em 2017, refere que a maioria dos acompanhamentos de doentes que necessitam transferência para centros de apoio diferenciados, são assegurados por médicos de serviços de urgência. No caso particular das emergências obstétricas, o acompanhamento baseado em médicos de urgência são uma solução sistematizada e está descrito que nem as mulheres em trabalho de parto nem os médicos de urgência se sentem seguros no transporte, isto porque a maioria dos médicos de urgência tem pouca experiência em obstetrícia.

Por seu turno, as parteiras/enfermeiras de saúde materna e obstetrícia são especialistas em assistir aos partos e as mais qualificadas quando se trata de avaliar a progressão do trabalho de parto e se há necessidade de acompanhamento

especializado da grávida. Os médicos de urgência são qualificados para ajudar uma parteira e devem estar preparados em emergências para prestar assistência obstétrica na ausência de uma parteira.

O fato de muitas mulheres parirem fora de ambiente hospitalar, aumenta claramente o risco de ter hemorragia pós-parto. É amplamente aceite que a qualidade da assistência à maternidade é uma das principais determinantes das taxas de mortalidade materna. A comunidade médica deverá ser responsável para mudar essa circunstância sempre que possível, conforme detalhado em diversos estudos e evidências disponíveis. Todos os partos devem ser assistidos por pessoal adequadamente treinado, principalmente parteiras/enfermeiros de saúde materna e obstétrica.

Em Portugal, de acordo com o INE (2016), desde 2011 que se tem verificado um aumento do número de partos não planeados fora do hospital.

Existe pois, e apoiado em estudos internacionais, uma necessidade de se criar um sistema de transporte peri-natal em Portugal, uma vez que a evidência indica que ao nível do trabalho de parto, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é o profissional mais qualificado e um maior garante de segurança para a grávida e feto. Assim, desta forma, dar-se-ia cumprimento ao estipulado pela comissão nacional de saúde materna e neonatal como forte recomendação e garante de segurança da grávida e feto.

A segurança pode ser definida como “a prevenção, evitação e melhoria de resultados adversos ou lesões decorrentes do processo de cuidados de saúde” (Vincent, 2008 citado por Smith 2008).

3 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Por forma a haver uma reflexão de acordo com o problema que me levou a optar por esta temática que estou a estudar, torna-se necessária uma descrição do planeamento das atividades, de forma a enquadrar e a justificar o modelo conceptual que decidi escolher para justificar a temática.

3.1 – Modelo Teórico Qualidade Cuidado Duffy and Hoskins

Para apoiar este meu projeto, decidi aplicar o modelo de Qualidade-Cuidado. Este modelo trata, de acordo com a estrutura de conhecimento de enfermagem, de uma teoria intermédia apoiada por duas teorias amplas: a Teoria de Cuidado Humano de Jean Watson e a do Modelo de Saúde de Qualidade de Donabedian. Apresenta-se como um conjunto organizado de informações coerentes, articuladas com questões de interesse para uma disciplina, neste caso para a enfermagem (Venturi, Wolff, Meier, Montezeli e Peres, 2009).

Partindo de cinco pressupostos, o foco principal neste modelo são os cuidados centrados no desenvolvimento, transpondo este modelo para a prática baseada na evidência (Duffy e Hoskins, 2003).

Os cinco pressupostos principais que o Modelo de Qualidade-Cuidado descreve são: o cuidado necessita relacionamento, o cuidado é inerente à prática da disciplina de enfermagem, relacionamentos no cuidado são tangíveis e mensuráveis, a forma como se conhecem os relacionamentos tem significado para os cuidados, e a prática em conjunto com a investigação tem um contributo importante para a qualidade dos cuidados (Duffy e Hoskins, 2003).

Assim, pode afirmar-se, que o foco principal do modelo de Qualidade-Cuidado é transmitir que os cuidados centrados no relacionamento contribuem para a prática baseada na evidência. Este modelo associa o contributo da enfermagem para o cuidado à saúde com fatores biomédicos e psicoespirituais (Duffy e Hoskins, 2003).

É presença constante neste modelo uma procura por evidências dos resultados dos cuidados de enfermagem, traduzindo em que medida o cuidado beneficia os clientes (Venturi, Wolff, Meier, Montezeli e Peres, 2009).

Este modelo tem como componentes centrais os constantes do modelo de avaliação da qualidade em saúde proposto por Donabedian (estrutura, processo e resultado), com uma combinação dos principais conceitos da teoria do cuidado humano de Watson (Duffy e Hoskins, 2003).

Como primeiro componente, temos a **estrutura**, que é compreendida à luz deste modelo, por uma integração de todos os sujeitos e agentes envolvidos (pessoa/família/comunidade/profissionais/sistema) para uma qualidade dos cuidados, com as suas características próprias e únicas, influenciando por isso direta ou indiretamente os resultados dos cuidados (Duffy e Hoskins, 2003).

O segundo componente que integra o modelo é o **processo**, sendo considerado pelos autores como o cerne desta teoria, pois centra os relacionamentos no cuidado. Existem, à luz dos autores, relações independentes, que são as específicas da enfermagem e que se traduzem por uma atuação dos enfermeiros autónomamente das quais são os responsáveis, e as relações colaborativas ou interdependentes que promovem uma atuação conjunta com outros grupos profissionais, com a finalidade da obtenção de resultados positivos para a qualidade dos cuidados (Duffy e Hoskins, 2003).

Por último, surge o terceiro componente que é o **resultado** que nos guia para a perspetiva futura dos participantes. Podem ser resultados intermédios que podem levar a uma alteração do comportamento, a diminuir receios, a adesões a tratamentos, ou até levar a deteções precoces de sintomas importantes, podendo ou não alterar o resultado final, afetando por isso, a qualidade de vida e os custos e satisfação com o tratamento, bem como ainda à diminuição de readmissão hospitalar.

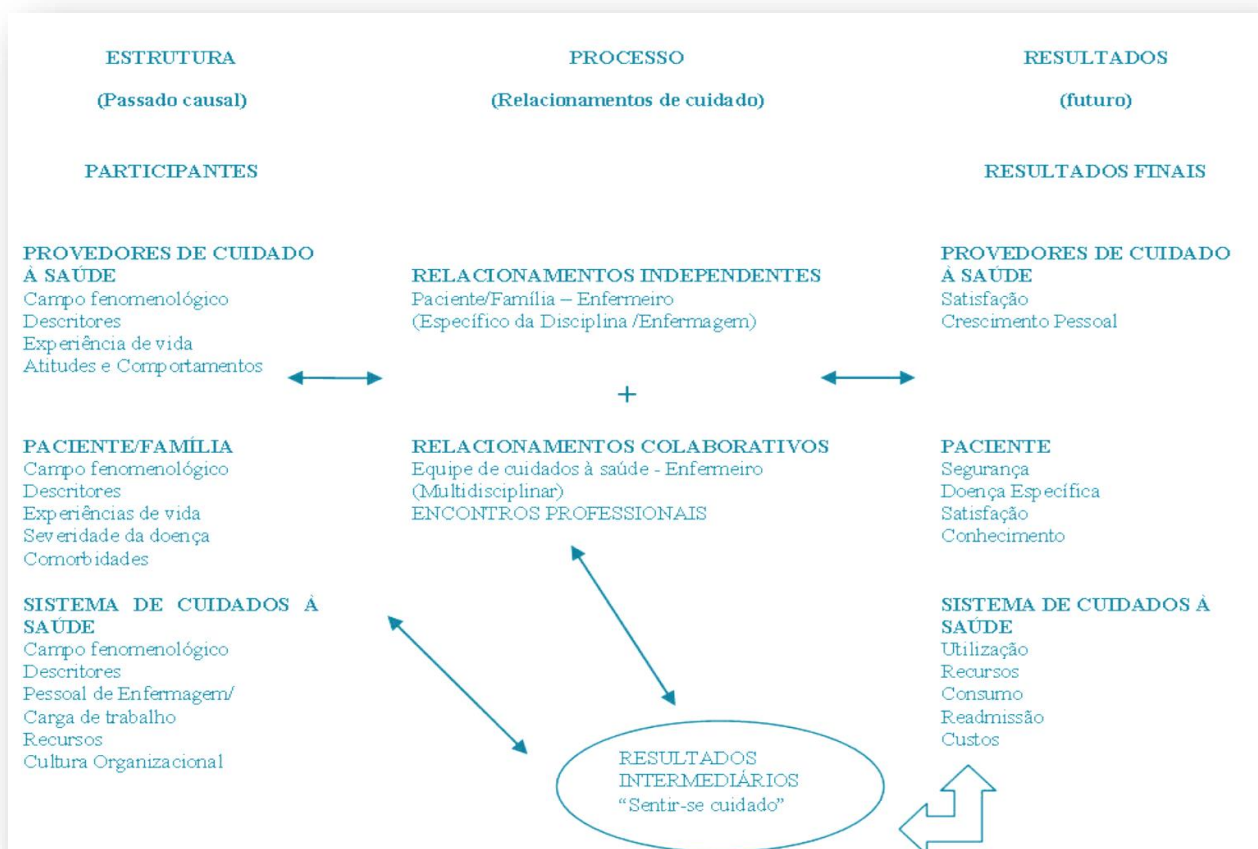


Figura 1 – Diagrama Modelo de Qualidade - Cuidado

Fonte: Venturi, Wolff, Meier, Montezeli, & Peres, 2009 , Adaptado de Duffy, Quality care in Nursing. P.36

Como se pode constatar, não se trata de um modelo linear mas sim dinâmico, que não descreve a sistematização da assistência, pese embora sugira, com ênfase nos relacionamentos pessoais, a utilização de etapas do método científico durante o cuidado (Venturi, Wolff, Meier, Montezeli e Peres, 2009).

Tem este modelo como finalidade principal avaliar e analisar a prática profissional da enfermagem, promover e expor o trabalho, muitas vezes invisível da enfermagem, descrever as diversas conexões conceituais teórico-empíricas entre qualidade do cuidado e o cuidado humano e, por ultimo, propôr uma agenda de pesquisa com a finalidade de mostrar o valor da profissão (Venturi, Wolff, Meier, Montezeli e Peres, 2009).

Este modelo implica que relacionamentos que são caracterizados por cuidado, conduzam a um contributo para resultados positivos nas famílias, nos prestadores e

sistemas de cuidados de saúde, contribuindo, desta forma, para um desenvolvimento da ciência do cuidar. Por isso, este modelo compreende também estudos com impacto nas políticas de saúde e instituições. Este modelo serve de base para estudos que avaliem indicadores de segurança e qualidade, eventos adversos e de segurança no cuidado e riscos para o cliente (Venturi, Wolff, Meier, Montezeli e Peres, 2009).

Existem vários estudos que estão publicados pelas autoras da teoria que exemplificam a sua aplicação, tais como o modelo de cuidado a clientes críticos e cuidados extra hospitalares na paragem cardio respiratória, por exemplo (Venturi, Wolff, Meier, Montezeli e Peres, 2009).

Por isso, é cada vez mais importante, que a ciência do cuidar, Enfermagem, mostre a qualidade dos seus serviços, sendo o ambiente de cuidados o mostrador por excelência do cerne da profissão.

4 – METODOLOGIA

4.1 – Finalidade e Objetivos

O principal objetivo que tracei para o estudo desta temática não se prende, de todo, somente com uma abordagem teórica referente à temática em estudo ou com a scoping review mas, principalmente, e acima de tudo, com um desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Por isso, o desenvolvimento das competências do EEESMO, e a sua formação, deve estar concordante com o preconizado nas diretivas da União Europeia no reconhecimento das qualificações profissionais, publicada na diretiva nº 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de Setembro, que se encontra transcrita para a Lei Portuguesa através da Lei nº9/2009 de 4 de Março, com a definição das competências essenciais à prática da Enfermagem Obstétrica do ICM (2019) e, por último, com o regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (OE, 2019).

Além dos documentos citados anteriormente, apoiei o meu desempenho nos seguintes documentos que considero pertinentes para o meu processo de aprendizagem na prática de Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica. A saber:

- Decreto Lei 161/96 de 4 de Setembro – REPE;
- Documento da OMS para um parto natural de Fevereiro de 2018;
- Código Deontológico do Enfermeiro.

Assim, com o apoio destes documentos, procurei orientar a minha prestação de cuidados ao longo dos EC por onde desenvolvi a minha atividade e por conseguinte o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais enquanto futuro EEESMO. Procurei assentar o desenvolvimento das minhas competências no respeito pela mulher/família, no processo de gravidez com todas as alterações

fisiológicas inerentes e numa adequação dos recursos, tanto os técnicos-científicos como os relacionais.

4.2 – Protocolo de Scoping Review

O protocolo de scoping review permite mapear as evidências de várias maneiras. Realiza-se com o objetivo de fornecer um mapa das evidências disponíveis e podem por isso utilizar-se como um exercício preliminar antes da realização de uma revisão sistemática. As scoping reviews são úteis para examinar evidências emergentes quando ainda não está claro o que outras questões mais específicas podem colocar (JBI, 2015).

As scoping reviews também podem ser conduzidas independentemente para examinar áreas amplas para identificar lacunas nas evidências, esclarecer conceitos chave e relatar os tipos de evidências que abordam e informam a prática numa área temática. Também podem ser usadas para mapear evidências (JBI, 2015).

Após ter escolhido a temática e ter realizado uma revisão da literatura sobre este tema, sendo que esta revisão abrangeu a consulta de monografias, teses de dissertação de mestrados e de doutoramentos, sites de organizações governamentais e não governamentais, bem como revistas, livros e jornais científicos e não científicos, defini a questão de investigação que serviu como base para a elaboração dos objetivos a atingir com este projeto.

Defini então, como pergunta de partida para este projeto:

“Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia que promovem a segurança da grávida/parturiente na assistência Extra Hospitalar?”

- **(P) População:** Pregnancy.

- **(C) Conceito:** Nurse Midwife; Patient Safety.

- **(C) Contexto:** Transfer Intrahospital; Transfer Interhospital; Patient Transfer;

Emergency Medical Services; Delivery Obstetrics.

4.2.1 – Estratégia de Pesquisa

Para além da importância do desenvolvimento de competências nesta área de cuidados, surge também a necessidade de fundamentação científica das intervenções realizadas. Como tal foi efetuada uma revisão da literatura.

4.2.2 – Critérios de Seleção, Inclusão e Exclusão

Quadro 1 – Critérios de Seleção, Inclusão e Exclusão

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População	Grávidas com idade gestacional igual ou superior a 22 semanas.	
Conceito	Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; segurança do cliente.	Textos que façam referência a paramédicos.
Contexto	Transferência intra hospitalar e inter hospitalar; serviços de emergência médica; parto.	Partos no domicílio por escolha da mulher.
Tipo de textos	Todo o tipo de literatura existente, sejam revisões de literatura, estudos qualitativos, quantitativos e mistos, dissertações de mestrado e doutoramento, literatura cinzenta, opiniões de peritos, estudos de caso.	

Data da publicação	Entre Janeiro de 2008 até Dezembro de 2019.	
Idioma da publicação	Português, Inglês e Espanhol.	
Disponibilidade de texto	Full Text.	

Durante a estratégia de pesquisa considerei os textos publicados e os não publicados. Recorri para isso à plataforma EBSCOhost através do meu login na área reservada do site da OE e também da rede da ESEL, para aceder às bases de dados CINAHL Plus with full text, MEDLINE with full text e Nursing & Allied Health Collection - Comprehensive, com a finalidade de obter palavras de linguagem natural que versassem os critérios de inclusão. Também foi utilizada a base de dados Google Scholar para pesquisa de conceitos e literatura cinzenta. Foram então identificadas as seguintes palavras chave: Pregnant, Nurse Midwife, Midwife, Patient Safety, Emergency Medical Services, Transfer Intrahospital, Patient Transfer, Delivery Obstetrics.

4.2.3 - Fase de Identificação:

Da consulta da base de dados **CINAHL Plus with full text** recorri ao CINAHL Headings afim de recuperar termos indexados a cada palavra-chave e, com a utilização das expressões booleanas OR e AND e após a aplicação dos limitadores da pesquisa - intervalo temporal entre 2008-2019 e a disponibilidade do texto em full-text, resultaram 63 estudos.

Relativamente à base de dados **MEDLINE with full text**, repeti o procedimento metodológico descrito anteriormente, recorrendo para isso ao MeSH2017 para encontrar a indexação a cada palavra-chave. Após a aplicação das expressões booleanas OR e AND, do intervalo temporal entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2019 e a disponibilidade em full text, encontrei 42 registos.

Relativamente à base de dados **Nursing & Allied Health Collection**, repeti o procedimento metodológico descrito anteriormente, recorrendo para isso ao uso de Assuntos para encontrar a indexação a cada palavra-chave. Após a aplicação das expressões booleanas OR e AND, do intervalo temporal entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2019 e a disponibilidade em full text, encontrei 10 registos.

Relativamente à utilização da base de dados **Google Scholar**, a pesquisa foi limitada ao intervalo temporal de 2008 a 2019, em língua inglesa, portuguesa e espanhola. Após a aplicação das expressões booleanas OR e AND, do intervalo temporal entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2018 foram encontrados 90 registos.

Resumindo, os descritores utilizados para a pesquisa (Bolean/Phrase) foram os seguintes: (“Pregnancy”) **AND** (“Nurse Midwife” OR “Midwife” OR “Patient Safety”) **AND** (“Transfer Intrahospital” OR “Transfer Interhospital” OR “ Patient Transfer” OR “Emergency Medical Services” OR “Delivery Obstetric”).

Também foram adicionados artigos dos quais tinha conhecimento prévio à pesquisa realizada, uma vez que estes se referem à temática em estudo e que considere pertinente.

4.2.4 - Fase de Screening:

Sendo o total das pesquisas nas bases de dados de 205 textos, foram eliminados 155 artigos por não cumprirem critérios de inclusão e por serem duplicados, sendo que restaram 50 artigos.

4.2.5 - Fase de Elegibilidade:

Dos 50 artigos foram então lidos o título e o resumo, e, por não cumprirem critérios de inclusão ou por cumprirem critérios de exclusão, foram então eliminados 35 artigos.

4.2.6 - Fase de Inclusão:

Incluí então 15 textos, cujo resumo apresento em anexo II para cada um deles.

Para simplificar o processo acima descrito, apresento o seguinte fluxograma que

explica o descrito anteriormente.

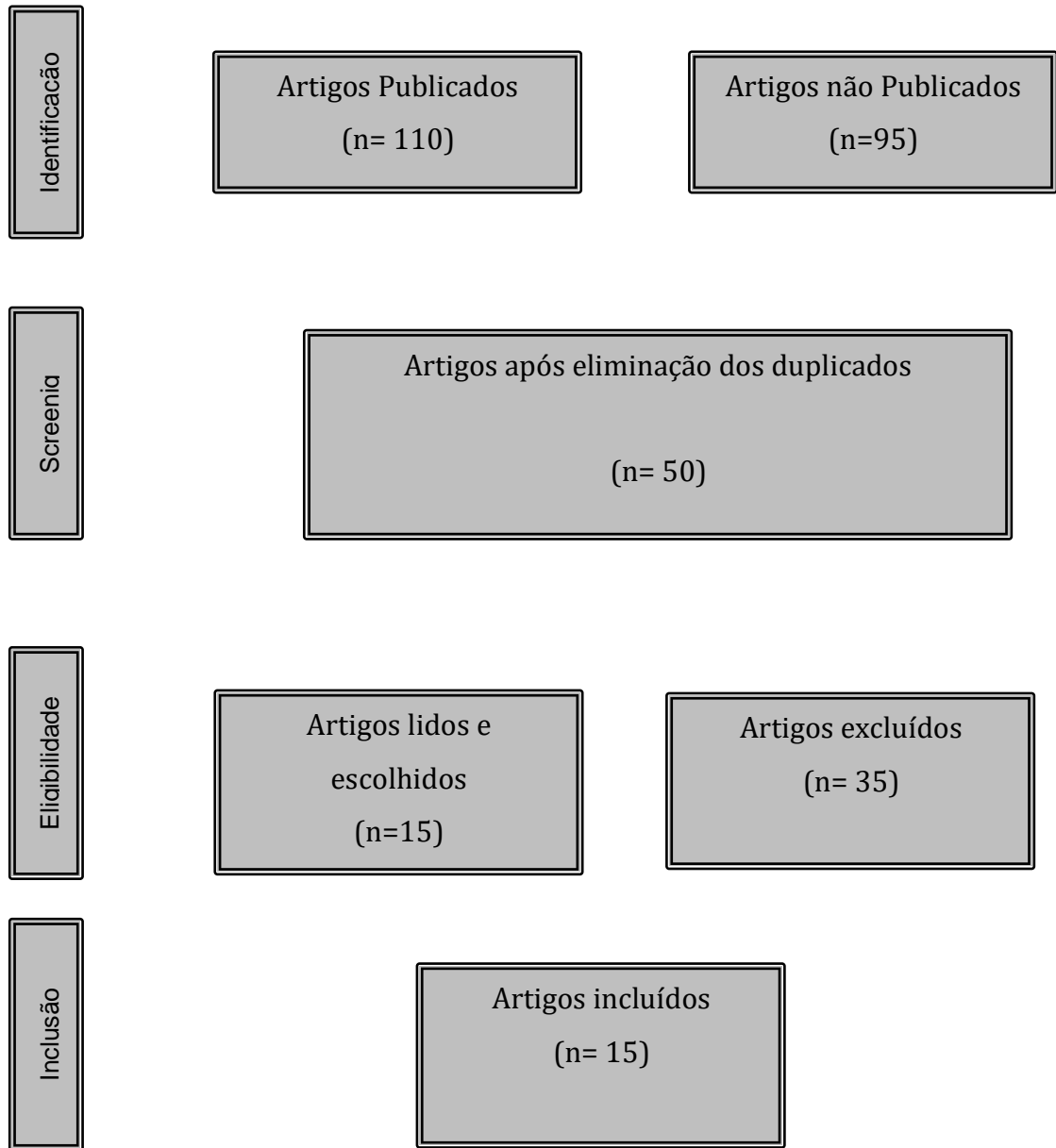


Figura 2 – Fluxograma do Processo de Pesquisa

4.2.7 - Apresentação dos Resultados

No Anexo II, apresento o resumo de cada estudo que preencheu os critérios de inclusão.

4.3 – Notas de Campo

O conceito de notas de campo está historicamente ligado à observação participante e é o instrumento de registo de dados do investigador no “campo”, onde são anotadas de forma completa, precisa e detalhada as ações observadas ou vividas (Ruano, 2007).

As notas de campo não se destinam somente à função de recolha de dados, mas também ajudam a criá-los e a anotá-los para depois os analisar (Ruano, 2007).

Existem 3 tipos diferentes de notas de campo: as metodológicas que consistem na descrição do desenvolvimento das atividades de investigação e o seu desenvolvimento; as notas teóricas que se destinam à construção de uma interpretação teórica da situação em estudo, e finalmente as notas descritivas que se centram no objeto de estudo e nas quais se recolhem dados exaustivos da situação observada (Ruano, 2007).

Para a problemática em estudo, foram realizadas notas de campo após contacto com agentes da emergência pré-hospitalar, parturientes transportadas em trabalho de parto para o hospital e parturientes cujo nascimento tenha ocorrido em ambiente de emergência pré-hospitalar. São apresentados os resultados em Anexo III.

4.4 – Resultados e Implicação para a Prática

Finalizada então a análise dos dados obtidos parcelarmente, importa agora apresentar os resultados, e à luz da questão de investigação, interpretar os resultados. Pretendo, nesta fase do desenvolvimento de competências onde me encontro, justificar e apresentar o meu percurso formativo realizado.

Durante o desenvolvimento da temática em estudo, foi muito enriquecedora a colheita de notas de campo junto dos atores da emergência médica. Foi muito enriquecedor perceber o ponto de vista e a forma como os cuidados e atendimento à grávida/parturiente são realizados por profissionais não EEESMO. Por outro lado, os

EEESMO que realizam transferências inter hospitalares também relatam algum receio por estarem fora do seu ambiente normal de atuação que é o bloco de partos.

Existem muitos pontos relevantes e transversais aos diversos agentes envolvidos no cuidado à grávida/parturiente. É unânime que o parto é um momento único e que os habituais agentes da emergência pré hospitalar que auxiliam uma parturiente não se esquecem jamais.

Também é unânime o receio e medo do trabalho de parto. Foi referido quase unânimamente que as ativações para “mulher grávida” ou “ parto iminente” são das que causam maior stress nos agentes de emergência pré-hospitalar, sejam de que classe profissional forem.

Transversalmente a todos os grupos profissionais, é também referido uma maior necessidade de formação na área, pois em questões que não sejam tão lineares, desconhecem que atuação devem ter.

Em situação de emergência imediata na parturiente, referem não saber e não se sentir à vontade para atuar e a maioria dos agentes referem desconhecer que manobras devem realizadas.

Relativamente ao papel do EEESMO em ambiente de transferência inter hospitalar, é unânime o ambiente muito diferente que permite prestar cuidados seguros à grávida/parturiente numa cultura de segurança. Referem a falta de monitorização como um factor principal, bem como a falta de outros profissionais especializados (médico obstetra e pediatra).

Realizei então um plano de cuidados baseado na teoria do modelo de qualidade-cuidado ilustrando como operacionalizar os cuidados em ambiente de emergência pré-hospitalar:

Quadro 2 - Plano de Cuidados à grávida/parturiente em ambiente de emergência pré hospitalar/inter-hospitalar

Competência	Estrutura Participantes	Processo		Resultados Finais
		Independentes	Colaborativos	
<p>Cuidar a mulher inserida na família durante o trabalho de parto (OE, 2019) em ambiente de emergência pré hospitalar e inter hospitalar</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Consultar normas e protocolos de serviço; -Realizar pesquisa bibliográfica; -Realizar acolhimento à mulher e família; -Demonstrar sempre disponibilidade e respeito; -Informar acerca das intervenções de cuidados especializados de EEESMO; -Informar sinais e sintomas de risco; -Ensino de medidas para evitar desconfortos; -Explicar consentimento informado de procedimentos; -Mostrar disponibilidade para apoiar no necessário; - Promover a vinculação precoce e o aleitamento materno; -Incentivar a mulher a colocar em prática o seu plano de parto ou as suas preferências; -Promover uma abordagem visando um ambiente seguro em ambiente extra hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevista e observação inicial; -Colheita de dados; -Consulta da informação que a mulher/família possuem relativamente à gravidez atual (boletim da grávida, processo clínico, meios complementares de diagnóstico anteriores); -Gestão dos meios e sistema do pré hospitalar para adequação à grávida/família; -Realizar, se presente no meio, CTG, interpretar os padrões anormais para uma referência precoce antes da chegada ao hospital de destino; -Avaliação de cervicometria, membranas, apresentação fetal e características da bacia; -Avaliar placenta e integridade da mesma; -Avaliar o cordão umbilical; -Avaliar integridade do canal de parto; -Avaliar o líquido 	<ul style="list-style-type: none"> -Detetar precocemente complicações e proceder a encaminhamento e referência das mesmas; -Administração de terapêutica prescrita, -Aplicar técnicas de reparação do canal de parto quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> -Adquirir e desenvolver competências para prestar cuidados especializados durante o TP à mulher/família, seja em partos eutócicos, distócicos ou com patologia associada; -Mobilizar os conhecimentos das aulas teóricas e de pesquisas de evidência para desenvolver a capacidade de compreensão e de resolução dos fenómenos que surjam em situação de prática de cuidados; -Refletir sobre as intervenções de cuidados especializados do EEESMO que levem ao envolvimento de implicações e responsabilidades éticas e sociais; -Desenvolver capacidade de transmitir conhecimentos, raciocínios e soluções de forma a orientar as clientes. (ESEL, 2018)

		amniótico e despistar complicações aquando da rotura de membranas; -Auxiliar no parto quando apresentação cefálica, pélvica de emergência, aplicando as regras de boa prática; -Vigiar o globo de segurança de Pinard; -Registar a evolução do TP no partograma e interpretar o mesmo; -Elaborar uma folha de registos específicos para emergências obstétricas.		
--	--	--	--	--

4.5 – Considerações Éticas

A investigação científica deve ser considerada como uma atividade humana com grande responsabilidade ética pelas características inerentes, devendo incluir a investigação em enfermagem princípios tais como verdade, rigor, isenção, persistência e humildade (Martins, 2008).

Cada vez mais se considera a investigação como um aliado da enfermagem, uma vez que esta conduz a um contínuo desenvolvimento da profissão com tomadas de decisão com a finalidade de uma excelência nos cuidados aos utentes, com saberes alicerçados e consolidados, demonstrando um forte contributo para a visibilidade social (Martins, 2008).

Em 2006, a OE define 4 eixos considerados fundamentais e prioritários para a investigação em enfermagem:

“ adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias de inovação/liderança

e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.” (Martins, 2008, p.63).

A enfermagem, através da investigação, procura o fomentar um caráter reflexivo com capacidade de analisar criticamente as situações afim de se desenvolver como ciência, uma vez que é interrogando aquilo que é feito, sob forma de reflexão, indagando as práticas profissionais e modelos de trabalho, que vão sendo encontradas alternativas para os problemas que surgem (Martins, 2008).

A ética, é por isso entendida como um conjunto de valores e princípios que fazem com que se opte pelo melhor para o investigado, promovendo o respeito pela pessoa como pessoa.

Grande (2000) citado por Martins (2008), refere que, em qualquer que seja a natureza do processo de investigação, devem ser observados os princípios universais da ética, tais como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Estas permissas essenciais foram o fio condutor no decurso da implementação do meu projeto ao longo do meu percurso de desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais, dando assim cumprimento ao plasmado no REPE que refere que “ as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2009).

No decorrer do EC, sempre me identifiquei nos pontos de contacto, quaisquer que fossem estes, seja no acolhimento ou na observação das mulheres, como enfermeiro a frequentar a especialização em saúde materna e obstetrícia, cumprindo desta forma o respeito dos direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Toda a investigação em enfermagem deverá estar bem assente nos pilares de competência, respeito e responsabilidade.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegou ao fim mais uma etapa do meu percurso como enfermeiro, etapa esta muito importante para mim. É um culminar de um desafio que abracei há 2 anos atrás, o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais em enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Ao terminar este relatório de estágio com a implementação do projeto que tracei, observo que este mesmo instrumento se veio a revelar um momento de reflexão da real dimensão do que foi o meu percurso na aquisição de competências especializadas de cuidar.

No decurso do desenvolvimento do estudo desta temática, procurei seguir ao máximo um rigor metodológico, mas foram encontradas algumas limitações que passo a descrever.

Quase todos os dias existem partos em ambiente pré hospitalar, mas efetivamente não existe nenhum documento oficial onde se registe a casuística e se traduza em números o que está relacionado com esta temática. Para tal, desenvolvi um documento (Anexo V) que pretendo ser um ponto de partida para implementação dos registos em ambiente de emergência pré hospitalar.

Pese embora a dificuldade sentida em perceber o número real de partos/acompanhamento de grávidas, realizei notas de campo com diversos agentes, desde médicos e enfermeiros de emergência pré hospitalar, técnicos de emergência pré hospitalar e bombeiros que já tinham assistido mulheres grávidas/parturientes.

Os EEESMO com os quais me fui cruzando ao longo dos EC foram muito disponíveis para abordarem esta temática comigo, numa perspetiva de formação informal entre pares.

Outra limitação importante foi uma escassez de estudos sobre a temática na realidade portuguesa e europeia, mesmo que para tal tenha alargado termos de pesquisa e realizado diversas scoping review.

A realidade de Portugal é, sem sombra de dúvida, muito diferente da de países de outras zonas do mundo. Em alguns países, constatei a implementação de sistemas de emergência pré-hospitalar dedicados ao acompanhamento da mulher grávida. Tentei acima de tudo mapear e conhecer outras realidades diferentes do que existe em Portugal.

De acordo com o referido pela maioria dos agentes de emergência médica a atuar em Portugal, o parto é um momento muito gratificante para a vida destes profissionais. Mas os mesmos não estão sensibilizados nem preparados para a atuação nos casos que se desviem dos normais padrões fisiológicos, tais como hemorragia pós parto, retenção de restos placentares, distócias, prolapso do cordão umbilical e doenças da grávida.

A maioria destes agentes referiram também a necessidade de formação mais efetiva nesta área, com uma abordagem das emergências na gravidez e parto mais aprofundada.

Ao longo do CPLEESMO desenvolvi as competências que estão descritas no RCEEEESMO (OE, 2019), tendo, devido à minha área de estudo, desenvolvido mais a competência 3 “ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto ” e a competência 4 “ Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal ” (OE, 2019).

No que concerne às atividades e objetivos a atingir que se encontram definidos pela união europeia para a livre circulação de parteiras, foram atingidos na totalidade, concretamente ao referente dos requisitos mínimos para o exercício profissional como EEESMO. Foram registadas todas as atividades desenvolvidas ao longo do CPLEESMO aqui no relatório e em livro próprio fornecido pela coordenação de curso e validadas as ações pelos diversos atores responsáveis pela minha formação, nomeadamente enfermeiros orientadores, orientador da escola e regente de cada EC.

É notícia de destaque cada vez que se nasce pelo caminho. Por isso, cada vez mais é necessário proporcionar os mesmos direitos, dentro dos possíveis, dos cuidados diferenciados e especializados à grávida/ parturiente/ puérpera/ tríade do encontrado

num bloco de partos. A constituição da República Portuguesa assim o menciona no artigo 64º. Prespetivo um longo trabalho que há ainda a percorrer, pelo que o início foi aqui desenvolvido e as competências adquiridas ao longo destes 2 anos. Urge demonstrar aos decisores políticos que é necessário olhar para a saúde materna em contexto de ambiente extra hospitalar e fornecer às grávidas/parturientes/famílias uma experiência de parto ainda mais positiva e que transmita confiança, bem como formar os diferentes agentes da emergência extra hospitalar nas lacunas que foram referidas. No futuro, trabalharei para a criação de um sistema de transporte para grávidas/ parturientes/ puérperas que se assemelhe o mais possível à realidade que existe num bloco de partos, com EEESMO's como agentes da cadeia de resposta aos pedidos da população à semelhança do já existente em alguns membros na da Comunidade Europeia onde estamos inseridos.

O desafio está lançado...em frente é o caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, Isabel (2001) – *Formação Reflexiva*. Revista Referência. [em linha]. Vol. 6 (maio, 2001). ISSN: 0874-0283. Acedido em: 17/07/2018. Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=forma%C3%A7%C3%A3oreflexiva&id_w_ebsite=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076.

Batista, Inês (2018) - *Estrela da Vida* Acedido em 23 de Junho de 2018
Disponível em linha:
repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1352/1/Tese%20Completa.pdf.

Batista, R.; Martins, J.; Pereira, M.; Mazzo, A. (2014) – *Simulação de Alta Fidelidade no Curso de Enfermagem: Ganhos percebidos pelos estudantes*. Revista de Enfermagem de Referência, série IV- nº1 – Fev/Mar 2014 pp135-144.

Domenico, Edvane; Ide, Cilene (2003) – *Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades*. Rev Latino-am Enfermagem. [em linha]. Vol. 11, n.º 1 (janeiro-fevereiro, 2003) p. 115-118. ISSN 0104-1169. Acedido: em 12/07/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf>.

Europe Society For Emergency Medicine *What is EM? Policy Statements*. Acedido em 23 de Junho de 2018 .
Disponível em linha em:
www.eusem.org/about-us/what-is-em.

Fernandes, A., Valente, M., Catarino, R. (2012). *Transporte do Doente Crítico*. (INEM, Ed.) (1ª ed.). Lisboa: INEM.

Internacional Confederation Of Midwives (2019). *Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira 2018 UPDATE*. Acedido em: 23/05/2019.
Disponível em:
<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standard>

[s%20Comptencies%20Tools/Compete%CC%82ncias%20Essenciais%20para%20o%20Exerci%CC%81cio%20Ba%CC%81sico%20da%20Profissa%CC%83o%20de%20Parteira%202019.pdf.](#)

Joanna Briggs Institute (2015) – *The Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute, University of Adelaide, Australia.

Kleinpell, R., Munro C., Giuliano K. (2008) *Targeting Health Care–Associated Infections: Evidence-Based Strategies.*, Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Madeira S, Porto J, Nieves F, (2011) *Manual de Suporte Avançado de Vida* – INEM, Segunda Edição.

Martins, J. (2008) *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Rev. Pensar enfermagem Vol12 nº2 2º semestre de 2018 pp 62-66.

Matos, A. (2010) *“De longe se faz «parto»!”: Os movimentos de protesto sobre o encerramento de maternidades em Portugal enquanto modalidade legítima de participação cidadã nas decisões políticas* Tese de Doutouramento, Universidade de Coimbra.

OMS (1997). *División de desarrollo de sistemas y servicios de salud (hsp) programa de desarrollo de recursos humanos (hsr) 11. El desafío educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud. Grupo de trabajo sobre evaluación de la capacitación en salud. 1*, Buenos Aires: Junho.

Ordem Dos Enfermeiros (2019). *Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série nº26 de 6 de Fevereiro de 2019 Lisboa, Portugal.

Ordem Dos Enfermeiros (2019). *Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Diário da República, 2.ª Série – Nº85 – 3 de Maio de 2019, Pág. 13560.*

Ordem Dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem Dos Enfermeiros (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra hospitalar. Diário da República, 2.ª Série – Nº74 – 16 de Abril de 2018, Pág. 10758.*

Pinto, Nuno (2014) *Emergência Pré-Hospitalar: O Papel do Enfermeiro no Âmbito da Desfibrilhação Automática Externa* Acedido em 23 de Junho de 2018. Disponível em linha em :

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2058/1/PINTO%2c%20Nuno%20Filipe%20Costa%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>.

Pirneskoski, J., Peräjoki, K., Nuutila, M., E Kuisma, M. (2016). *Urgent EMS managed out-of-hospital delivery dispatches in Helsinki.* Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 24, 94.

Acedido em 23 de Junho de 2018. Disponível em linha:

<http://doi.org/10.1186/s13049-016-0285-5>.

Ruano, O. (2007) – *El trabajo de campo en investigación cualitativa.* Nure Investigación, nº29, Julio-Agosto 07.

Santos, A. (2019) – *Guia Orientador do EC Estágio com Relatório.* Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Sheiner, E. Et Al (2016) *Out of Hospital Deliveries* Acedido em 23 de Junho de 2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/265059165_OUT-OF-HOSPITAL_DELIVERIES_

Smith A., Dixon A., Page, P. (2009), *Health-care professionals' views about safety in maternity services: a qualitative study*. Midwifery, Volume 25, Issue 1 2009, Pages 21-31.

ISSN 0266-6138 <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.11.004>.

Who – World Health Organization – Europe (2008) *Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization*. Copenhagen.

Venturi K., Wolff L. Meier M., Montezeli J., Peres A. (2013) *Modelo Qualidade-Cuidado: Uma Mid Range Theory Fundamentada em Watson e Donabedian*, *Ciência, Cuidado e Saúde*, vol 8 nº2 (2009) pp280-285.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4015/cienccuidsaude.v8i2.8212>.

Verdile V., Tutsock G., Paris P., Kenedy R. (1995) *Out of Hospital Deliveries: A Five Year Experience*. *Prehospital and Disaster Medicine*, 10 (1), 10-13.

DOI: 10.1017/S1049023X00041571.

ANEXOS

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DO TEMA DO TRABALHO



Declaração

Isabel Maria Guerra Gordinho de Rogado Serra, Professora Coordenadora e Irene Maria Trindade Soares, Professora Adjunta, ambas no Departamento de Enfermagem de Saúde Materna desta escola, mencionam que aceitam orientar e coorientar respetivamente o relatório do estágio da estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, **Nuno Miguel Silva Rente**, com o N^o 8298, com o título “**O Enfermeiro Obstetra na Segurança da Grávida/ Parturiente em ambiente Extra Hospitalar**”.

Lisboa, 27 de fevereiro de 2020

O Professor Orientador

Isabel Maria Guerra Gordinho de Rogado Serra

O Professor Coorientador

Irene Maria Trindade Soares

ANEXO II

QUADROS RESUMO ESTUDOS SELECIONADOS SCOPING REVIEW

Quadro 3 – Apresentação dos dados do texto: *Characteristics and outcome of unplanned out of institution birth in Norway from 1999 to 2013: a Cross sectional study*

Artigo 1	Characteristics and outcome of unplanned out of institution birth in Norway from 1999 to 2013: a cross sectional study
Autores	Bjorn Gunnarsson, Alexander Smarason, Eirik Skogvoll and Sigurd Fasting
Ano	2014
Tipo de estudo	Estudo transversal
População	Todos os partos na Noruega de 1999 a 2013 com IG maior ou igual a 22 semanas
Objetivos	Estudo da incidência e resultados dos partos não planejados fora de Hospital
Resultados	Mulheres jovens têm incidência maior de partos não planejados, e por sua vez, uma maior taxa de mortalidade e morbidade associada. Os recém nascidos de baixo peso resultantes do parto fora do hospital apresentam uma maior taxa de mortalidade nas primeiras 5 semanas de vida
Implicações para a scoping review	As complicações e os resultados dos partos não planejados ocorridos fora de ambiente hospitalar
Referência	Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 93 (2014) 1003–1010

Quadro 4 - Apresentação dos dados do texto: *Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: Closing maternity units in Burgundy*

Artigo 2	Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: Closing maternity units in Burgundy
Autores	Combier, E. et al
Ano	2013
Tipo de estudo	Estudo transversal
População	Partos de feto único com IG igual ou superior a 22 semanas entre 2000 e 2009 de residentes numa região de França
Objetivos	Estudar o impacto do transporte de grávidas para as maternidades e os resultados desse transporte
Resultados	O transporte foi considerado como potenciador de resultados com impacto negativo na saúde peri-natal
Implicações para a scoping review	O estudo descreve que as distâncias percorridas pela grávida no transporte para a maternidade acarreta riscos significativos nos resultados de saúde perinatal
Referência	Health & Place 24 (2013) 225–233 http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.09.006

Quadro 5 – Apresentação dos dados do texto: *An ambulance referral network improves access to emergency obstetric and neonatal care in a district of rural Burundi with high maternal mortality*

Artigo 3	An ambulance referral network improves access to emergency obstetric and neonatal care in a district of rural Burundi with high maternal mortality
Autores	Tayler-Smith, K. Et al
Ano	2013
Tipo de estudo	Estudo transversal

População	Todas as grávidas que foram transferidas de ambulância com ou sem risco obstétrico, residentes no distrito de Kabezi, no intervalo temporal de Janeiro a Dezembro de 2011
Objetivos	Estudo do custo do sistema de transporte e referência de grávidas nesta região e comparação dos tempos de distância até à maternidade com apoio diferenciado para complicações peri natais
Resultados	O estudo demonstra que é possível implementar um sistema de transporte que se traduz em ganhos de saúde peri natais
Implicações para a scoping review	O efetivo sistema de transporte da grávida traduz uma diminuição das complicações e mortalidade peri natal
Referência	Tropical Medicine and International Health volume 18 no 8 pp 993–1001 august 2013 doi:10.1111/tmi.12121

Quadro 6 – Apresentação dos dados do texto: *Fetal monitoring in the prehospital setting*


Artigo 4	Fetal monitoring in the prehospital setting
Autores	Duchateau F. et al
Ano	2010
Tipo de estudo	Estudo descritivo observacional
População	145 grávidas
Objetivos	Avaliar a utilização da monitorização materno-fetal por cardiotocografia nas intervenções pré hospitalares e nas transferências intra e inter hospitalares
Resultados	A monitorização da frequência cardíaca fetal mostra-se como um adjuvante importante em ambiente fora do hospital no cuidado e

	vigilância de grávidas
Implicações para a scoping review	O estudo evidencia a importância do acompanhamento em ambiente pré hospitalar da grávida por parte do EEESMO, bem como a utilização e a interpretação da cardiografia na monitorização da grávida por parte do mesmo
Referência	The Journal of Emergency Medicine, Vol. 39, No. 5, pp. 623–628, 2010 doi:10.1016/j.jemermed.2008.05.020

Quadro 7 – Apresentação dos dados do texto: *Out of Hospital Deliveries*

Artigo 5	Out of Hospital Deliveries
Autores	Sheiner, Eyal
Ano	2016
Tipo de estudo	Estudo descritivo transversal
População	Grávidas em diversos países do mundo
Objetivos	Estudar os resultados do parto não planeado fora do hospital e as suas implicações na saúde materno/fetal/recem nascido
Resultados	O risco de hemorragia grave pós parto e complicações neonatais está aumentado neste tipo de parto. É urgente que todos os partos sejam assistidos por pessoal treinado e especializado, principalmente por EEESMO, principalmente as grávidas de alto risco
Implicações para a scoping review	Documenta as principais complicações dos partos não planeados fora de ambiente hospitalar, seja em países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento. Evidencia a importância do acompanhamento do trabalho de parto por pessoal qualificado e treinado
Referência	Out of Hospital Delivery, Ben Gurion University of Negev, 2016, Cap 46

Quadro 8 – Apresentação dos dados do texto: *Pre Hospital Maternity Care in Norway*

Artigo 6	Pre Hospital Maternity Care in Norway
Autores	Egenberg S., et al
Ano	2017
Tipo de estudo	Quantitativo
População	Partos não planeados fora do hospital na Noruega no ano de 2008
Objetivos	Estudar a organização do sistema de emergência médica na sua vertente peri natal
Resultados	O sistema de emergência médica peri natal na Noruega apresenta-se como bem organizado. Está dividido por municípios em que cada um deles contrata EESMO para estar de prevenção que, em caso de necessidade, assistem a grávida e a acompanham até ao hospital
Implicações para a scoping review	A descrição do funcionamento de um sistema dedicado exclusivamente ao cuidado pré hospitalar ao nível da saúde peri natal
Referência	Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131:2347  DOI: 10.4045/tidsskr.11.0301

Quadro 9 – Apresentação dos dados do texto: *Etapas del montaje de una guía audiovisual de asistencia al parto urgente, destinado a personal sanitario de urgencias y emergencias*

Artigo 7	Etapas del montaje de una guía audiovisual de asistencia al parto urgente, destinado a personal sanitario de urgencias y emergencias
Autores	Lara J. et al
Ano	2011
Tipo de estudo	Artigo de jornal académico

População	EEESMO e restante pessoal profissional de saúde
Objetivos	Criação de um audiovisual que familiarize os profissionais de saúde com o atendimento perante um parto fora do hospital não planejado
Resultados	Criação de um audiovisual formativo que explica as etapas do parto eutócico
Implicações para a scoping review	A formação prestada por EEESMO a outros profissionais de saúde como forma a prestar o auxílio à grávida perante um parto não planejado fora do hospital
Referência	Matronas Prof. 2012; 13(1): 29-32

Quadro 10 – Apresentação dos dados do texto: *What an ambulance nurse needs to know; from educational content to critical incidents*

Artigo 8	What an ambulance nurse needs to know; from educational content to critical incidents
Autores	Helena Sjölin
Ano	2016
Tipo de estudo	Tese para obtenção do grau de doutoramento
População	Enfermeiros de prática avançada que integram sistemas de emergência na Suécia, Finlândia e Bélgica
Objetivos	Estudar as expectativas e a importância dos enfermeiros de prática avançada nos serviços de emergência dos países acima indicados
Resultados	A presença de enfermeiros de prática avançada nos sistemas de emergência pré hospitalar apresenta ganhos efetivos na avaliação e abordagem inicial dos clientes devido à formação que estes possuem
Implicações para	Demonstra o papel dos enfermeiros especialistas no trabalho em ambiente pré hospitalar e evidencia a necessidade da formação

a scoping review	destes profissionais perante todo o tipo de emergências
Referência	Karolinska Institutet, Stockolm, Sweden

Quadro 11 – Apresentação dos dados do texto: *Transport of pregnant women and obstetric emergencies in India: an analysis of the ‘108’ ambulance service system data*

Artigo 9	Transport of pregnant women and obstetric emergencies in India: an analysis of the ‘108’ ambulance service system data
Autores	Samiksha Singh, Pat Doyle Oona M. R. Campbell, G. V. R. Rao and G. V. S. Murthy
Ano	2016
Tipo de estudo	Transversal qualitativo
População	Gravidas que contataram o serviço de emergência “108” na Índia no intervalo temporal compreendido entre 1 de abril de 2013 e 31 de Março de 2014
Objetivos	Analisar a utilização do sistema de transporte de grávidas numa região
Resultados	A utilização deste sistema de emergência médica não se encontra muito divulgado. Poderão existir outras preferências das grávidas para se deslocarem ao hospital
Implicações para a scoping review	Um sistema de emergência médica dedicado ao acompanhamento peri natal da grávida em uso num país em vias de desenvolvimento. Apesar dos resultados do estudo não representarem uma grande população se considerarmos a densidade populacional do país, quem recorreu a este sistema apresentou ganhos em termos de saúde peri natal
Referência	BMC Pregnancy and Childbirth (2016) 16:318

DOI 10.1186/s12884-016-1113-7

Quadro 12 – Apresentação dos dados do texto: *Strengthening the emergency healthcare system for mothers and children in The Gambia*

Artigo 10	Strengthening the emergency healthcare system for mothers and children in The Gambia
Autores	Ramou Cole-Ceesay, Meena Cherian, Alieu Sonko, Nestor Shivute, Mamady Cham, Michael Davis et al
Ano	2010
Tipo de estudo	Artigo de jornal
População	213 profissionais de saúde (médicos, parteiras e enfermeiras)
Objetivos	Explicar como se processou um sistema de gestão de emergência médica para assistir a grávida no trabalho de parto
Resultados	Foi criada uma ambulância que é tripulada por um EEESMO que é contatado por quem auxilia as mulheres nas aldeias durante o trabalho de parto
Implicações para a scoping review	A presença num país em vias de desenvolvimento de uma ambulância exclusivamente dedicada à assistência da grávida, seja por questões de trabalho de parto, seja por qualquer outro tipo de emergência. É tripulada por um EEESMO que se encontra de prevenção e chamada
Referência	Reproductive Health 2010, 7:21 http://www.reproductive-health-journal.com/content/7/1/21

Quadro 13 – Apresentação dos dados do texto: *Cost-effectiveness of an ambulance-based referral system for emergency obstetrical and neonatal care in rural Ethiopia*

Artigo 11	Cost-effectiveness of an ambulance-based referral system for emergency obstetrical and neonatal care in rural Ethiopia
Autores	Accorsi et al.
Ano	2017
Tipo de estudo	Prospetivo
População	111 Atendimentos com ambulância dedicada às emergências obstétricas e neonatais
Objetivos	Avaliar resultados/custos do sistema
Resultados	O sistema parece não ser economicamente viável
Implicações para a scoping review	Pese embora a nível financeiro não esteja provado que seja um sistema efetivo, fica a indicação de que o sistema foi sem dúvida efetivo para 9 grávidas e 4 recém nascidos. Fica a pergunta de quanto custa uma vida humana
Referência	BMC Pregnancy and Childbirth (2017) 17:220 DOI 10.1186/s12884-017-1403-8

Quadro 14 – Apresentação dos dados do texto: *The Role of Health Systems and Policies in Promoting Safe Delivery in Low- and Middle- Income Countries: A Multilevel Analysis*

Artigo 12	The Role of Health Systems and Policies in Promoting Safe Delivery in Low- and Middle- Income Countries: A Multilevel Analysis
Autores	Margaret E. Kruk, and Marta R. Prescott
Ano	2012
Tipo de estudo	Descritivo transversal
População	165774 grávidas, residentes em região urbana ou rural, em 31 países

Objetivos	Medir a contribuição dos fatores nacionais, com particularidade para o sistema de saúde, para avaliar a probabilidade do parto assistido por profissionais qualificados nos países sub desenvolvidos e em vias de desenvolvimento
Resultados	O atendimento por profissionais qualificados (EEESMO/médicos) está dependente da capacidade económica do país
Implicações para a scoping review	A capacidade económica de um país está proporcionalmente ligada ao acesso a cuidados de saúde qualificados. No entanto, países com menor capacidade económica experimentam o apoio de organizações não governamentais para o auxílio na implementação de políticas de saúde
Referência	Am J Public Health. 2012;102:645–650. doi:10.2105/AJPH. 2011.300462)

Quadro 15 – Apresentação dos dados do texto: *Improving patient safety by detecting obstetric care-related adverse events: application of a new screening guide*

Artigo 13	Improving patient safety by detecting obstetric care-related adverse events: application of a new screening guide
Autores	L. Aibar • M. J. Rabanaque • J. Mozas • A. Puertas • J. M. Aranaz • C. Aibar
Ano	2013
Tipo de estudo	Estudo retrospectivo de corte
População	244 grávidas
Objetivos	Detetar efeitos adversos relacionados com a segurança do paciente em mulheres que recebem cuidados obstétricos
Resultados	Grávidas com pelo menos um fator de risco estão mais propensas a virem a sofrer um evento adverso relacionado com questões de segurança do doente. Foram relatados 6 incidentes críticos, mas

	nenhum relacionado com o pré hospitalar ou transferência intra e inter hospitalar
Implicações para a scoping review	O estudo evidenciou que existe uma baixa taxa de acontecimentos adversos relacionados com a prestação de cuidados obstétricos.
Referência	Arch Gynecol Obstet (2014) 289:945–952

Quadro 16 – Apresentação dos dados do texto: *Safety of labour and delivery following closures of obstetric services in small community hospitals*

Artigo 14	Safety of labour and delivery following closures of obstetric services in small community hospitals
Autores	Hutcheon, JA et al
Ano	2017
Tipo de estudo	Retrospectivo de corte
População	20874 partos na região da British Columbia entre 1998 e 2014
Objetivos	Avaliar quais as implicações e efeitos adversos do encerramento de serviços de obstetrícia nas regiões mais afastadas de zonas urbanas de maior densidade populacional
Resultados	A quantidade de efeitos adversos durante o trabalho de parto não se mostrou estatisticamente significativa depois do encerramento dos serviços de obstetrícia nas zonas rurais da província da British Columbia no Canadá
Implicações para	Tal como em Portugal, o encerramento de maternidades em países de características quase semelhantes, como sendo o Canadá, não

a scoping review	traduz um aumento de efeitos adversos ou piores resultados de saúde peri natal do que quando a rede de maternidades estava em funcionamento em plenitude
Referência	CMAJ 2017 March 20;189:E431-6 doi: 10.1503/cmaj.160461 ^[L] _[SEP]

Quadro 17 - Apresentação dos dados do texto: *Safe Delivery Care: Policy, Practice and Gaps in Nepal*

Artigo 15	Safe Delivery Care: Policy, Practice and Gaps in Nepal
Autores	Tulsi Ram Bhandari, Ganesh Dangal
Ano	2013
Tipo de estudo	Drescritivo transversal
População	Grávidas residentes no Nepal
Objetivos	Descrever que partos auxiliados por profissionais qualificados, sejam no hospital ou em ambiente extra hospitalario, têm menos riscos adversos associados
Resultados	As políticas promotoras de um parto seguro traduzem ganhos na saude perinatal
Implicações para a scoping review	Demonstra que políticas que promovem o parto seguro têm melhores resultados em comparação com países que não têm essa meta estabelecida
Referência	J Nepal Med Assoc 2013;52(192):637-44

ANEXO III

NOTAS DE CAMPO

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO**NOTAS DO OBSERVADOR**

No decurso da minha vida profissional enquanto enfermeiro de urgência/emergência e de trabalho em ambiente pré-hospitalar, já me deparei com muitas ativações para gravidez/parto iminente. Para mim, são sempre estas as ativações que me causam maior nervosismo. Dêem-me enfartes, traumas até paragens cárdio respiratórias...sei sempre o que fazer... Agora grávidas e partos? Isso é para ser tratado e ser feito por quem sabe e no Hospital

Esta descrição está apoiada pelo descrito num estudo selecionado na scoping review, nomeadamente o que se encontra no quadro 7.

Já tive contato com vários trabalhos de parto em ambiente pré hospitalar. Recordo-me particularmente de um parto em que não havia a descida do bebé apesar da mulher referir ter vontade de fazer força. Estava ali à partida encravado e nem para trás nem para a frente. Depois de termos iniciado a marcha para o Hospital, a mulher fez força mais 2 vezes e lá vem o bebé. Mas nasceu ao contrário, com uma mão à frente e todo roxo. Tive ali um par de tempo (pelo menos pareceu-me interminável) a estimular o RN e ele nada. Aos poucos lá começou a gemer e com aspiração e oxigénio lá

Apresentação Posterior/Procedência da mão.

começou a ficar mais corado e recuperar. Claro que pedi apoio médico no local, mas pela distância, demorou a chegar. Isto dos partos para mim é sempre complicado...são 2 contra 1.

Mais uma ativação para parto iminente. Lá seguimos nós viagem, mas sempre com o nervosismo que o parto acarreta para mim. À chegada, observei a mulher e lá estava a cabeça do feto a coroar. Calcei umas luvas e a mulher com 2 forças, teve o seu filho. No entanto, o cordão umbilical partiu. Clampei imediatamente o cordão próximo do bebé, mas o da mulher subiu para dentro da vagina e não o consegui apanhar e clampar. Foi uma viagem até ao bloco de partos muito stressante porque não se deu a expulsão da placenta e observava sangue a sair pela vagina numa quantidade moderada.

Hemorragia pós parto.

Durante os anos todos que trabalho como médico especialista em urgência/emergência/pré hospitalar, lembro-me particularmente de uma ativação para uma situação de parto iminente. Quando chegamos ao local (cerca de 60 km do hospital), deparei-me com uma mulher com vontade de

Desconhecimento de manobras/
Falta de monitorização fetal.

fazer forças expulsivas mas com um membro inferior do bebê já exteriorizado. Não tinha ali por perto quem habitualmente no hospital trata destas situações. Lá colocamos a mulher em Trendlemburg e seguimos viagem para o hospital em direção ao bloco de partos. Que alívio quando entreguei a mulher. Mas soube à posteriori que o bebê não nasceu bem, e teve necessidade de ventilação mecânica.

Somos bombeiros numa corporação de uma localidade que fica longe de uma maternidade, mais agora que o encerramento da maternidade mais próxima começa a ser habitual por falta de recursos humanos. Temos quase que fazer o dobro do caminho para chegar à maternidade. Cada vez mais fazemos partos em ambulância. Tem corrido tudo bem, até metemos umas fotos no facebook. Mas temos a noção que se corre alguma coisa mal, não sabemos o que fazer e a ajuda diferenciada também não está muito habituada a estas coisas de grávidas.

Falta de formação para o atendimento seguro e eficaz da grávida/parturiente/família.

Isto de transferir grávidas é sempre uma coisa que tem muito que se diga. Não está nada definido ao certo de quem deve acompanhar, as

EEESMO e a necessidade de ser criado uma sistema de transferência inter hospitalar que promova uma cultura de segurança para a

ambulâncias não têm material de grávida/parturiente/recém nascido. monitorização da grávida/feto. Sou EEESMO e o ir sozinha para dentro de uma ambulância com uma grávida fazer uma data de quilómetros não tem mesmo nada a ver com o estar no bloco de partos com todo o material e recursos humanos que estão lá disponíveis. Percebo e entendo que as grávidas tenham que ser transferidas para outros hospitais, mas em meu entender, devia de ser criado um sistema de transporte específico que fosse o mais idêntico à realidade de um bloco de partos. Não pode ser vai lá acompanhar a grávida e pronto.

ANEXO IV

DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM

**9º CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Nuno Miguel Silva Rente

**LISBOA
ABRIL 2019**



No âmbito do EC (Ensino Clínico) Estágio com Relatório, do 9º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que decorre no Bloco de Partos de um Hospital de região de Lisboa, foi-me proposto pela equipa pedagógica a elaboração de um diário de aprendizagem relacionado com uma situação de contacto/aprendizagem na qual assisti/prestei cuidados com o intuito de refletir e desenvolver competências na área da Saúde Materna e Obstetrícia como futuro Enfermeiro Especialista (Santos, 2019). Utilizei como fio condutor na elaboração desta reflexão o ciclo reflexivo de Gibbs (Raid, 1994).

Descrição da situação

Turno da tarde de dia 24 de Abril e o bloco de partos estava relativamente calmo. A Sra. M., de 40 anos e o seu marido há muito que desejavam um filho. Após muitos anos de tentativas, com recurso a técnicas medicamente assistidas, surgiu uma gravidez há muito desejada. De referir 3 abortos espontâneos durante as tentativas de engravidar. Mas o momento de conhecerem o seu muito desejado filho estava prestes a acontecer. A Sra M. estava na sala 2 em fase ativa do trabalho de parto, apresentando uma cervicometria com 8 cm de dilatação e uma dinâmica uterina com contrações de média e grande amplitude percebidas pela grávida.

Entrei na sala, tendo-me apresentando como enfermeiro e aluno da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Perguntei, juntamente com a minha enfermeira orientadora, se tinham elaborado plano de parto. A Sra M. respondeu que sim, que desejava um parto natural dentro do possível, com recurso a epidural (já realizada) e liberdade de movimentos.

Observei a Sra M. e vi que a dilatação estava completa, tendo sido a mesma observação validada pela minha enfermeira orientadora. Comecei a preparar a mesa e todo o material para o auxílio no segundo estágio do trabalho de parto. A Sra M. inicia esforços expulsivos, mas não havia progressão fetal pelo canal de parto. Quis verticalizar a sua posição e alternando a posição de pé e de cócoras, mantém a vontade de realizar força. E assim estive também de cócoras juntamente com a Sra M. e a enfermeira orientadora, avaliando por um lado o bem estar fetal, e por outro a

progressão no canal de parto. Eis que surgem no CTG desacelerações precoces. Nesse momento, tomámos medidas como a administração de oxigénio e convidámos a Sra M. a adoptar a postura de sentada, reclinada, tendo alertado de imediato a equipa médica que veio observar a Sra M. A utente quis adoptar uma posição de decúbito lateral esquerdo e assim realizar esforços expulsivos. Notava na Sra M. a vontade de ter o seu filho por parto natural, tendo ela mesmo referido que gostaria de ir buscar o seu filho quando nascesse. Mas algo fora do padrão normal se estava a passar... As desacelerações voltaram e cada mais marcadas... Convidámos a Sra M. a adotar a posição de quatro apoios no leito... uma melhoria na cardiocografia foi vislumbrada. A vontade de fazer esforços expulsivos estava cada vez mais intensa e o parto natural como muito desejava aquele casal estava encaminhado. Tudo parecia novamente tomar o decurso natural e fisiológico. Mas passados mais 5 minutos naquela posição a realizar esforços expulsivos, surgem novamente mais desacelerações. Percebi que aquela mulher, mãe de primeira viagem e que desejava muito um parto natural, necessitava de ajuda para ter o seu filho. Voltaram os obstetras, era um trabalho para eles. Realizaram a cervicometria. Tinham que tomar uma atitude perante aquele trabalho de parto... A atitude foi um parto instrumental com o auxílio de fórceps. Explicaram à Sra M. e ao seu marido o que se iria passar...e convidaram o marido a sair da sala. O que outrora fora um ambiente sereno e calmo, a partir daquele momento começou o medo e a ansiedade a reinar. O medo das palavras “fórceps” estava bem vincado no rosto da Sra M. Estava ali com muita gente na sala, embora notasse no olhar dela a falta do seu marido, segundo ela, companheiro desta vida e de todas as coisas que ela lhe trouxe. As desacelerações continuavam, os obstetras começaram a preparar os instrumentos, o pediatra chegou, aquele bebé tinha que nascer rapidamente porque estava em aparente sofrimento. Uma episiotomia grande foi realizada, os fórceps introduzidos, o medo e a dor estava bem presente e vincado no rosto da Sra M. Após aplicação e realização de força pelo obstetra, o Bebé R. nasceu... Apresentava 2 circulares cervicais apertadas e uma variedade posterior. A Sra. M. viu que algo não estava bem com o seu filho muito desejado, uma vez que após algum tempo de estimulação, não soava aquilo que desde sempre se deseja ouvir no final da fase expulsiva do trabalho de parto: o choro do bebé. Ali, naquele instante, a Sra M. iniciou um processo de culpabilização, chorando alto e gritando, pedindo desculpa

ao filho por não ter sido capaz de o ajudar a nascer. Estávamos ali todos junto da Sra M., mas não era possível estar o seu marido. E o bebé R. teve necessidade de ser reanimado e entubado para ser ventilado. A Sra M. mantinha a sua culpabilização de não ter sido capaz de ajudar o filho a nascer, utilizando expressões como “*desculpa filho, desculpa porque a mãe não foi capaz...*” *Ajudem o meu filho, salvem-no, não o deixem morrer*”.

Nasceu realmente com um índice de apgar baixo (3,5,7) e por isso foi para a unidade de neonatologia. Foi outro choque... a Sra M. tinha referido que era para ela de extrema importância o contacto pele a pele assim que o filho nascesse. Ver que não poderia realizar o contacto pele a pele e que o seu filho ia para a incubadora foi muito estigmatizante... e os sentimentos de culpa ficaram ainda mais vincados no seu discurso.

Relativamente ao trauma perineal da mulher, observei uma laceração de grau III, o que poderá trazer repercussões futuras a esta mulher.

Pensamentos e Sentimentos

As razões para este momento e não outros já vividos no decurso deste EC são várias. Em primeiro lugar pela história daquele casal, pelas histórias e pelas lutas vividas em conjunto. A sua perseverança e resiliência mexeram comigo. Depois pelo desejo da Sra M. de um parto natural, com total liberdade de movimentos, na companhia do seu marido, estando a mulher no centro da ação, fazendo aquilo que a natureza lhe deixou nos genes, para o que apenas iria necessitar do meu apoio e intervenção. Lembro-me de dizer à minha orientadora que esta mulher, por tudo o que passou, merecia ter uma experiência de parto positiva. Mas algo começou a correr mal... o medo surgiu, a aflição... e o que outrora fora um sentimento de saber que seria capaz de, a partir do momento do nascimento tornou-se num sentimento de culpa por ter a impressão que não tinha sido capaz de. Todo este momento terminou já com a Sra M. a repousar na companhia do seu marido, em que eu pedi autorização para entrar no quarto e lhes perguntei se lhes poderia dirigir umas palavras. Apenas lhes disse que nunca tinha visto ninguém com tanta força, querer e convicção para ter o seu filho, e que eles se tinham unido os dois

s e juntos tudo tinham feito para terem uma experiência de parto natural. Mas que, às vezes, existem coisas que a mãe natureza pode alterar, e aí felizmente que a medicina e as ciências avançaram com o passar dos anos para poderem haver desfechos felizes. O tempo é de confiar de que o vosso filho está bem e irá ficar também bem.

Avaliação

Nesta experiência, em meu entender, foi mau o sentimento de incapacidade e de culpa que brotou na Sra M. após o parto instrumental. Toda a vontade manifestada por um parto natural, sereno, na companhia do seu convivente mais significativo, o seu marido, culminou num sentimento de incapacidade.

A necessidade de parto instrumental está bem definida, e neste caso, era sem dúvida necessária, uma vez que eram evidentes os sinais de sofrimento fetal.

Foi sem dúvida um trabalho de parto que teve de tudo. Desde o início da fase ativa do 1º estágio do trabalho de parto, até ao início da suspeita de sofrimento fetal, foi tudo natural, e dessa forma, a perspectiva seria um parto como o casal tinha desejado. No entanto, a segunda fase do trabalho de parto, pese embora a indicação absoluta para um parto com intervenção, acabou por se tornar numa experiência marcada por uma sucessão de acontecimentos tidos como negativos para o casal e favorecedores a um brotar dos sentimentos de culpa na mulher. Foi também um importante momento de aprendizagem para mim, uma vez que assisti *in loco* a este parto distócico e pude acompanhar a Sra M. nesta fase não desejada pelo casal para o seu trabalho de parto.

Análise

Nesta fase de aprendizagem em que me encontro, e mobilizando todos os ensinamentos da componente teórica, o parto natural é sem sombra de dúvida aquele com o que mais me identifico. Este casal tinha bem definido o que queria para este momento único, o que me criou logo uma vontade de estar com aquele casal nas suas escolhas.

No entanto, segundo Black (2019), as indicações aceitas para o parto por fórceps são três: deficiente progressão fetal no canal de parto; suspeita de sofrimento fetal e condições maternas onde é considerado benéfico encurtar a segunda fase do trabalho de parto.

Neste caso específico, existiu sofrimento fetal que justificava abreviar o período expulsivo, sendo suspeitada com base na monitorização da frequência cardíaca fetal geralmente por cardiocotografia (CTG) (Black, 2019).

Evidências de vários estudos, demonstraram que os obstetras consideram uma infinidade de fatores antes de decidir quando, como e onde conduzir um parto vaginal assistido. Os fatores incluem se existem sinais de sofrimento fetal, se as contrações são adequadas, se as forças expulsivas maternas são efetivas e a posição da cabeça fetal (Black, 2019). Neste caso específico, os sinais de sofrimento fetal eram evidentes e já estavam a ser prolongados demais para a segurança fetal.

Outro aspeto presente neste parto foi a laceração perineal de grau III relacionada com a utilização de fórceps. Black (2019) refere que, devido à natureza dos fórceps, é comum encontrar-se episiotomia (~ 90%), rotura perineal (~ 20%) ou lesão do esfíncter anal obstétrico. Como resultado deste parto, a Sra M. teve uma laceração de grau III tendo tido atingimento do esfíncter anal. Muraca et al, citado por Black (2019) referem que num estudo de coorte canadense de 10 anos, foram relatados riscos gerais de trauma obstétrico, definidos como qualquer uma das lacerações perineais graves (3º/4º grau), laceração cervical, grande laceração vaginal, lesão de órgão/articulação pélvica, hematoma pélvico ou extensão da incisão uterina após partos assistidos por fórceps de cavidade mediana. Os partos instrumentalizados e assistidos por fórceps têm sido associados a uma taxa mais alta de prolapso de órgãos pélvicos do que o parto por cesariana.

Outro aspeto presente neste período expulsivo foi a necessidade de reanimação neonatal, com intubação endotraqueal. No entanto, Black (2019) refere que em diversos estudos não houve diferença no risco de necessidade de ventilação assistida por tubo endotraqueal. Ao analisar o subgrupo de partos por sofrimento

fetal, o aumento do risco de morbidade e mortalidade perinatal com a tentativa de uso de fórceps não foi estatisticamente significativo.

Conclusão e Planear a Ação

Tudo decorria serenamente conforme planejado, no entanto terminou com um parto instrumental e um sentimento de culpa. Pese embora a indicação de abreviação do período expulsivo por suspeita de sofrimento fetal fosse forte, está descrito que neste tipo de parto assistido por fórceps aumenta o risco de episiotomia materna, ruptura perineal e incontinência anal (Black, 2019).

Todas as mulheres que experimentam um parto assistido por fórceps devem ser aconselhadas no período pós-natal para entenderem o contexto e a indicação deste tipo de parto, quaisquer complicações encontradas, a recuperação e quais as consequências para futuros nascimentos. Evidências qualitativas sustentam que este é um componente valorizado dos cuidados de maternidade (Black, 2019).

Toda esta situação fez-me pensar também qual é o meu papel na condução e assistência de um trabalho de parto. O Parto, sem sombra de dúvidas, pertence ao casal e não a mim ou aos obstetras. Sou apenas um profissional de saúde que está neste momento a desenvolver competências para os acompanhar ou referenciar de imediato para outros profissionais quando são ultrapassadas as minhas competências. Nesta situação específica, estive lá com a minha orientadora a acompanhar e a vigiar o trabalho de parto, tendo referenciado de imediato para os obstetras quando surgiram desvios e sinais que indicavam possível sofrimento fetal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLACK, M., & MURPHY, D. J. (2019). *Forceps delivery for non-rotational and rotational Operative Vaginal Delivery. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. doi:10.1016/j.bpobgyn.2019.02.002.
- ICM (2018) – *Essencial Competencies for Midwifery Practice*. Consultado em 15/01/2019, disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document_final_oct-2018.pdf.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2019). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e ginecológica*. Consultado em: 15/5/2019. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- REID, B. (1994) *The mentor's Experience – A personal perspective*. In Palmer, A. *Reflective practice in Nursing: the growth of the professional practitioner*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015) – *Livro de bolso dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- SANTOS, A. (2019) – *Guia Orientador do EC Estágio com Relatório* . Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

**9º CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Nuno Miguel Silva Rente

**LISBOA
MAIO 2019**



No âmbito do EC (Ensino Clínico) Estágio com Relatório, do 9º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que decorre num Bloco de Partos de um hospital da região de Lisboa, foi-me proposto pela equipa pedagógica a elaboração de um diário de aprendizagem relacionado com uma situação de contacto/aprendizagem na qual assisti/prestei cuidados com o intuito de refletir e desenvolver competências na área da Saúde Materna e Obstetrícia como futuro Enfermeiro Especialista (Santos, 2019). Utilizei como fio condutor na elaboração desta reflexão o ciclo reflexivo de Gibbs (Raid, 1994).

Descrição da situação

Estava no turno da manhã, de dia 18 de Maio e não estava de turno no Ensino Clínico, mas sim no sítio onde irei desenvolver a minha prática profissional depois das competências que tenho vindo a adquirir durante o Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CPLEESMO), numa ambulância de suporte imediato de vida. Estava eu na base quando uma colega do serviço de urgência básico me veio chamar: Estava uma grávida em suposto trabalho de parto no balcão de observação e precisavam de ajuda. Obstetrícia não há naquela instituição, o médico que estava a observar a grávida não tem qualquer especialidade. Apesar de ser apenas um estudante da especialidade de saúde materna, as pessoas confiaram em mim para ir ajudar na observação e encaminhamento da grávida. A maternidade mais próxima dista a cerca de 80 km, por uma estrada sem grandes condições. Foi aquele o momento onde eu senti que podia fazer a diferença no atendimento daquela grávida, e de certa forma, proporcionar uma experiência de parto positiva.

Entrei no balcão onde estava a grávida, mãe de primeira viagem com apenas 18 anos. Apresentei-me como enfermeiro do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e aluno da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

À semelhança do realizado no ensino clínico em termos de acolhimento da grávida no bloco de partos, preparei-me para observar a grávida. Pedi o boletim da grávida para avaliar o seguimento que teve durante a gravidez, as serologias e validar com a

grávida os mesmos registos que observei. As contrações estavam cada vez mais regulares e de média amplitude, de acordo com o sentido e descrito pela grávida bem como pela observação que fiz.

Por estarmos num serviço de urgência básico, não existe cardiotocógrafo. Socorri-me de um Doppler para realizar a auscultação dos batimentos cardio-fetais. Após realizar as manobras de Leopold, detetei como estava a situação e apresentação fetal. Coloquei a sonda e auscultei os batimentos, estando estes dentro dos parâmetros normais de acordo com as várias associações que emanam diretrizes de vigilância de gravidez.

De seguida, e como a grávida continuava muito queixosa, pedi autorização para a observar, com o intuito de avaliar como estaria o trabalho de parto a evoluir, avaliar a cervicometria e apresentação, com o intuito de realizar uma passagem de dados ao médico regulador do sistema de emergência para validar o acompanhamento da grávida para um hospital com maternidade.

Obtive o consentimento da grávida para realizar a observação. De notar que a grávida referiu o início de contrações cerca da 1h da manhã (eram cerca das 10h quando recorreu ao serviço de urgência). Ao toque, tinha 50% de apagamento do colo com cerca de 5 cm de dilatação. Bolsa de águas estava a tufar. Não tinha feito ainda qualquer analgesia. Senti, pela experiência adquirida ao longo do CPLEESMO, que a partir do momento que houvesse rotura de membranas, aquele trabalho de parto avançaria, e poderia ser mais um parto numa estrada nacional, longe do preconizado pelas diversas diretrizes internacionais que referem que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), é o profissional habilitado para o acompanhamento da mulher/convivente significativo durante o trabalho de parto e parto, prestando cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis (ICM, 2018), bem como promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém nascido à vida extra uterina (OE, 2010). Validei com o médico regulador do INEM a administração de analgesia, o que foi melhorando substancialmente as queixas dolorosas relacionadas com as contrações uterinas.

Preparei a grávida e o seu acompanhante para o início do transporte. E assim saímos estrada fora, ciente de que se o trabalho de parto avançasse, estava eu e um tripulante de ambulância para ajudar aquela mulher a ter o seu filho. A cerca de 20 km do destino/20 minutos de tempo, as membranas romperam espontaneamente, com saída de líquido claro. Observei novamente a grávida e estava a apresentação apoiada, as contrações a aumentarem de intensidade e os batimentos cardio fetais dentro dos parâmetros normais. Nesta altura, com cerca de 80% de apagamento, senti que poderia ser uma questão de minutos. Surgiu a vontade de realizar esforços expulsivos. Preparei o kit de partos que temos nas ambulâncias para se o pequeno J. quisesse nascer na ambulância o fazer com a maior segurança e mais semelhantemente ao que existe numa sala de partos. Mas, pese embora este decurso do trabalho de parto, o pequeno J. não quis nascer na ambulância e assim chegámos ao bloco de partos. De notar que após 15 minutos da chegada à maternidade, o pequeno J. nasceu, com Índice de Apgar (IA) 10 10.

Pensamentos e Sentimentos

As razões para a escolha deste momento e não outros já vividos no decurso deste EC são várias. A primeira e quiçá a mais importante de todas, prende-se com a necessidade, enquanto enfermeiro a exercer a minha atividade essencialmente no pré-hospitalar, de adquirir e desenvolver competências nesta área de cuidados. O EEESMO é o profissional com formação para cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém nascido na sua adaptação à vida extra-uterina (OE, 2010 e 2015). A nível profissional e como futuro EEESMO, muito do que farei futuramente enquanto EEESMO passará pelo acompanhamento de mulheres em trabalho de parto/parto iminente fora do hospital ou no caminho para a maternidade. Senti-me em relativa segurança, mobilizei e apliquei todos os conhecimentos adquiridos na componente teórica e na componente prática para prestar os melhores cuidados àquela grávida, que por residir longe de uma maternidade, merece os cuidados mais semelhantes aos prestados numa maternidade, de acordo com o plasmado na constituição da República Portuguesa

relativo aos direitos dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde. Senti-me com controlo perante a situação de que estava responsável, bem como conhecia as minhas limitações se algo de menos normal acontecesse.

Avaliação

Perante esta experiência, sinto que muito haverá a desenvolver na prestação de cuidados às grávidas em ambiente pré-hospitalar ou no momento de transferir uma grávida em trabalho de parto. O INEM, instituto responsável pela emergência médica em Portugal, não tem enfermeiros especialistas de saúde materna no seu quadro de pessoal, e de acordo com estudos internacionais, são estes os mais capacitados para a prestação de cuidados às grávidas, sendo que existem diversos estudos que apoiam que os médicos e enfermeiros que prestam cuidados de emergência não estão idealmente capacitados para o acompanhamento das grávidas em trabalho de parto (Bjorn, 2013).

Perante isto, e apesar de me faltar ainda percurso para ser EEESMO, sinto que a minha abordagem, as minhas observações e a transmissão de informação relativa à situação, geraram ganhos em termos de segurança para a grávida/recém nascido/acompanhante significativo que não teriam sido evidentes caso fosse outro profissional a efetuar.

Análise

Nesta fase de aprendizagem em que me encontro, e mobilizando todos os ensinamentos da componente teórica, remeto-me para a competência 3 do International Conference of Midwives ICM (2018) que refere que o EEESMO é o profissional com competência para assistir a grávida durante o trabalho de parto e parto.

Perante a situação que vivi, soube o que fazer, quais as minhas prioridades, quais as intervenções que planeei e realizei para ajudar aquela grávida a ter uma experiência de parto positiva.

Desde o primeiro contacto com a grávida e acompanhante, senti que existiu uma confiança perante o meu planeamento e nas minhas ações. Desde o primeiro

momento que procurei mobilizar todos os conhecimentos para ajudar a grávida na fase ativa do trabalho de parto.

Conclusão e Planear a Ação

Sinto que existe muito caminho a percorrer no atendimento e acompanhamento de uma grávida fora do hospital em situação de trabalho de parto. Existe uma panóplia de ações que enquanto EEESMO terei que implementar, desde a formação de outros profissionais até à evidência dos ganhos perante os órgãos de decisão políticos de que efetivamente o EEESMO, em ambiente pré-hospitalar e à semelhança da realidade nos blocos de parto em Portugal, tem ganhos e vantagens para a grávida ou para a grávida e recém nascido em situação de parto. A geografia do nosso país e a localização dos hospitais de apoio peri-natal diferenciados obrigam, à semelhança de outros países, à criação de um sistema dedicado para estas situações, tal como referido no relatório da comissão materna de saúde materna e neonatal em 2006.

Um longo caminho há que traçar, mas sem dúvida que em prol da melhoria dos cuidados em saúde materna irá ser um desafio motivador de iniciar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BJORN , G. ET AL (2013) *Characteristics and outcome of unplanned out of institution birth in Norway from 1999 to 2013: a cross sectional study*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 93 (2014) 1003–1010.
- ICM (2018) – *Essencial Competencies for Midwifery Practice*. Consultado em 15/01/2019, disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document_final_oct-2018.pdf.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2019). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e ginecológica*. Consultado em: 15/5/2019. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- REID, B. (1994) *The mentor's Experience – A personal perspective*. In Palmer, A. *Reflective practice in Nursing: the growth of the professional practitioner*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015) – *Livro de bolso dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- SANTOS, A. (2019) – *Guia Orientador do EC Estágio com Relatório* . Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

ANEXO V

**FOLHA DO REGISTO NACIONAL DE
PARTO/ACOMPANHAMENTO DE
GRÁVIDA/PARTURIENTE NO PRÉ HOSPITALAR**

REGISTO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO DE GRÁVIDA/PARTURIENTE/PARTO PRÉ-HOSPITALAR

1. Nº. FICHA <input style="width: 90%;" type="text"/>	2. DATA <input style="width: 90%;" type="text"/>	3. MEIOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO IDENTIFICAÇÃO: <input style="width: 90%;" type="text"/>	4. DISTÂNCIA À MATERNIDADE <input style="width: 90%;" type="text"/> Km
--	---	---	---

5. IDENTIFICAÇÃO DA GRÁVIDA/PARTURIENTE

IDADE Nº UTENTE ESCOLARIDADE PROFISSÃO

6. HISTÓRIA OBSTÉTRICA

ANTECEDENTES PESSOAIS E HÁBITOS _____
 ANTECEDENTES CIRÚRGICOS _____ ALERGIAS MEDICAMENTOSAS _____
 GRUPO DE SANGUE _____
 FETO MORTO MALFORMAÇÃO FETAL PARTO PRÉ-TERMO
 PRÉ-ECLAMPسيا/ECLAMPسيا DIABETES GESTACIONAL

7. GRAVIDEZ ATUAL (VER BOLETIM DE SAÚDE DA GRÁVIDA)

IO __/__/__ DUM __/__/__ DPP __/__/__ IG _____ GRAVIDEZ PLANEADA? ____
 GRAVIDEZ VIGIADA? ____ LOCAL _____ Nº CONSULTAS ____
 SEROLOGIAS DO 3º TRIMESTRE: NEGATIVAS POSITIVAS QUAIS? _____ DATA __/__/__
 PREPARAÇÃO PARA O PARTO ____ PRETENDE AMAMENTAR? ____

8. AVALIAÇÃO OBJETIVA

BOLSA DE ÁGUAS: ÍNTEGRA ROTA HORA __H__MIN CARACTERÍSTICAS DO LÍQUIDO: CLARO MECÓNIO
 CONTRACTILIDADE UTERINA: NÃO SIM REGULAR ____ IRREGULAR ____ INTERVALO _____

9. PARTO (SE APLICÁVEL)

HORA __H__MIN DATA __/__/__
 APRESENTAÇÃO DO FETO: CEFÁLICA PÉLVICA MALFORMAÇÕES FETAIS _____
 ÍNDICE DE APGAR*: 1 MIN __ 5 MIN __ 10 MIN __
 DEQUITADURA: NÃO SIM COMPLETA ____ INCOMPLETA ____ PLACENTA: ÍNTEGRA FRAGMENTADA
 HORA DA DEQUITADURA __H__MIN GLOBO DE SEGURANÇA DE PINARD: NÃO SIM
 SANGUE PERDIDO: NORMAL AUMENTADO
 CORDÃO UMBILICAL 3 VASOS: SIM NÃO
 OBSERVAÇÕES:

***ÍNDICE DE APGAR**

PONTUAÇÃO	0	1	2
FC	Ausente	< 100 bpm	> 100 bpm
RESPIRAÇÃO	Ausente	Irregular	Regular, choro
TÓNUS MUSCULAR	Hipotonia	Flexão das extremidades	Ativo
RESPOSTA AOS ESTÍMULOS	Ausente	Gemido	Choro vigoroso
COR DA PELE	Palidez/cianose central	Cianose periférica	Rosado

NOME: _____
 CATEGORIA PROFISSIONAL: _____ MEIO: _____

Adaptado de: WHO Safe Childbirth Checklist, 2015

ANEXO VI

SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

13. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i> | <u>5</u> |
| 2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i> | |
| ▪ Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100) | <u>100</u> |
| 3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor</i> | |
| ▪ Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40) | <u>40</u> |
| ▪ Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i> | <u>0</u> |
| ▪ Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i> | <u>0</u> |
| ▪ Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i> | <u>8</u> |
| ▪ Episiotomia/ <i>Episiotomy</i> | <u>21</u> |
| ▪ Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i> | <u>34</u> |
| 4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i> | |
| ▪ Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40) | 40 |
| ▪ Trabalho de parto/ <i>Labor</i> | <u>40</u> |
| ▪ Puerpério/ <i>Puerperium</i> | <u>146</u> |
| 5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100) | <u>106</u> |
| 6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100) | |
| 7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i> | <u>110</u>
<u>17</u> |
| 8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i> | <u>113</u> |

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *insertion practice* 2
- Colocação de implantes/*Implants insertion practice* 4
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 30

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 2
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 2
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 4
- Prática na colocação de DIU/IUD *insertion practice* 2
- Prática na colocação de implantes/*Implants insertion practice* 1
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 1

Lisboa, 3 / 07 / 2019

Estudante/*Student*

Ana Miguel Silva Pest

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

M^{te} Anabela Ferreira dos Santos