



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Snoezelen Experience: Intervenções do Enfermeiro Especialista Promotoras do Conforto Materno-fetal

Maria Miguel Carapinha Parreira

**Lisboa
2018**



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

Relatório de Estágio

**Snoezelen Experience:
Intervenções do Enfermeiro Especialista Promotoras do
Conforto Materno-fetal**

Maria Miguel Carapinha Parreira

Orientador: Irene Soares

**Lisboa
2018**



Para ti filho,
que nasceste durante este percurso e me deste força para terminá-lo.
A ti amor, pela paciência e pelo apoio prestados durante este percurso fazendo
acreditar que seria possível concretizá-lo.
Aos meus pais, irmã, sogros e restante família pela ajuda disponibilizada.
À docente orientadora por me ter possibilitado adquirir os conhecimentos
alcançados.
À enfermeira orientadora do estágio com relatório por me ensinar as boas práticas
do parto natural.
À enfermeira orientadora do EC III por me dar a conhecer as boas práticas nos
Cuidados de Saúde Primários.
A todos aqueles, profissionais de saúde e amigos, que me abraçaram durante este
percurso profissional e académico.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ABCF – Auscultação dos Batimentos Cardio-fetais

ACOG - The American College of Obstetricians and Gynecologists

APA - American Psychological Association

BAR – Bolsa Amniótica Rota

BEMF – Bem-estar Materno-fetal

BP – Bloco de Partos

bpm – Batimentos por Minuto

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

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

CSA – Cesariana

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

DLE – Decúbito Lateral Esquerdo

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Enf.^a – Enfermeira

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV – Exame Vaginal

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HPP – Hemorragia Pós-parto

ICM - Internacional Confederation os Midwives

JA – Jornal de Aprendizagem

LA – Líquido Claro

RN – Recém-nascido

OE – Ordem do Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PBEC – Prática Baseada na Evidência Científica

PE – Parto Eutócico

Prof.^a - Professora

REBA – Rutura Espontânea de Bolsa Amniótica

SMO – Saúde Materna e Obstetrícia

SMOG – Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecologia

SUGO – Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

O presente relatório reflete o meu percurso de aprendizagem enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na prestação de cuidados especializados à mulher/recém-nascido e família. Nesse sentido foram estabelecidos objetivos e desenvolvidas atividades que me permitiram adquirir competências nas seguintes áreas: período pré-natal, quatro estádios do trabalho de parto, adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, saúde/doença ginecológica, sem esquecer a reflexão e análise crítica do percurso de aprendizagem e por fim a utilização da Sala de Snoezelen na promoção do conforto materno-fetal.

Para aprofundar conhecimentos relativamente à temática em estudo, foi desenvolvida uma Scoping Review entre Fevereiro e Julho de 2016, recorrendo às bases de dados MEDLINE, CINAHL e COCRHANE e também à literatura cinzenta.

De acordo com a evidência científica, a utilização da sala de Snoezelen traz vantagens no período pré-natal, parto e pós-parto, tais como a promoção do relaxamento, bem-estar, conforto, entre outros. Deve por isso ser utilizada como um instrumento complementar às intervenções desempenhadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, podendo ser manipulada de acordo com as necessidades da tríade, convergindo numa prestação de cuidados de saúde de excelência. Nesse sentido foi desenvolvida uma visita a uma sala de Snoezelen com grávidas e puérperas/recém-nascido/família no decorrer do Ensino Clínico de Cuidados de Saúde Primários, onde se obteve opiniões que serviram de ponto de partida para a elaboração do estudo acerca da temática.

A realização do Estágio com Relatório permitiu não só o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia mas também de 2ºciclo. Finalizado este percurso, considero que tenho um longo caminho a percorrer no que respeita à divulgação e aplicação do Snoezelen em Saúde Materna e Obstetrícia.

Palavras-chave: Snoezelen, EEESMO, Gravidez, Parto, Pós-parto.

ABSTRACT

This report reflects my learning path as a future Nursing Specialist in Maternal and Midwifery Nursing in providing skilled care to the woman / newborn and family. In this sense, I set goals and developed activities that allowed me to acquire skills and in the following areas: prenatal period, four stages of labor, adaptation of the newborn to extrauterine life, gynecological health / disease, not forgetting the reflection and critical analysis of the learning path and finally the use of the Snoezelen Room in the promotion of maternal-fetal comfort.

In order to deepen the knowledge about the subject under study, a Scoping Review was developed between February and July 2016, using the MEDLINE, CINAHL and COCRHANE databases as well as the gray literature.

According to scientific evidence, the use of the Snoezelen room brings advantages in the prenatal period, childbirth and postpartum, such as the contribution of relaxation, well-being, comfort, among others. It should therefore be used as a complementary tool to the interventions performed by the Maternal and Midwifery Nursing Specialist, which can be manipulated according to the needs of the triad, converging in the promotion of an excellent health care service. In that sense, a visit to a Snoezelen ward with pregnant and puerperal / newborn / family members was performed during the Primary Health Care Clinical Teaching, where opinions were obtained that served as a starting point for the preparation of the study on the subject.

The Reporting Internship performed allowed not only the development of Nursing Specialist skills in Midwifery Nursing, but also of master's skill. Having completed this course, I consider that I have a long way to go in terms of the dissemination and application of Snoezelen in Maternal Health and Obstetrics.

Key words: Snoezelen, Nurse Midwife, Pregnancy, Parturition, Postpartum Period.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM	14
2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM	17
2.1. Análise reflexiva das atividades desenvolvidas, competências adquiridas e avaliação dos resultados	17
2.1.1. Objetivo nº1 – Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica durante o período pré-natal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar materno-fetal, tratando precocemente complicações.....	17
2.1.2. Objetivo nº2 – Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, que recorre ao SUGO a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar, identificando e tratando precocemente complicações.....	20
2.1.3. Objetivo nº3 – Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante os quatro estádios do trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro e com conforto, visando o bem-estar da parturiente.....	21
2.1.4. Objetivo nº4 – Desenvolver competências de EEESMO no cuidado imediato ao recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.....	38
2.1.5. Objetivo nº5 – Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos enquanto EEESMO na promoção do conforto materno-fetal através da utilização da Sala de Snoezelen.....	41
2.1.5.1. Metodologia.....	42
2.1.5.2. Enquadramento teórico.....	42
2.1.5.3. Scoping Review.....	45
2.1.5.4. Prática baseada na evidência.....	47

2.1.6. Objetivo nº6 – Desenvolver capacidade de reflexão e de análise crítica sobre as atividades de aprendizagem do ER, incitando o desenvolvimento pessoal e profissional como futura

EEESMO.....52

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....57

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....59

APÊNDICES

Apêndice I – Prisma Flow Diagram para o processo de Scoping Review do JBI 2015

Apêndice II – Análise dos Artigos Selecionados

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto.....	15
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Critérios de Inclusão e Exclusão.....46

Tabela 2. Descritores e Resultados da Pesquisa nas Bases de Dados.....47

INTRODUÇÃO

O progresso das políticas de forma a responder às necessidades das mulheres e das crianças mantem-se como um desafio da atualidade. Em Portugal, a centralidade das políticas sociais e de saúde que demarcam os aspetos referentes ao nascimento, foi decisiva para a evolução favorável de indicadores que avaliaram a qualidade e a tendência dos cuidados e dos investimentos em saúde, os esforços económicos e sociais relacionados com a reprodução e a maternidade, e particularmente a forma como a sociedade valoriza as mulheres e as crianças (Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2018).

O presente relatório surge com o objetivo de descrever e refletir o percurso realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), inserida no plano de estudos do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Esta UC é composta por um total de 750 horas, sendo 500 horas de contacto, 25 horas de orientação tutorial, 35 horas de prática simulada em laboratório e as restantes de trabalho autónomo e decorreu entre 12 de março e 13 de julho de 2018. A concretização do ER realizou-se no Bloco de Partos (BP) e Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO) de um hospital na região a sul do Tejo, sob a orientação de um EEESMO e da Professora Irene Soares.

Este relatório é um indicador de avaliação dos objetivos e atividades estabelecidos inicialmente no projeto proposto na UC Opção, procurando refletir sobre as competências desenvolvidas enquanto futura EEESMO, e assim constituir o suporte escrito para a discussão pública para obtenção do grau de mestre.

Conforme é defendido pela *Internacional Confederation of Midwives* (ICM) o EEESMO é “o profissional que trabalha em parceria com as mulheres, no apoio, na prestação de cuidados e no aconselhamento necessário durante a gravidez, trabalho de parto, e pós-parto” (ICM, 2010, p.2). Corroborando a ideia anteriormente defendida, a Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza que o EEESMO tem como foco dos seus cuidados a “mulher no âmbito do ciclo reprodutivo (...) tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa (...) é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2015, p.13). Desta forma, o EEESMO prestando cuidados de acordo com a evidência científica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco (...) e intervenções

autónomas interdependentes em todas as situações de médio e alto risco subjacentes ao ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros defende ainda que o EEESMO, na procura pela excelência na prestação de cuidados, deverá garantir que os seus clientes adquiram o máximo do seu potencial de saúde. Neste sentido, o EEESMO deverá identificar as necessidades de cuidado da mulher/família, e reconhecer os recursos disponíveis, desenvolver programas, projetos e intervenções que promovam esses potenciais durante o ciclo de vida da mulher, em particular durante a gravidez/trabalho de parto/parto (OE, 2011).

Ainda, na vertente do desenvolvimento do estágio com relatório propus-me desenvolver uma temática inovadora, que teve como finalidade aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da utilização da Sala de Snoezelen durante a gravidez, parto e pós-parto.

A escolha da temática em causa advém da minha motivação pessoal e interesse sobre novas estratégias que auxiliem as intervenções do EEESMO na promoção do conforto materno-fetal na gravidez, parto e pós-parto.

A WHO (2002) recomenda o uso de métodos não farmacológicos nomeadamente no alívio da dor como intervenções de primeira linha para o controlo da mesma. Dentro da panóplia de métodos que podem ser utilizados, podemos encontrar: aromaterapia, musicoterapia, visualização, massagem, adoção de posições diferentes, entre outros (Lowdermilk, 2008).

Os espaços Snoezelen ao englobarem os métodos que foram referidos anteriormente, podem ser utilizados como um instrumento complementar às intervenções desempenhadas pelo EEESMO no sentido de melhorar a qualidade da assistência às utentes.

O conforto experimentado pela mulher e RN quer ao longo da gravidez, quer durante os diferentes estádios do trabalho de parto (TP) e no pós-parto deve ser uma prioridade nos cuidados prestados pelo EEESMO, por ser uma fonte de suporte, capaz de criar uma atmosfera adequada, segura e humanizada, que possibilita que a mulher tenha uma experiência positiva.

Portanto, espera-se que o resultado final deste trabalho fundamente a importância da utilização da estimulação sensorial na promoção do conforto materno-fetal na gravidez, parto e pós-parto como estratégia para a melhoria da

qualidade das práticas de cuidados. Tal como a OE defende, o Enfermeiro Especialista tem competência para o planeamento de programas de melhoria contínua da qualidade, através do reconhecimento de oportunidades, estabelecimento de prioridades e da escolha de estratégias de melhorias (OE, 2010).

Deste modo, foi desenvolvido para este ER o seguinte objetivo geral: desenvolver competências de EEESMO na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante a gravidez, nos diferentes estádios do TP, no puerpério imediato, em situação de doença/urgência ginecológica e obstétrica e na adaptação do recém-nascido (RN) à vida extrauterina.

Sendo que os objetivos específicos construídos para este âmbito foram os seguintes:

1. Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, que recorre ao SUGO durante o período pré-natal, tendo em vista a promoção da saúde e Bem-estar Materno-fetal (BEMF), identificando e tratando precocemente complicações;
2. Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, que recorre ao SUGO a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica tendo em vista a promoção da saúde, bem-estar, identificando e tratando complicações precocemente;
3. Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante os quatro estádios do TP, efetuando o parto em ambiente seguro e com conforto, visando o bem-estar da parturiente;
4. Desenvolver competências como EEESMO no cuidado imediato ao RN na sua adaptação à vida extrauterina;
5. Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos enquanto EEESMO na promoção do conforto materno-fetal através da utilização da sala de Snoezelen;
6. Desenvolver a capacidade de reflexão e de análise crítica sobre as atividades de aprendizagem do ER, incitando o desenvolvimento pessoal e profissional como futura EEESMO.

Este relatório encontra-se organizado em três capítulos. Primeiramente é descrito o enquadramento conceptual que fundamenta a prática de cuidados, abordando o modelo teórico de enfermagem que suporta a temática em estudo.

Posteriormente é analisado o percurso de aprendizagem abordando os objetivos definidos e as atividades desenvolvidas, aprofundando a metodologia de trabalho e a temática central deste ER. Finalmente, é realizada uma reflexão acerca da aquisição de conhecimentos e competências de EEESMO.

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

1.MODELO TEÓRICO DE APRENDIZAGEM

As Teorias de Enfermagem interrelacionam os seus quatro paradigmas (saúde, doença, pessoa e enfermagem) e orientam para as necessidades que os clientes detêm, pretendendo desta forma preencher e corrigir lacunas, colaborando igualmente para o desenvolvimento do conhecimento (George, 2000).

Na estimulação sensorial, o ambiente deve ser controlado de forma a tornar-se tranquilo e facilitador da integração da informação sensorial. Neste sentido, o conforto surge como um instrumento essencial para a captação dos estímulos. Este é também considerado como um dos resultados pretendidos com a estimulação sensorial (Kolcaba, 1991, 1995).

Deste modo, a filosofia de cuidados que serve de base à temática em causa é a **Teoria do Conforto** de Katherine Kolcaba. Na literatura, o conceito de conforto surge intimamente relacionado aos cuidados de enfermagem não apenas na sua origem, mas também em todos os diferentes significados que tem vindo a assumir ao longo do tempo e que se prendem com a evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade e com a evolução tecnocientífica, sobretudo das ciências da saúde e da enfermagem em particular (Apóstolo, 2009).

A Teoria do Conforto é uma teoria de médio alcance e foi desenvolvida tendo como ponto de partida a prática de cuidados a doentes gerontológicos. No entanto, a mesma pode ser alargada a outros contextos de cuidados na medida em que são vários os que necessitam de conforto (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2003).

De acordo com esta teoria, o conforto pode ser definido como “(...) a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto.”. O estado de conforto é um requisito indispensável para a execução de tarefas especiais que necessitem de uma função ótima, e, como tal, é primordial que em TP e parto, este seja assegurado à mulher/RN/casal (Kolcaba, 2003, p.16).

O desconforto/dor associado ao TP e parto é uma das preocupações demonstradas pela grávida/casal e, neste sentido, compreender e diminuir o desconforto/dor e reduzir os níveis de ansiedade da grávida/casal, são intervenções imprescindíveis do EEESMO em todo este processo (Lowdermilk & Perry, 2008).

Inicialmente, Kolcaba definiu o conforto como “a experiência de ter alcançado as necessidades humanas básicas de tranquilidade, alívio e transcendência” (Kolcaba, 1991, p.20) e, posteriormente, como “a satisfação (ativa, passiva ou

cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress, em cuidados de saúde nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 1994, p.1178).

A nível estrutural, o conforto está organizado numa grelha bidimensional como mostra a figura abaixo (Kolcaba, 1992).

Figura 1. Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto

		Tipo de Conforto (Estados)		
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contextos do Conforto	Físico	Alívio Físico	Tranquilidade Física	Transcendência Física
	Psicoespiritual	Alívio Psicoespiritual	Tranquilidade Psicoespiritual	Transcendência Psicoespiritual
	Sociocultural	Alívio Sociocultural	Tranquilidade Sociocultural	Transcendência Sociocultural
	Ambiental	Alívio Ambiental	Tranquilidade Ambiental	Transcendência Ambiental

Fonte: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100006

O estado de alívio prevê a existência de um desconforto prévio, do qual o indivíduo é aliviado através das intervenções de enfermagem. O estado de **tranquilidade** é um estado de satisfação no qual a **manipulação do ambiente** promove uma melhoria da *performance* do indivíduo. A transcendência diz respeito às intervenções de enfermagem que aumentam o auto-conhecimento, a auto-estima, o **auto-controlo** (Rainha, 2011).

Relativamente aos contextos do conforto, o contexto físico corresponde ao estado físico do indivíduo no qual se incluem: o descanso, o **relaxamento**, a **dor**, o **posicionamento**, entre outros. O contexto psicoespiritual diz respeito à consciência interna de si próprio, incluindo a auto-estima, o auto-conceito, etc. O contexto sociocultural corresponde às relações interpessoais, familiares e sociais do indivíduo. Por fim, o contexto ambiental abarca a **luz**, o **ruído**, o equipamento, a **cor**, a **temperatura** e os elementos naturais ou artificiais do meio (Rainha, 2011).

As diversas evidências científicas acerca dos efeitos da utilização da sala de Snoezelen em SMO corroboram o que é defendido por Kolcaba. Neste sentido, ao

longo deste relatório serão colocadas a *bolt* as intervenções e resultados obtidos relacionados com este modelo teórico.

Apesar de a autora ter centrado a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo indivíduo após a intervenção de enfermagem, esta reconhece que a arte de enfermagem é realizada no sentido estético, isto é, o enfermeiro aplica de forma criativa os princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos diversos contextos específicos do cuidar. Deste modo, o espaço Snoezelen surge como um instrumento que completa as intervenções desempenhadas pelo EEESMO no sentido de proporcionar conforto à grávida, parturiente e puérpera através de um ambiente multissensorial complexo que, podendo ser manipulado de acordo com as necessidades da mulher, promove o relaxamento, a tranquilidade, o auto-controlo, etc.

2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

2.1. Análise reflexiva das atividades desenvolvidas, competências adquiridas e avaliação dos resultados

Em 2016 foi proposto na UC Opção a elaboração de um projeto onde foram definidos objetivos a alcançar na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família e as respetivas atividades a desenvolver para atingir esses mesmos objetivos.

Neste capítulo, pretendo descrever o meu percurso de aprendizagem e aquisição de competências de EEESMO tendo em conta os objetivos inicialmente delineados.

O percurso de aprendizagem realizado teve como princípio a premissa de que o EEESMO deverá possuir (...) conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011, p. 8648).

2.1.1. Objetivo nº1

Desenvolver competências como EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, que recorre ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO) durante o período pré-natal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar materno-fetal (BEMF), tratando precocemente complicações.

No decorrer do ER prestei cuidados a 10 mulheres/famílias que recorreram ao SUGO referindo contrações, diminuição dos movimentos fetais, suspeita de rutura espontânea da bolsa amniótica (REBA), disúria, polaquiúria, cefaleias, hipertermia, tosse, e para avaliação do bem-estar fetal.

A minha prestação de cuidados teve início com a triagem de cada mulher utilizando o programa informático SCLinic[®]. No local onde foi desenvolvido o ER não existe um sistema de avaliação de prioridades na triagem. Contudo, assim que reconheci alguma situação que carecia de uma intervenção rápida, encaminhei prontamente a mulher para ser avaliada pela equipa médica.

Em alguns hospitais do país o sistema de triagem em vigor é o Sistema de Triagem de Manchester, que é um método de triagem que fornece ao profissional

não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada – o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva o doente a procurar o serviço de urgência (Grupo Português de Triagem, s.d).

Segundo o Regulamento n.º 127/2011, p. 8663 da OE, o EEESMO é um profissional de saúde que reúne competências que permitem cuidar da “(...) mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”. Neste sentido, foi avaliada cada situação individualmente de forma a detetar quais as que careciam de uma intervenção precoce, procedendo a uma avaliação imediata.

Na triagem é realizada uma avaliação inicial objetiva onde se apura o motivo de vinda ao SUGO, os AP, alergias, história obstétrica e ginecológica e se a gravidez é vigiada ou não. Para complementar os dados fornecidos é fundamental a consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e dos exames complementares dia diagnóstico (ecografias e análises). É importante que os registos de enfermagem efetuados sejam numa linguagem clara e objetiva de modo a espelhar a informação relevante e que seja compreensível pela equipa multidisciplinar.

De acordo com a Direção Geral d saúde (DGS) (2015) e a OE (2005), os registos de enfermagem são fundamentais uma vez que são os enfermeiros os profissionais que mais cuidados prestam e mais próximos estão das utentes, devendo desta forma registar todos os dados clínicos, observações e avaliações obtidas no processo clínico da grávida.

Para além do que já foi referido anteriormente, são avaliados também os parâmetros vitais e é efetuado o cálculo da IG utilizando o Calculador Obstétrico de Datas - Ginecentro®. Posteriormente, conforme a avaliação de enfermagem e/ou médica efetuada é realizado o exame obstétrico (manobra de Leopold, auscultação dos batimentos cardio-fetais (ABCF), cardiotocografia (CTG)), exame vaginal (este foi realizado sempre pelo médico obstetra), punção venosa periférica, colheita de sangue para análises, colheita de urina, administração de terapêutica e preparação do internamento.

A DGS (2015, p.32) refere que (...) uma história clínica detalhada, em particular da história obstétrica anterior, quando é esse o caso e a observação

clínica são fundamentais na definição dos cuidados a prestar. Além disso, todas as informações recolhidas sobre saúde, estilos de vida, comportamentos e ambiente psicossocial são elementos essenciais para a prossecução deste objetivo. Permite, também, que possam ser prestadas informações e cuidados realmente centrados na mulher/ casal.

Numa fase inicial, os cuidados foram prestados com a colaboração da enfermeira orientadora e posteriormente foram realizados por mim de forma autónoma.

No decorrer deste processo procurei compreender os sintomas que cada mulher apresentava com o objetivo de prestar cuidados holísticos e que visassem o conforto e alívio desses mesmos sintomas. Estabeleci uma relação de confiança, empatia e respeito, informando a mulher/família acerca dos procedimentos realizados e sempre que foi necessário procedi à realização de educações para a saúde (acerca de alimentação, hidratação, cuidados de higiene, gravidez, TP), enfatizando os sinais de alerta para os quais a grávida deverá estar atenta e recorrer ao SUGO, se necessário.

Por fim e não menos importante, procurei uma participação ativa da pessoa significativa que na maioria das vezes era o pai, de forma a promover a sua participação nos processos de tomada de decisão, respeitando a vontade da mulher, a sua cultura/valores, e assegurando também o conforto da mesma num ambiente desconhecido.

Segundo a DGS (2015, p.13), cada vez mais se reconhece que deve ser promovida a participação do pai. A mulher/companheiro e/ou família devem ser considerados parceiros nas tomadas de decisões e intervenções que sejam essenciais para a vigilância da gravidez. Desta forma, todos os intervenientes deverão ser tratados com respeito e dignidade. As opiniões, crenças, ambientes culturais e valores da grávida/companheiro e/ou família devem ser de igual forma respeitados.

Avaliação:

Durante o ER gostaria de ter realizado mais turnos no SUGO, mas tal não foi possível pois a Enf.^a orientadora estava maioritariamente escalada no BP.

De acordo com o objetivo delineado, considero que todas as atividades desenvolvidas no ER foram concretizadas com sucesso, bem como a aquisição de competências de EEESMO no cuidado à mulher/família inserida na comunidade, durante o período pré-natal. Tal como é referido no Regulamento n.º 127/2011 (2011; p.8663), foi promovida “ (...) a saúde da mulher durante o período pré-natal”, transmitindo e norteando sobre estilos de vida saudáveis, orientando e esclarecendo sobre os desconfortos da gravidez, executando intervenções especializadas e monitorizando situações de gravidez de baixo risco e situações de desvio da normalidade.

2.1.2. Objetivo nº2

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

Ao longo do ER, tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a 8 mulheres que recorreram ao SUGO referindo metrorragias e corrimento vaginal aumentado.

Tal como foi mencionado no objetivo anterior, procedi inicialmente à triagem de cada mulher utilizando o programa informático SClinic[®]. Seguidamente realizei a avaliação inicial de forma objetiva verificando os AP, história ginecológica e obstétrica, consultando os exames complementares de diagnóstico por forma a completar a informação fornecida. Foram avaliados os PV, exame vaginal (sempre realizado pela equipa médica) e se necessário foi canalizada uma veia periférica para administração de medicação, feita colheita de sangue para análises, feita colheita de urina e preparação para internamento.

Todos os procedimentos realizados foram sendo informados à mulher/família de modo a estabelecer uma relação de confiança, respeito e empatia e também criando um ambiente confortável e seguro.

Por fim, tive também a oportunidade de realizar EPS individualizadas tendo em atenção a situação patológica em questão, promovendo estilos de vida saudáveis e cuidados de higiene e conforto, informando sobre anatomia,

contraceção, ciclo reprodutivo/hormonal, auto-vigilância e despiste de complicações ginecológicas.

Avaliação:

Cumpri as atividades propostas e desenvolvi competências específicas como EEESMO no cuidado à mulher/família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica tal como refere o Regulamento nº127/2011 da OE. De salientar que as competências adquiridas neste âmbito complementaram as que foram desenvolvidas durante o EC I e EC III. Nestes EC prestei cuidados a 44 mulheres a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica.

2.1.3. Objetivo nº3

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

Por forma a atingir o objetivo acima referido, procurei desenvolver atividades no âmbito da prestação de cuidados especializados que estivessem de acordo com o preconizado pelo International Confederation of Midwives (ICM) quanto às competências do EEESMO, ou seja, providenciar cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, garantindo um parto limpo e seguro e resolvendo situações de emergência, de forma a maximizar a saúde da mulher e do RN (ICM, 2010).

No contexto de BP foi possível prestar cuidados de enfermagem especializados a 79 parturientes/pessoa significativa nos diferentes estádios do TP tendo em conta os objetivos definidos para o ER e de acordo com a teoria do conforto de Kolcaba que suporta a temática em estudo neste trabalho.

Inicialmente o meu papel centrava-se na observação participativa e progressivamente ao longo do ER fui desenvolvendo uma postura de prestação de cuidados mais autónoma.

Os cuidados prestados ao longo dos diferentes estádios do TP foram desenvolvidos centrando-se na avaliação e apoio constantes à mulher/família, por forma a garantir a melhor assistência e os melhores resultados para todos os intervenientes (Lowdermilk & Perry, 2008).

De acordo com as mais recentes recomendações da OMS (2018), a fase latente do 1º estágio do TP caracteriza-se por contrações uterina dolorosas e alterações do colo uterino incluindo grau de apagamento e progressão lenta da dilatação até aos 5cm. A fase ativa pode ser definida como o período de tempo onde existem contrações dolorosas e regulares com apagamento e dilatação cervical mais rápida dos 5cm até à dilatação completa.

A minha atuação enquanto futura EEESMO no **primeiro estágio do TP** passou por realizar a avaliação inicial e o diagnóstico de enfermagem partindo de uma colheita de dados organizada, incluindo antecedentes ginecológicos, obstétricos, familiares e história de gravidez atual, avaliação física inicial, monitorizar os parâmetros vitais, avaliar a glicémia capilar se fosse pertinente e auscultar os batimentos cardíacos fetais (ABCF), vigiar as alterações fisiológicas, avaliar os riscos e identificar complicações e necessidades individuais.

Procedi ao acolhimento da parturiente/pessoa significativa no BP/SUGO promovendo a sua privacidade e garantindo um **ambiente tranquilo, confortável e seguro**. Neste sentido adequiei não só o espaço físico à mulher/pessoa significativa (luminosidade, cobertores, lençóis, almofadas, bancos, bolas de pilates), como também o meu tom de voz e tipo de discurso ao nível socio-cultural da mulher/pessoa significativa. Disponibilizei ainda informação relativamente ao TP e parto, recursos hospitalares, horário de visitas entre outros, esclarecendo sempre que possível todas as dúvidas existentes.

Barradas et al (2015, p.40) referem que a “comunicação e a linguagem utilizadas são peças fundamentais na assistência da parteira.”. Realmente a primeira abordagem à mulher/pessoa significativa por parte do EEESMO representa um marco fundamental para a vivência de uma experiência positiva durante o TP e parto, neste sentido é fundamental que a comunicação e a postura do EEESMO sejam facilitadoras dessa abordagem, possibilitando abertura para questões e preocupações, esclarecendo sobre as fases do TP e procedimentos realizados (Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante a avaliação inicial da grávida analisei o seu BSG e exames complementares de diagnóstico por forma a colher o máximo de informação possível acerca daquela gestação e adequar assim os meus cuidados. Graças a essa colheita de informação pude identificar situações em que as serologias do

3º trimestre estavam desatualizadas e/ou incompletas, pelo que procedi à colheita de sangue para análise.

Em grávida com *Streptococcus* β hemolítico do grupo B positivo ou com REBA, comuniquei à equipa médica para que esta analisasse a necessidade de realizar profilaxia intraparto de modo a reduzir o risco de sépsis neonatal.

Conforme refere Lowdermilk & Perry (2008), o EEESMO deve estar atento para a importância de ter em sua posse toda a informação pré-natal da mulher, de modo a analisar todos os dados, em particular no momento da admissão da grávida para avaliação do TP, e apreciação e deteção de situações pontuais que possam colocar em risco o BEMF, completando com a avaliação física.

No momento da avaliação inicial procurei questionar a grávida/pessoa significativa acerca da existência do plano de parto, clampagem tardia do cordão, contato pele-a-pele e posição em que gostaria de ter o seu filho. Relativamente ao plano de parto, não tive a oportunidade de prestar cuidados a nenhum casal que tenha redigido este documento. Contudo, considero que todas as grávidas/casal têm um plano de partos mental e como tal tentei prestar cuidados especializados que fosse ao encontro das expectativas e desejos da mulher/casal. Barradas et al (2015, p.39) defendem que de facto quando “(...) a Mulher não apresenta plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas serão suportadas”.

Também durante este primeiro estágio, realizei a vigilância e condução do TP recorrendo às manobras de Leopold para determinação da localização esperada do ponto de intensidade máxima para a ABCF. A realização destas manobras estando a mulher em decúbito dorsal são importantes na medida em que ajudam a determinar o número de fetos, a apresentação, a posição e atitude fetal, grau de descida a pélvis e o local esperado para a determinação da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) (Lowdermilk & Perry, 2008).

Garanti a vigilância do BEMF através da realização e avaliação da monitorização externa da FCF e da monitorização externa da contractilidade uterina através da CTG. Neste ER não tive oportunidade de observar monitorização interna da FCF. A realização de CTG através da monitorização externa ou interna é importante na medida em que esta constitui um método que permite a avaliação da oxigenação do feto, traduzindo o bem-estar fetal sendo fundamental para o

EEESMO deter conhecimentos sobre a realização deste tipo de recurso, capacidade de análise e ser capaz de reconhecer os vários padrões de FCF, realizando uma intervenção adequada a cada situação (Lowdermilk & Perry, 2008).

No decorrer do ER pude observar vários tipos de padrão da FCF, tais como situações de baixa variabilidade, taquicardia fetal mantida, bradicardia fetal, desacelerações precoces, desacelerações tardias e CTG tranquilizador.

Em cada uma das situações observadas, discuti os cuidados a serem prestados com a enfermeira orientadora e nos casos que se encontravam para além das minhas competências foi pedida a colaboração da equipa médica.

A monitorização fetal intraparto visa evitar não só a ocorrência de lesões relacionadas com hipoxia/acidose, como também a realização de intervenções desnecessárias que podem acarretar morbidade materna/ou fetal (Santo, 2016).

As novas *guidelines* da FIGO publicadas em 2015 referem que relativamente à linha de base da frequência cardíaca fetal (FCF), a linha basal deve ser avaliada em períodos de 10 min e os valores normais ficam compreendidos entre os 110 e 160 batimentos por minuto (bpm), sendo que a bradicardia é definida com um linha de base abaixo dos 110 bpm e a taquicardia com uma linha de base acima dos 160bpm. No que diz respeito à variabilidade (que traduz as oscilações da frequência cardíaca) não foram introduzidas alterações significativas relativas aos limites da sua definição, e por isso é considerada variabilidade normal se compreendida entre os 5 e 25 bpm, variabilidade reduzida se inferior a 5 bpm e variabilidade aumentada se superior a 25 bpm. Tal como a definição de variabilidade, a definição de acelerações também não sofreu quaisquer alterações, continua a ser definida como um aumento abrupto da frequência cardíaca fetal acima da linha de base superior a 15 bpm e com duração superior a 15 segundos.

As alterações significativas surgem no conceito de desacelerações. Estas podem são divididas em 4 grupos: precoces, variáveis, tardias e prolongadas. As desacelerações precoces compreendem a diminuição da FCF de baixa amplitude, curta duração, com variabilidade normal, em simultâneo com as contrações, indicando compressão do polo cefálico fetal e não estando associadas a hipoxia/acidose. As desacelerações variáveis têm forma de V e qualificam-se pela diminuição abrupta da FCF com boa variabilidade, rápida recuperação à linha de base e com forma/tamanho e relação com as contrações variáveis. Este é o tipo de

desacelerações mais frequente e traduz compressão do cordão umbilical. As desacelerações tardias têm forma de U, com início e recuperação à linha de base graduais e/ou com diminuição da variabilidade. Têm início 20 ou mais segundos após o início da contração, têm o nadir após o pico da contração e a recuperação ocorre após o final da contração. Este tipo de desacelerações está associado a hipoxemia fetal. Por fim, as desacelerações prolongadas podem ser definidas como desacelerações com duração superior a 3 minutos e estão também associadas a hipoxemia em particular as com duração superior a 5 minutos (Santo, 2016).

O padrão sinusoidal foi de igual modo redefinido traduzindo um padrão regular, com ondulação do sinal, com uma amplitude de 5 a 15 bpm, frequência de 3-5 ciclos/ /min e com duração mínima de 30 min. No que concerne às alterações da contractilidade, a taquissistolia é definida como a ocorrência de 5 ou mais contrações em 10 min em dois períodos consecutivos de 20 min (Santo, 2016).

De acordo com as novas *guidelines* da FIGO (2015), os traçados cardiotocográficos mantêm-se como normais, suspeitos e patológicos. Os traçados normais apresentam uma linha basal entre os 110 e os 160 bpm, variabilidade entre os 5 e 25 bpm, sem desacelerações repetitivas, não estão associados a hipoxemia e não necessitam de intervenção obstétrica. Os traçados patológicos compreendem as situações de linha basal inferior a 110 bpm, variabilidade reduzida ou aumentada e padrão sinusoidal, desacelerações tardias repetitivas ou prolongadas. Nos traçados patológicos é recomendada intervenção imediata que visa a reversão do evento responsável pela diminuição da oxigenação fetal ou a eventual a realização do parto. Os traçados suspeitos foram definidos como aqueles em que se verifica inexistência de pelo menos um critério de normalidade, mas que não apresentam características patológicas.

Relativamente aos intervalos de auscultação intermitente, estes devem ser realizados de 15-15 min durante a fase ativa do 1ºestadio do TP e de 5-5min no 2ºestadio do TP. É fundamental que os profissionais tenham experiência na realização deste tipo de auscultação, sendo necessária o reconhecimento da linha basal da FCF, a identificação de episódios periódicos como acelerações ou desacelerações, e ainda o registo da frequência das contrações, a presença de movimentos fetais e a frequência cardíaca materna.

A recomendação nº17 da OMS (2018), refere que não se deve realizar CTG de forma contínua em mulheres com gravidezes de baixo risco, pois este procedimento aumenta o risco de cesariana e intervenções médicas. Deve-se por isso realizar auscultação dos BCF de forma intermitente utilizando o Doppler ou o estetoscópio de Pinard tal como refere a recomendação nº18. Na fase ativa do 1ºestádio do TP deve ser feita a cada 15-30min e no 2ºestádio do trabalho de parto a cada 5 min.

A realização do exame vaginal (EV), foi um procedimento frequente durante o ER, sendo que inicialmente tinha muitas dúvidas na avaliação da dilatação e apagamento do colo uterino, com o decorrer do tempo fui aprimorando este tipo de procedimento.

Com a realização do EV tive a oportunidade de avaliar a dilatação e apagamento do colo uterino, variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas, características do líquido amniótico e adequação pélvica para o Parto Eutócico. Nem sempre as avaliações que realizei foram as corretas, necessitando por esse motivo de ajuda por parte da enf.^aorientadora.

Enquanto futura EEESMO considero que a avaliação da variedade é um aspeto onde terei de aprofundar mais conhecimentos, pois tive bastante dificuldade em avaliar este parâmetro ao longo do ER. No entanto, tenho em crer que com a prática diária de cuidados vou conseguir ultrapassar esta dificuldade.

Este procedimento é importante na medida em que é através da sua realização que o EEESMO verifica se a mulher se encontra verdadeiramente em TP, permitindo ainda determinar a integridade das membranas, apesar de subjetivo (Lowdermilk & Perry, 2008; Chapman & Charles, 2013). Contudo, "(...) é gerador de stresse e desconfortável para a mulher, só deve ser realizado quando indicado pelo seu estado e do feto." (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 437).

Segundo a recomendação nº16 da OMS (2018), a realização do exame vaginal em intervalos de quatro horas é recomendada na fase ativa do 1ºestádio do TP em grávidas de baixo risco como forma de prevenir o risco infeccioso tanto na mãe como no bebé.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, foi realizado o EV no momento da admissão da grávida, em situações de alterações significativas da atividade uterina, quando a mulher verbalizava desconforto e aumento da dor

(pressão na região perineal, vontade de realizar esforços expulsivos, vontade de evacuar), suspeita de bolsa amniótica rota (BAR), presença de desacelerações. Tive sempre o cuidado de, antes da realização deste procedimento, pedir o consentimento à grávida para a sua realização e explicar em que consiste. Conforme referem os autores Chapman & Charles (2013), o EEESMO deve efetuar o EV seletivamente e não por rotina, certificando não só a privacidade da mulher como o seu consentimento prévio, esclarecendo sobre o procedimento, comunicando de forma gentil e parando a sua avaliação se a mulher o solicitar.

Como forma de garantir a continuidade dos cuidados, fui registando ao longo do ER todas as informações relativas à progressão do TP no partograma. Este documento é importante na medida em que a interpretação e análise dos registos efetuados possibilita a concretização de um diagnóstico mais correto, contribuindo assim para uma intervenção mais adequada da equipa multidisciplinar, com vista à prestação de cuidados de saúde de qualidade (APEO, 2009; Chapman & Charles, 2013; Graça, 2010).

Tal como o partograma, também tive a oportunidade de preencher um documento para recolha de dados relativamente ao projeto “Maternidade com Qualidade”. Nesse mesmo documento pude registar a ingestão de líquidos, as posições adotadas pela mulher durante o TP, o contato pele-a-pele e a amamentação, assim como a realização ou não de episiotomia.

Um dos cuidados prioritários da enfermeira especialista em SMO deve ser a capacitação do bem-estar físico e emocional da parturiente e nesse sentido o alívio da dor é um fator que contribui para esse estado de conforto. A dor não é igual durante todo o trabalho de parto, variando de acordo com a sua evolução. A utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto inclui uma vasta variedade de técnicas, entre elas: liberdade de movimentos, apoio contínuo à grávida, uso de água como analgésico, técnicas de relaxamento/massagem, acupunctura e acupressão, aromoterapia, hipnose entre outras (OE, s.d).

Neste sentido, durante o meu percurso promovi junto das parturientes as medidas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas no conforto e alívio da dor, esclarecendo os vários métodos e os seus benefícios. Deste modo, coloquei em

prática as técnicas de respiração, liberdade de movimentos, apoio contínuo, uso de água, massagem, e aplicação de calor.

De acordo com Ferrão e Zangão (2017), a atitude corporal assumida pela parturiente e a dinâmica corporal imprimida pelo movimento baseiam-se nos seguintes mecanismos: ação da gravidade, compressão dos grandes vasos maternos, aumento dos diâmetros do canal de parto e do ângulo de encaixa da cabeça fetal, ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-base. O corpo da mulher grávida em equilíbrio com o sentido da força da gravidade e o ângulo de incidência do útero facilita o encravamento e a descida fetal. Desta forma, as posturas verticalizadas da mulher durante o TP e parto, permitem o relaxamento do períneo e a mobilidade dos ossos sacroilíacos de modo a permitir um aumento dos diâmetros dos estreitos da bacia mediante os movimentos de contranutação, que aumenta o estreito superior e os movimentos de nutação, que aumenta o estreito medio e inferior. A ação da gravidade promove pressão da cabeça fetal na parte inferior do útero, desencadeando um reflexo a nível hipotálamo-hipófise, que estimula a produção de ocitocina e favorece uma melhor irrigação uterina, potenciando a função das fibras musculares, originando contrações mais eficazes, tornando-se o primeiro estágio do trabalho de parto mais curto, com melhor tolerância da parturiente à dor e consequente redução da necessidade de analgesia. O efeito da força gravitacional leva também ao menor risco de hipotensão materna devido à não compressão aortocava, o que melhora a oxigenação materno-fetal (Ferrão, Zangão, 2017).

Segundo os mesmos autores, a posição de Gaskin assume-se como facilitadora na rotação fetal espontânea da variedade occipito-posterior para occipito-anterior, evitando partos instrumentais ou cirúrgicos. Esta, promove a rotação fetal espontânea nas apresentações occipito-sagradas ou transversas, facilita o desprendimento biacromial na distócia de ombros e diminui o procedimento de episiotomia ou a ocorrência de lacerações perineais, por permitir a proteção perineal durante a deflexão cefálica. De acordo com as novas recomendações da OMS (2018), deve-se encorajar a mobilidade e as posições verticais na mulher em TP com gravidez de baixo risco (recomendação nº25), pois trazem benefícios no que respeita à redução de partos distócicos e das taxas de cesarianas.

Em muitos contextos, as práticas tradicionais de aplicação do repouso para todas as mulheres em TP são comuns, em vez de se permitir se informar as

mulheres acerca dos benefícios da mobilidade e das posições verticais, permitindo assim que as mulheres escolham qual a posição em que sentem mais conforto. Esta é uma medida de baixo custo, benéfica para a mulher/bebé/família e de fácil implementação.

Considero importante encorajar a mulher na adoção de posições verticais, como uma prática vantajosa na dinâmica do 1º estágio do TP. A liberdade de movimentos com vista à postura verticalizada assegura as trocas materno-feto-placentárias durante mais tempo, o qual é traduzido por um traçado cardíaco fetal tranquilizador e confiante, diminuindo o risco de sofrimento fetal. Deambular, caminhar ou mover-se e mudar de posição, para além de facilitar em todos os aspetos a primeira etapa do TP, constituem uma excelente forma de reduzir os desconfortos que estão inerentes a todo este processo, permitindo o conforto da mulher, um melhor controlo da dor, bem como a sensação de controlo sobre o próprio corpo e a interação com a pessoa significativa, tornando todo o momento mais satisfatório. A mulher deve ter direito na opção de escolha pela livre movimentação e pela posição que considere ser mais vantajosa para o desenrolar do seu TP. Neste sentido, o EEESMO deve transmitir orientações acerca dos benefícios das posturas verticalizadas e da deambulação durante o TP, capacitando a mulher para uma tomada de decisão consciente e informada.

A OE orienta o EEESMO para práticas que respeitem o processo fisiológico do parto que incluem, por exemplo, “apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical” (OE, 2012).

Com esta situação aprendi a importância da liberdade de movimentos e da adoção de posições verticalizadas que favorecem o trabalho de parto e parto, na medida em que a mulher tem maior controlo sobre a dor, sente-se confiante, a rotação e descida da apresentação é realizada de forma mais rápida e com menor probabilidade de ocorrer uma distócia de ombros ou um parto distócico por ventosa ou fórceps.

No que respeita à analgesia endovenosa e loco-regional, estas foram as técnicas observadas no que concerne a medidas terapêuticas farmacológicas no conforto e alívio da dor. Neste contexto foi possível cooperar com o anestesista na colocação de cateter de analgesia epidural e sequencial, preparando a mulher física e psicologicamente, (após preenchimento do consentimento informado e

esclarecido), intervindo ainda na administração de repicagem analgésica, segundo normas de procedimento do local de estágio, vigiando e despistando complicações, e promovendo o BEMF.

Ao longo do ER tive oportunidade de realizar procedimentos básicos de enfermagem direcionados à mulher, como sejam a promoção de cuidados de higiene e **conforto**, punção de acesso venoso periférico, realização de colheita de sangue, administração de terapêutica e de fluidoterapia. A administração de ocitocina foi efetuada em situações de ITP por razões médicas (gravidez prolongada, rotura prematura de membranas) e para estimulação do TP. Estas situações surgem descritas pelo Infarmed (2016), como indicações para a administração de ocitocina, em TP. A mesma administração foi suportada numa avaliação do BEMF prévio.

Durante a vigilância do TP pude constatar que a distensão da bexiga pode contribuir para a inibição da descida da apresentação e das contrações uterinas, dificultando a evolução do TP (Lowdermilk & Perry, 2008). Neste sentido, o esvaziamento vesical foi um procedimento realizado por mim diversas vezes por forma a favorecer a descida da apresentação e conseqüente evolução do TP. Este procedimento foi sempre explicado previamente à parturiente e das 79 mulheres que tive oportunidade de conduzir o TP só uma recusou realizar o procedimento.

Proporcionei um ambiente promotor de confiança, privacidade e com espaço para o diálogo e esclarecimento de informação, com o objetivo de promover o **conforto e bem-estar** da mulher/casal por forma a vivenciarem uma experiência de parto positiva.

O apoio contínuo por parte do EEESMO é fundamental na medida em que este possibilita o apoio informativo, assim como físico e emocional, contribuindo para o aumento da confiança e comunicação da mulher (APEO, 2009; Barradas et al, 2016; ICM, 2013).

No decorrer da minha prática de cuidados promovi a presença do companheiro/pessoa significativa no sentido de acompanhar e apoiar a mulher durante o TP. A presença do acompanhante contribui para uma menor utilização da analgesia farmacológica, diminuição do parto vaginal instrumentalizado e para o aumento do sentimento de satisfação da mulher com a sua experiência do parto,

atuando como fator tranquilizante e de segurança (APEO, 2009; Barradas et al, 2016)

Relativamente ao **segundo estágio de TP** realizei 45 partos eutócicos (PE), e conduzi o TP a 77 parturientes. Algumas das parturientes não atingiram o 2º estágio do TP no meu turno e o parto acabou por ocorrer no turno seguinte, outras parturientes o parto acabou por ser distócico. Assim, neste estágio foram realizados 45 PE e foram assistidos 8 partos realizados por médicos, (5 cesarianas, 3 ventosas).

Observei e avaliei continuamente o CTG, realizei o EV para a validação da dilatação completa de acordo com as queixas das parturientes, confirmando a variedade fetal, descida da apresentação, estado das membranas e ainda características do líquido amniótico (LA), quando BAR. Conforme o Regulamento da OE nº127 de 2011, o EEESMO deve possuir conhecimentos para aplicar técnicas apropriadas ao parto de apresentação cefálica, de baixo risco, podendo ainda atuar no parto de apresentação pélvica e em situação de emergência.

Durante o ER, apenas realizei PE de apresentação cefálica e observei uma cesariana (CSA) de emergência em que o RN estava cefálico e durante a cirurgia ficou pélvico. Em contexto de sala de aula pude realizar PE em apresentação pélvica, relembrando conceitos dados em sala de aula.

Durante o período expulsivo procurei adotar uma postura tranquilizadora, de confiança e segurança, dando espaço para a parturiente expressar a sua vontade, as suas emoções, os seus medo e dúvidas. Aconselhei e direcionei a parturiente na realização dos puxos espontâneos e assegurei a dilatação completa, recomendando posições verticalizadas (de pé, cócoras, decúbito lateral esquerdo, posição semi-sentada) que favorecessem a descida da apresentação., respeitando sempre a vontade da mulher.

Neste sentido realizei 11 partos na posição de cócoras, 3 na posição de Gaskin, 23 em decúbito lateral esquerdo (DLE) e 8 na posição de semi-sentada.

No momento prévio ao nascimento, procedi à limpeza da vulva e períneo de acordo com as normas daquele serviço e o defendido pela EEESMO orientadora e posteriormente verifiquei o coroamento efetuei a manobra de Ritgen modificada, permitindo assim a extensão da cabeça durante o nascimento e a proteção da musculatura perineal (Lowdermilk & Perry, 2008). Com a realização desta manobra

obtive 6 períneos intactos, 23 lacerações de grau I, 16 lacerações de grau II, 0 lacerações de grau III, 0 lacerações grau IV e não realizei nenhuma episiotomia.

No que concerne à realização de episiotomia, considero os resultados por mim obtidos bastante positivos e que muito se devem à prática de cuidados da enf.^a orientadora. Este é um procedimento que juntamente com a cesariana merece a atenção particular de acordo com o Relatório Primavera de 2018.

De acordo com os dados obtidos no âmbito do projeto Euro-Peristat para 20 países em 2010 considerando partos vaginais, verificou-se a realização de episiotomia em 3,7% dos casos na Dinamarca e 73% em Portugal mostrando como é controverso o uso por rotina deste procedimento. Dados do mesmo estudo revelam que dos 907.211 partos vaginais de nascimentos vivos únicos ocorridos entre 2000 e 2015 em hospitais públicos portugueses, 721.072 (79,4%) foram partos não instrumentais; 696.510 (76,7%) mulheres foram submetidas a episiotomia; e 5.110 partos vaginais (5,6 por 1.000) foram complicados por lacerações perineais de terceiro e quarto grau. O predomínio de episiotomia entre mulheres com parto não instrumental diminuiu de 81,5% em 2000 para 54,1% em 2015. Porém, entre as mulheres com um parto não instrumental sujeitadas a episiotomia, a frequência de lacerações graves aumentou claramente de 1,1 para 3,8 por 1.000 (Relatório Primavera, 2018).

O Relatório de Primavera (2018) sugere uma reflexão profunda sobre esta prática de cuidados, pois estamos a realizar um procedimento que foi desaconselhado pelas recomendações do “American College of Obstetricians and Gynecologists”, e em 2012 o Leapfrog Group propôs uma meta de 12% para episiotomias, revista em 2015 para 5%.

Relativamente à reparação do períneo, inicialmente a mesma foi realizar sob supervisão e com auxílio da Enf.^a orientadora, pois sentia muita dificuldade neste aspeto mas com o decurso do ER fui dominando esta técnica e nas semanas finais fui capaz de efetuar autonomamente este procedimento.

Outro procedimento que efetuei sempre, quer seja com períneos íntegros ou com lacerações, foi a aplicação de gelo local no períneo. A utilização de gelo no períneo é utilizada em SMO para a redução do edema, prevenção de hematomas e em menor frequência no alívio da dor após o parto (Francisco, 2012). Este procedimento justifica-se por ser de fácil aplicação, não invasivo, de baixo custo e

com poucos efeitos secundários ou contraindicações e pelos efeitos fisiopatológicos que o arrefecimento local produz nos tecidos.

No momento do nascimento efetuei a pesquisa do cordão umbilical de forma a identificar circulares cervicais. Dos 45 PTE que realizei, 20 traziam circulares, 8 foram resolvidas com a manobra de *Sommersault*, 1 circular apertada foi laqueada e 11 foram resolvidas manualmente. Tive apoio da enf.^aorientadora na realização das primeiras manobras de *Sommersault*, nas restantes pude realizá-las de forma autónoma.

No momento em que a cabeça do bebé ficava exteriorizada procedi à limpeza do nariz e boca e após a saída completa do RN efetuei o mesmo procedimento de forma a eliminar a presença de muco, sangue ou mecónio nessas cavidades.

Após o nascimento e sempre que o bem-estar do bebé não se encontrava comprometido, coloquei-o sobre o abdómen da mãe coberto com lençol aquecido, de forma a ser estabelecido contacto pele-a-pele, e assim iniciar precocemente a vinculação com a mãe, o aleitamento materno e estimulação sensorial, promovendo ainda a sua regulação térmica. Importa salientar que durante o TP foi minha preocupação questionar a mãe se pretendia realizar contato pele-a-pele e se desejava amamentar. Também questionei o acompanhante se pretendia cortar o cordão umbilical.

No que diz respeito ao contato pele-a-pele, este deve ser respeitado na medida em que contribui para o aumento de temperatura do RN, sem o risco de arrefecimento ou sobreaquecimento acidental (Carvalho & Zangão, 2014). Este é também o período ideal para o início da relação mãe-bebé uma vez que favorece o fenómeno da vinculação, **estimulação sensorial** e libertação de ocitocina materna (APEO, 2009; Lowdermilk & Perry, 2008).

A clampagem tardia do cordão foi realizada em 43 partos. Em 2 episódios foi efetuada após o 1º min pois houve necessidade de colheita de sangue do cordão para células estaminais e nessa situação foi explicado ao casal os benefícios da clampagem tardia do cordão e foi negociado com o casal a clampagem após o 1º min para posterior colheita de sangue. Nos restantes PTE a clampagem foi efetuada após o cordão deixar de pulsar.

De acordo com as novas recomendações da The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2017), nos RN de termo a clampagem

tardia do cordão aumenta os níveis de hemoglobina no nascimento e melhora as reservas de ferro nos primeiros meses de vida, o que pode ter um efeito favorável sobre os resultados no desenvolvimento infantil. Também é referido no mesmo documentos que a clampagem tardia do cordão está associada a benefícios neonatais significativos em prematuros, incluindo melhor estabelecimento do volume de hemácias, menor necessidade de transfusão de sangue e menor incidência de enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular. Sendo assim, a ACOG recomenda a clampagem tardia do cordão em RN tanto pré-termo como de termo após os 30-60 segundos depois do nascimento. Com esta medida não se verificou um aumento dos casos de fototerapia e não existe um risco aumentado de hemorragia pós-parto. Esta informação é corroborada pela OMS (2018) na recomendação nº44.

Ao longo deste meu percurso de aprendizagem deparei-me com situações de anomalias de TP, como sejam: incompatibilidade feto-pélvica, distócia de progressão, distócia de rotação. Nestas situações foi contactada a equipa médica no sentido de proceder a uma avaliação da situação e utilização de fórceps, ventosa ou realização de cesariana. Através da vivência destas situações, pude fazer uma reflexão profunda juntamente com a Enf.^a orientadora acerca do papel e das competências do EEESMO na identificação e atuação nas situações menos favoráveis e a sua colaboração com a equipa multidisciplinar.

Nesta linha de pensamento pude vivenciar duas situações onde ocorreu distócia de ombros que foi resolvida utilizando a manobra de McRoberts (hiperflexão das coxas sobre o abdómen) e pressão supra-púbica. Esta é uma situação em que me sinto pouco à vontade e que apesar de conseguir identifica-la, necessitei de auxílio da Enf.^a orientadora para a resolver, num esforço coordenado com a Enf.^a generalista. Considero que antecipar este tipo de situações é essencial e para isso devemos conhecer a história obstétrica e da gravidez atual da mulher a quem prestamos cuidados.

No **terceiro estágio do TP** adotei uma postura expectante, respeitando a fisiologia da dequitação, esperando assim o descolamento e a expulsão da placenta. Após observação dos sinais de descolamento da placenta instrui a mulher a executar esforços expulsivos, e em simultâneo procedi à compressão do fundo uterino e tração mínima controlada do cordão umbilical, facilitando a dequitação.

Nos casos de mulheres com grupo sanguíneo Rh⁻, após a clampagem tardia do cordão realizei a colheita de sangue para tipagem, assim como a colheita de sangue para células estaminais. Houve uma situação em que a dequitação ocorreu ainda com o bebê ligado ao cordão umbilical.

Em todos os PTE que realizei foi necessário uma vez a realização de dequitação manual e nesse caso foi dado conhecimento à equipa médica que procedeu à dequitação manual.

Procedi também à avaliação da placenta e suas membranas por forma a garantir que nenhuma parte ficava retida dentro da cavidade uterina, e também observei a presença dos vasos no cordão umbilical (2 artérias e 1 veia).

Após a dequitação confirmei sempre a formação do globo de segurança de *Pinard* e controlei as perdas hemáticas vaginais, com vista à prevenção e identificação de complicações. No sentido da prevenção da hemorragia pós-parto administrei ocitocina após validação com a Enf.^a orientadora, de forma a contribuir para a contração do útero. De acordo com Graça (2010, p. 322) esta conduta de “administração profilática de medicação uterotómica com o objetivo de diminuir as perdas hemáticas é uma prática comum e eficaz.”

A hemorragia pós-parto (HPP) ocorre em cerca de 5% dos partos, mas estima-se que a sua incidência seja de 10-15% quando não são instituídas medidas profiláticas. Esta é a principal causa de morte materna em todo o mundo, sendo responsável por cerca de 25% dos casos. As suas principais causas são: a atonia uterina (responsável por cerca de 70% dos casos), as lesões do canal de parto (responsáveis por cerca de 20%) e a retenção parcial da placenta (responsável por cerca de 10%) (Barbosa, 2013).

Conforme o autor citado acima, no 3º estágio do TP a atitude intervencionista mostrou reduzir a ocorrência de HPP em 66% enquanto comparada com a atitude expectante. Inicialmente, esta “atitude intervencionista” consistia na administração de um uterotónico após o nascimento, na clampagem precoce do cordão umbilical e na dequitação por tração controlada do cordão, seguida de massagem uterina. No entanto, reconhece-se presentemente que o uso de medicação uterotónica é a intervenção central no âmbito desta abordagem, sendo a ocitocina o fármaco de eleição.

No que diz respeito ao 4º e último estágio do TP, prestei cuidados especializados a 47 puérperas/famílias, tendo por base a **teoria de conforto de Kolcaba**.

Nas duas horas imediatamente após o parto promovi a amamentação precoce na 1.ª hora de vida, uma vez que este é o período ideal para iniciar a amamentação, uma vez que o RN se encontra alerta e pronto para mamar (Lowdermilk & Perry, 2008). A OMS aconselha o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida, independentemente da idade gestacional ao nascimento, estendendo a amamentação em complemento com outros tipos de alimentos até aos dois anos (OPSS, 2018).

Segundo dados do Relatório Primavera (2018), em 2010, a DGS em conjunto com a Associação Mama Mater, produziu um Registo do Aleitamento Materno com a finalidade de gerar indicadores sobre a iniciação, exclusividade e duração do aleitamento materno em Portugal. No último relatório publicado em 2014, com dados de 2013, e que, 98,6% dos RN iniciou aleitamento materno antes da alta hospitalar e 76,7% manteve aleitamento materno exclusivo até ao dia da alta. Das 213 crianças registadas aos 5 meses de vida, 22% mantinham aleitamento materno exclusivo.

Durante esse período procedi à reavaliação dos parâmetros vitais, observação da pele e mucosas, mamas, períneo (limpeza e aplicação de gelo local) e perineorrafia. Procedei à palpação do fundo do útero e observação dos lóquios. Avaliação da dor, e despiste de complicações prováveis, tais como retenção urinária, hemorragia, instabilidade hemodinâmica e trombose venosa profunda.

Como forma de complementar os cuidados acima descritos, realizei EPS junto da puérpera/família, com a finalidade de reduzir os desconfortos associados às lacerações, hemorroidal, mas também acerca do puerpério e amamentação.

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), o EEESMO deve educar a mulher/família para a adoção de práticas saudáveis no que respeita à alimentação, cuidados de higiene e amamentação de forma a prevenir complicações.

Nas puérperas que foram submetidas a CSA, para além do que foi descrito anteriormente para os PTE, avaliei o estado de consciência, a mobilidade dos membros inferiores (quando submetidas a anestesia loco-regional), a diurese e características da urina, e o penso cirúrgico.

Finalmente, pude transferir as puérperas e os seus RN para o serviço de puerpério, fornecendo toda a informação relevante sobre os cuidados prestados, de forma clara, objetiva e completa garantindo assim a continuidade de cuidados.

Tal como preconizado no plano de estudos do ER, redigi 2 jornais de aprendizagem cujas temáticas foram escolhidas de acordo com as experiências vivenciadas e a necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas.

Avaliação:

Considero que este objetivo foi cumprido com sucesso. Este presume de vasto conjunto de atividades de caráter variado e complexo, pelo que se revelou um desafio para a minha a sua concretização. Verifiquei uma evolução gradual da minha prestação de cuidados, fui aperfeiçoando técnicas e mobilizando conhecimentos próprios da área da Saúde Materna Obstetrícia e Ginecológica (SMOG), o que me proporcionou desenvolver as competências técnicas, científicas, relacionais e comunicacionais que fazem parte do EEESMO.

Consegui desenvolver a minha autonomia, prestando cuidados de qualidade, planeando, implementando e avaliando as intervenções executadas.

Poder vivenciar algumas situações de urgência/emergência em contexto de BP aumentou a minha sensibilidade para este tipo de situações, levando a um aumento do meu raciocínio e da minha capacidade interventiva. Segundo a ICM (2013, p.11) os EEESMO's "(...) devem promover cuidados de qualidade e culturalmente sensíveis durante o TP e parto, realizando um parto limpo e seguro e lidando com situações de emergência potenciando a saúde das mulheres e dos seus RN".

Considero por isso que fui de encontro ao estabelecido pela OE e pela ICM no que respeita à concretização e aquisição de competências específicas relacionadas com este objetivo. O regulamento n.º 127/2011 (2011, p. 8664), refere que o EEESMO detém competências para cuidar da "(...) 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 extrauterina". O mesmo regulamento e a ICM referem que o EEESMO deve prestar cuidados especializados à mulher/família durante o período pós-natal, potenciando não só a saúde da puérpera, mas também do RN, apoiando no

processo de transição e de adaptação à parentalidade (ICM, 2013; Regulamento n.º 127/2011).

2.1.4. Objetivo nº4

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

Durante o ER foram prestados cuidados especializados a 53 RN/família e desenvolvidas competências de EEESMO, obedecendo às atividades propostas para este objetivo no que diz respeito à promoção do **conforto** e **bem-estar** da **tríade**.

Na prestação de cuidados individualizados e especializados à tríade, realizei primeiramente o acolhimento da mulher/acompanhante no BP promovendo uma relação de confiança, empatia e respeito. Para isso foi importante apresentar-me e explicar todos os procedimentos realizados.

Na obtenção de informação acerca da mulher/gravidez/RN foram importantes os dados fornecidos por outros EEESMO's e também a consulta do BSG e exames complementares de diagnóstico (ecografias e análises), antecipando desta forma possíveis situações complexas na adaptação do RN à vida extrauterina.

Durante o TP e parto atuei sobre potenciais complicações, referenciando à equipa médica aquelas que se encontravam para além da minha competência.

Tive a oportunidade de preparar a unidade do RN no caso dos partos realizados por cesariana, verificando todo o equipamento e material necessário para a sua adaptação à vida extrauterina, de modo a que a existir uma intervenção rápida em caso de reanimação neonatal.

Aquando do nascimento do RN, verifiquei a hora da expulsão e prestei cuidados imediatos no que concerne à expressão torácica com o RN em ligeiro céfalo-declive, impedindo a aspiração de secreções. Avaliei a respiração do RN, garantindo que esta se encontrava estabelecida, mantendo a limpeza das vias aéreas.

Relativamente à clampagem do cordão umbilical, em 43 partos realizei a clampagem tardia aguardando a cessação da pulsação e em 2 partos efetuei a clampagem após o 1ºmin.

A recomendação nº 44 da OMS (2018) refere a clampagem tardia do cordão umbilical após o 1ºmin com ganhos em saúde e nutrição para a mãe e RN. Relativamente a esta temática os profissionais de saúde mostram preocupações nas mães portadoras do vírus VIH. Os estudos realizados demonstram que o potencial de transmissão do vírus de mãe para filho pode ter lugar em três momentos: micro-transfusões de sangue materno para o feto durante gravidez (transmissão intrauterina do Vírus Imunodeficiência Humana (VIH)), exposição ao sangue materno e secreções vaginais quando o feto atravessa o canal do parto em partos vaginais (transmissão intraparto) e durante amamentação (infecção pós-natal). No entanto, não existe evidência científica no que concerne à clampagem tardia do cordão umbilical e o aumento da transmissão do VIH da mãe para o RN. O sangue materno circula através do espaço interventricular placentário ao longo da gravidez com um risco relativamente baixo de transmissão fetal antes do parto. É altamente improvável que a separação da placenta aumente exposição ao sangue materno, e é altamente improvável que perturbe a circulação placentária fetal (ou seja, é improvável que, durante a separação da placenta, a circulação do RN seja exposta ao sangue materno).

A colocação do clampe umbilical foi realizada a cerca de um a dois centímetros do umbigo, testando a sua segurança. Possibilitei também à mãe/pai o corte do cordão umbilical de forma a promover a relação precoce da tríade e a incluir o pai nos cuidados ao seu filho.

Posteriormente verifiquei não só a presença dos três vasos umbilicais (2 artérias e 1 veia), como também a presença de hemorragia com a finalidade de despistar complicações neonatais.

Para a avaliação do risco de morbimortalidade do RN, um dos indicadores utilizados é o Índice de Apgar que foi proposto por Virginia Apgar em 1952. Este permite uma rápida avaliação da necessidade de reanimação do RN ao 1º e 5º e 10ºmin baseada em cinco sinais (frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor) que identificam o estado fisiológico do recém-nascido (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 588).

Da observação realizada da adaptação à vida extrauterina dos RN, todos nasceram com IA entre 8 e 10, o que é indicador de uma boa adaptação.

No decurso do ER pude vivenciar 11 nascimentos de RN decorrentes de partos de cócoras, 3 de partos na posição de Gaskin e 3 decorrentes de partos distócicos por ventosas e 5 por CSA. Felizmente ao longo do ER não foi necessário realizar reanimação neonatal.

No que respeita à manutenção da temperatura corporal do RN, este foi um cuidado prestado, limpando e assegurando o aquecimento do RN através do contacto pele-a-pele sobre o tórax da mãe e/ou pai no caso das cesarianas, com um lençol quente a tapar o RN e colocando a fralda, gorro e meias.

Promovi assim o contacto pele-a-pele a todos RN sobre o tórax da mãe e 1 RN sobre o tórax do pai, decorrente de um parto por ventosa sendo que foi necessário a mãe ser suturada no BO. Na recomendação nº48 da OMS (2018), é referido que os RN sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com a mãe durante a 1h após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover a amamentação.

Efetuei o exame físico ao RN, avaliando: a pele, cabeça, face, tórax, abdómen, reflexos neonatais, genitais externos, membros. Tive também a oportunidade de pesar o RN e realizar os respetivos registos de enfermagem em folha própria no programa informático SCLinic®.

Nas cesarianas onde recebi o RN tive ainda a oportunidade de administrar a Vitamina K para a prevenção da doença hemorrágica no RN, conforme mencionado na recomendação nº 50 da OMS (2018). No local onde decorreu o ER não está preconizado a profilaxia da infeção ocular, motivo pelo qual não foi um cuidado realizado. Executei ainda a identificação do RN, colocando duas pulseiras de identificação com nome da mãe e código específico, igual à pulseira da mesma, tendo o cuidado de explicar o fundamento destas pulseiras e a sua importância.

No contexto de prestação de cuidados especializados e individualizados ao RN/mãe/casal foi promovido um ambiente calmo, tranquilo, com redução do ruído e da luz ambiente de modo a promover a vinculação, o **conforto e bem-estar** do RN/mãe/casal. Este fato também é importante não estabelecimento da amamentação precoce na 1ªh de vida conforme é referido pela Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância.

A estratégia incentiva a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida, seguida de alimentação complementar adequada, segura e no momento

oportuno, ao mesmo tempo em que se continua o aleitamento materno durante 2 ou mais anos. Surge assim a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés (IAB), que envolve 10 passos, além da proteção contra o marketing de substitutos do leite materno, contribuindo para a existência de boas maternidades¹.

Todos os RN, incluindo aqueles com baixo peso ao nascer que estejam habilitados a mamar, e se estiverem tanto eles como a mãe hemodinamicamente estáveis devem ser colocados à mama logo que possível (recomendação nº49, OMS, 2018).

Sendo o aleitamento materno uma vasta área de conhecimento e estando a realizar o meu percurso num Hospital Amigo dos Bebés, decidi de forma a complementar os conhecimentos que já detinha, realizar durante o ER um Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno com a duração de 48h.

Por fim, transmiti ainda toda a informação relevante à colega do serviço de puerpério no momento da transferência do RN e da mãe para este serviço, assegurando deste modo a continuidade de cuidados.

Avaliação:

O objetivo proposto foi atingido com sucesso, bem como as atividades desenvolvidas para a concretização do mesmo. Prestei cuidados de enfermagem especializados e individualizados de forma autónoma, responsável e competente assegurando a avaliação imediata do RN, implementando medidas de suporte e otimização à sua adaptação à vida extrauterina, garantindo a reanimação em situação de emergência e identificando alterações morfológicas e funcionais (ICM (2013) e Regulamento n.º 127/2011 (2011)).

2.1.5. Objetivo nº5

Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos enquanto EEESMO na promoção do conforto materno-fetal através da utilização da sala de Snoezelen.

A elaboração e implementação de um projeto, em contexto de aquisição de competências na área da SMOG, presumem a adoção de uma metodologia que seja o fio condutor entre a teoria e a prática, partindo do conhecimento teórico e científico atualizado para futuramente ser aplicado na prática de cuidados (Ruivo et al, 2010).

¹(Curso Aconselhamento em Aleitamento Materno, IEFP, 2018)

Tendo por base as orientações preconizadas pelo Regulamento n.º 127/2011, e ICM (2013), pretendo atingir uma prática de cuidados especializados centrados na mulher/RN/família promovendo o seu **bem-estar e conforto**, mobilizando para isso as várias componentes do saber e a evidência científica mais atual.

A escolha da temática sobre a estimulação sensorial aplicada em SMOG para o desenvolvimento deste projeto deveu-se não só ao facto de este ser um tema que me era desconhecido até então, sendo aplicado somente a nível internacional, nomeadamente na Bélgica e Austrália, como também pelas potencialidades da utilização da Sala de Snoezelen como uma ferramenta do EEESMO para promover o conforto materno-fetal.

2.1.5.1. Metodologia

A enfermagem enquanto ciência, procura estudar constantemente os fenómenos abarcados pelo domínio dos cuidados de enfermagem com o objetivo de produzir novo conhecimento relativo à pessoa, ao seu meio ambiente, à saúde, ao cuidado de enfermagem e às relações entre todos (Fortin, 2003).

Como estratégia de pesquisa para a elaboração deste projeto, foi desenvolvida uma Scoping Review com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a utilização da Sala de Snoezelen em Saúde Materna e Obstetrícia, e identificar quais os seus benefícios no que diz respeito à promoção do conforto e do bem-estar materno-fetal durante a gravidez, parto e pós-parto.

2.1.5.2. Enquadramento Teórico

Há já algumas décadas que na área da intervenção terapêutica, em diversos campos da psicologia e outras disciplinas, a intervenção em espaços Snoezelen tem vindo a ganhar um crescente número de investigadores na comunidade científica. Este tipo de intervenção surgiu na Holanda no final dos anos 70, e tem-se estendido por todo o mundo, especialmente na Europa, Estados Unidos, Austrália, Canadá e mais recentemente em alguns países asiáticos (Rodriguez, 2010).

Tudo começou quando em 1974, no centro de “Haarendael” se pretendia oferecer a pessoas com deficiência intelectual grave uma forma de poder usufruir de momentos de relaxamento.

O conceito Snoezelen foi criado por Ad Verheul e Jan Hulsegge, na Holanda no ano de 1987 (Hulsegge e Verheul, 1987). A origem da palavra surge a partir da contração de duas palavras holandesas “snuffelen” y “doezelen” que, respetivamente significam cheirar, dormir ou relaxar.

Esta intervenção pretende proporcionar experiências agradáveis e que fomentem o **bem-estar emocional** e **umentem o nível de relaxamento**, ao mesmo tempo que contribuem para a **diminuição de sensações pouco satisfatórias**.

O Snoezelen pratica-se numa sala especialmente desenhada para o efeito e com material técnico próprio. Este tipo de intervenção tem como objetivo: promover o **relaxamento** e o **conforto**, desenvolver a **confiança** em si próprio, potenciar o **autocontrolo**, incentivar a exploração e desenvolvimento de capacidades criativas, estabelecer uma boa comunicação com a equipa que conduz a sessão, proporcionar sensação de **bem-estar**, promover a oportunidade de escolha, aumentar o nível de concentração, e reduzir alterações de conduta (Kwok, 2003).

Em função do perfil da pessoa, do objetivo a trabalhar e das características do local onde se realiza a intervenção, são utilizados: elementos táteis (fibras ópticas, texturas diferentes, etc.), vibratórios (colchão vibratório, coluna de som, etc.), visuais (bola de espelhos, coluna de bolhas, etc.), auditivos (voz da pessoa que conduz a sessão, música, etc.), e olfativos (infusão de lavanda, etc.) (Rodriguez, 2010).

Nos últimos anos, a instalação de salas Snoezelen em diferentes países tem-se estendido a hospitais, centros residenciais, centros de dia, centros infantis, maternidades, unidades neonatais, escolas, empresas, hospitais psiquiátricos, clínicas da dor etc..

Na estimulação sensorial aos 5 sentidos tradicionais acrescem os: vestibular e propriocetivo. O vestibular diz respeito ao sentido do equilíbrio, está relacionado com o ouvido. O propriocetivo tem a ver coma noção do corpo, da posição que ele ocupa e da gestão da força.

O sentido mais importante é o auditivo, pois 70% da informação que chega ao cérebro provém deste sentido. Sons em que a sua frequência atinge várias vezes os 440 hertz + as 115-120 bat/min, são sons que promovem o **relaxamento e o bem-estar**. Não pode existir estimulação sensorial sem estar presente o som.

Os princípios base do acompanhamento Snoezelen assentam em 3 eixos:

- Eixo Relacional (respeito pela pessoa, pelo seu ritmo, pelas suas necessidades e expectativas;
- Eixo Sensorial (apresentação seletiva dos diferentes fluxos sensoriais; ajustamento do ambiente e da criatividade)
- Eixo do **Relaxamento e Bem-estar** (descoberta do relaxamento e da descontração; capacidade de proporcionar segurança, prazer e bem-estar)

O processo pelo qual o nosso cérebro organiza as informações que recebe do meio ambiente de modo a dar uma resposta adaptada-eficiente denomina-se de integração sensorial. Esta começa in útero e continua na infância, adolescência, ocorrendo ao longo da vida. Assume um papel fundamental no desenvolvimento das nossas faculdades neuro-sensoriais e na forma como nos adaptamos ao meio.

O processamento sensorial ocorre da seguinte forma:

1. Registo sensorial: receção de um estímulo
2. Orientação: transformação do estímulo num impulso neurológico
3. Interpretação: perceção ou seja, o consciente experiencia a sensação
4. Organização/Execução: elaboração da resposta adaptativa adequada que ocorre num continuum e de forma rápida e inconsciente

O Snoezelen tem como objetivos gerais:

- Estimular a perceção visual
- Estimular a perceção auditiva
- Estimular a perceção olfativa e gustativa
- Estimular a perceção tátil
- Promover o desenvolvimento do sistema vestibular
- Promover o desenvolvimento do sistema propriocetivo
- Promover o relaxamento psicomotor

O ambiente influencia a resposta da pessoa na medida em que, se os estímulos desorganizados estão presentes em ambiente desorganizado a resposta será igualmente desorganizada e desadaptada.

De acordo com Quentin, Godderidge e d'Arfeuille (2010), uma sessão de Snoezelen engloba 3 fases:

1. Fase de Preparação (preparação da sala, verificação do bom funcionamento do material e da temperatura ambiente)

2. Fase de Acolhimento (garantir a segurança necessária e conforto para um “encontro” eficaz e acolhedor. Agir sempre com escuta ativa, e disponibilidade para a observação global)
3. Fase de Acompanhamento (manter a atenção permanente na pessoa e favorecer a sua descoberta do ambiente e/ou promover o relaxamento e bem-estar. Colocar ênfase no contato através do toque afável, carinhoso, lento e vasto que proporcione ternura, prazer, doçura e confiança. Buscar um olhar horizontal, axial, longo e próximo que favoreça a proximidade e intimidade. Que as palavras sejam num tom doce, melodioso e calmo)

Têm surgido diversos estudos e investigações acerca da aplicação das salas de Snoezelen em campos como a medicina, fisioterapia, reabilitação neurológica e muitos outros. A maior parte dos estudos são referentes a pessoas com capacidades intelectuais diminuídas, com capacidades motoras reduzidas, doença de Alzheimer, Demência, patologias psiquiátricas, alívio da dor crónica, cuidados paliativos, crianças com problemas intelectuais ou traumas, entre outros.

Na área de Saúde Materna e Obstetrícia a evidência científica, ainda que escassa, demonstrou que a utilização da sala de Snoezelen na gravidez, parto e pós-parto tem obtido resultados positivos. Nomeadamente, a redução dos níveis de ansiedade, stress e dor, aumento de confiança e segurança, promoção de um espaço íntimo onde a mulher tem o controlo e está focalizada naquilo que é o seu objetivo (Hauck, 2008 citado por Rodriguez, 2010).

2.1.5.3. Scoping Review

Como estratégia de pesquisa para a elaboração deste projeto, foi desenvolvida uma Scoping Review com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a utilização da estimulação sensorial em Saúde Materna e Obstetrícia, e identificar quais os seus benefícios no que diz respeito ao bem-estar materno-fetal durante a gravidez, parto e pós-parto.

Para esse efeito foi utilizada a seguinte **questão de pesquisa**: *“Quais as potencialidades do Snoezelen (Conceito) para a promoção do bem-estar materno e fetal (População) durante a gravidez, parto e pós-parto (Contexto)?”*

Tendo em conta a questão de pesquisa, foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão de forma a ser efetuada uma análise crítica dos artigos

encontrados e assim serem selecionados os mais adequados à pesquisa em curso. Os critérios de inclusão e de exclusão encontram-se assim resumidos na tabela 1.

Tabela 1. Critérios de Inclusão e Exclusão

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
PARTICIPANTES	Grávidas, parturientes e puérperas de médio e baixo risco	Mulheres não grávidas, que não estejam em trabalho de parto e que não sejam puérperas
FENÓMENO DE INTERESSE	Artigos com foco na temática em estudo e intervenções de enfermagem	Artigos repetidos em ambas as bases de dados
DESENHO	Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa e publicações indexadas em língua portuguesa, inglesa e espanhola entre 2006 e 2016	Artigos não disponíveis em texto integral nas bases de dados consultadas

Foi desenvolvida uma pesquisa tendo por base o JBI Reviewer's Manual de 2015, envolvendo a plataforma ESBCOhost e utilizando as bases de dados MEDLINE, CINAHL, E Cochrane entre Fevereiro e Julho de 2016. Foi também efetuada pesquisa de literatura cinzenta. Os descritores de pesquisa foram conjugados através dos operadores booleanos e encontram-se descritos na tabela que se segue (Tabela 2).

Após análise do título e abstract foram selecionados os estudos pretendidos e excluídos os que se encontravam repetidos (Apêndice I).

Tabela 2. Descritos e Resultados da Pesquisa nas Bases de Dados

Descritores	Snoezelen room	OR	Childbirth	OR	Labor OR Labor Stages	OR	Post-partum	OR	Prenatal Care
	S1		S2		S3		S4		S5
Identificador de Pesquisa	S6: S2 AND S3 AND S4 AND S5 S7: S1 AND S6								
Nº de artigos encontrados por base de dados	CINAHL: 1 MEDLINE: 3 COCHRANE: 1								

Foi efetuada também uma pesquisa na plataforma digital **Google** da qual se obteve um artigo intitulado: “ *The effects of multi sensory behavior therapy (Snoezelen) on pregnant women with depression and anxiety: a single case design.*”

Para extração dos dados foi utilizado o manual da JBI Can-synthesize versão 4.0 de 2015. Relativamente aos dados quantitativos foi utilizado o apêndice 5 de extração de dados de estudos experimentais/observacionais, onde se inclui a caracterização dos participantes, a descrição dos resultados obtidos e as escalas de medida utilizadas, a comparação dos resultados de acordo com o grupo de intervenção e as conclusões principais dos autores.

Para a extração dos dados dos estudos qualitativos foi utilizado o apêndice 9, que engloba a descrição da metodologia utilizada, caracterização dos participantes, análise dos dados, conclusões dos autores e conclusões do revisor.

A análise dos artigos obtidos encontra-se no Apêndice II, sob a forma de tabela.

2.1.5.4. Prática Baseada na Evidência Científica

O EEESMO, enquanto profissional competente na sua área de intervenção, deve assentar “(...) os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sócio-político) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo de investigação.” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, p. 8653). Desta forma, e com o intuito de

promover a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, recorri à prática baseada na evidência científica (PBEC), que pressupõe a atenção à melhor evidência científica, considerando ainda a opinião de peritos, valores e preferências das mulheres/famílias, e os recursos disponíveis (OE, 2006, p.1).

Como forma de aprofundar conhecimentos nesta área de intervenção, visitei inicialmente uma sala de estimulação sensorial na zona da Margem Sul juntamente com a Prof.^a orientadora em Junho de 2016 e, foi nessa visita que tive o primeiro contacto com uma Sala de Snoezelen.

No decorrer do EC II, realizei uma sessão de discussão acerca deste tema com os profissionais de saúde. A mesma teve no lugar no dia 29 de Junho de 2017 em conjunto com outras ações de formação, com a duração de 20 minutos e, sendo realizada na sala de formação do hospital desse local de estágio. Nesta sessão participaram 6 enfermeiros do serviço de puerpério/ginecologia e 10 do BP do local de realização do EC II que é o mesmo local onde foi realizado o ER.

Em Outubro de 2017, participei no *International Meeting Sexual and Reproductive Health* com a apresentação de uma comunicação oral acerca do tema em estudo neste relatório.

No que se refere à aplicação da temática em estudo neste relatório, pude durante o meu percurso de aprendizagem aplicá-la durante o EC III que decorreu entre Novembro de 2017 e Janeiro de 2018 numa USF da Região do Alentejo. Nesse período realizei juntamente com a Enf.^a orientadora uma visita a uma Sala de Snoezelen de uma Associação que apoia cidadãos com deficiência mental, com grávidas que frequentavam o Curso de Preparação para a Parentalidade dessa USF e puérperas/RN/casal dessa mesma USF, com a finalidade de poderem usufruir da sala de estimulação sensorial e dar também a conhecer a sua aplicabilidade em SMO. Foram realizadas 2 sessões com a duração de 60 min cada. Na 1^a sessão foram 2 das 6 grávidas convidadas, na 2^a sessão foram 3 das 6 puérperas/RN convidadas, sendo que 2 das puérperas foram acompanhadas pelos companheiros.

Com a realização destas sessões foi possível recolher algumas notas de campo com as opiniões das grávidas e puérperas que serviram como ponto de partida para a elaboração do relatório acerca desta temática. No que concerne à opinião das puérperas, duas delas referiram o seguinte:

- *“A L. nasceu a 28 de Novembro e utilizou a sala com 3 semanas de vida. A experiência foi reconfortante... Para mim enquanto mãe foi ótimo usufruir da calma e descontração que aquele momento proporciona. Os sons e as luzes transpareceram serenidade para que uma recém mamã agradece. Para a minha bebé a experiência foi doce e tranquila. A Laura adorou o colchão de água quente, pois os movimentos ondulantes a tranquilizaram e adormeceu serenamente. Destaco ainda os sons dos tubos da água e luz como complemento ao colchão. Recomendo que esta experiência seja partilhada por mães e bebés logo no início da sua experiência a dois.”(sic.)*
- *Eu e o L. adorámos a sala. A B. amou. A sala é super relaxante, não só para bebés mas também para os pais. Quanto à sala para pré e pós-parto, seria uma ótima terapia de relacionamento. Eu tive PT de pilates durante a gravidez, ao som de mantras e foi meio caminho andado para me sentir mais tranquila. Se tivesse tido oportunidade de usar a sala tê-lo-ia feito. A B. no dia que experimentamos a sala, adormeceu lá e passou o resto do dia tranquila, sempre com grande soneca.” (sic.)*

Relativamente à opinião das grávidas, estas manifestaram o seguinte:

- *“Gostei bastante da sessão. Senti-me muito relaxada em especial no colchão de água. Consegui abstrair-me do mundo exterior e estar apenas em contacto e a pensar no meu bebé. É uma experiência muito enriquecedora e de relaxamento que gostaria de repetir após o nascimento do meu bebé.” (sic).*
- *“Não tinha conhecimento deste tipo de sala e esta experiência foi bastante positiva. Pude relaxar e estar num mundo só meu e do bebé. Foi muito agradável...considero que seria uma boa experiência para ser incluída nas aulas de preparação para o parto.”(sic).*

Nesse mesmo EC realizei também uma sessão de discussão do tema com os profissionais de saúde, sessão essa que decorreu no dia 15 de Dezembro de 2017 em conjunto com outras ações de formação, com a duração de 20 minutos, na sala de formação da USF desse local de estágio. Nesta mesma sessão participaram 8 enfermeiros dessa Unidade de Saúde e 2 alunas da Licenciatura em Enfermagem (Apêndice VII).

Ao longo deste percurso senti necessidade de aprofundar mais conhecimentos na área da estimulação sensorial e para tal realizei uma formação

intitulada: "*Intervenção Snoezelen. Teoria e prática da estimulação sensorial*" que decorreu nos dias 27 e 28 de Janeiro de 2018 num total de 16h (Anexo I).

Durante o ER, apresentei duas sessões formativas sobre o tema à equipa do BP. Essas sessões decorreram nos dias 14 e 21 de maio e estiveram presentes um total de 20 enfermeiros.

Com estas ações de sensibilização e discussão entre pares, tive a oportunidade de divulgar o meu projeto envolvendo toda a equipa presente, quer através da exposição formal, quer através da exposição participativa.

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

Posteriormente à entrega inicial deste relatório e antes da revisão do mesmo participei com a apresentação de um Poster no 8º Encontro UCC do Seixal "Integração dos Cuidados de Saúde: Que Realidade", onde obtive o 2º prémio.

A evidência científica considera a Sala de Snoezelen como uma terapia complementar que deve ser divulgada e aplicada em SMO, sendo fundamental o papel do EEESMO nessa mesma divulgação e aplicação. Neste sentido, e de acordo com as suas competências, o EEESMO deve utilizar a sala de Snoezelen como um instrumento de trabalho que lhe permita melhorar a qualidade dos cuidados prestados com o objetivo de promover o **bem-estar materno e fetal** durante a gravidez, parto e pós-parto e a satisfação da mulher/família.

Através da estimulação sensorial, é possível disponibilizar um conjunto de ferramentas que permitirão trazer à grávida, parturiente e puérpera benefícios em problemas como a ansiedade, depressão, dificuldades com a amamentação, dor, duração do TP e trauma perineal, entre outros.

As características da sala de Snoezelen e, os estímulos que por ela são criados, promovem o **relaxamento**, o **conforto**, a distração, a diminuição do stress e da ansiedade permitindo assim à mulher sentir-se confortável e segura num ambiente familiar, privado e acolhedor.

Por exemplo, durante o TP a possibilidade de **relaxar** e a diminuição da ansiedade permite à parturiente estar mais concentrada no que se está a passar à sua volta em vez de se focar no que está a sentir. Quando ocorre uma contração a mulher tenta focar-se em algo presente na sala, sendo que o aquário, as colunas de água e as luzes coloridas projetadas na parede são referidos como elementos promotores do relaxamento. A aromoterapia é um dos elementos presentes no ambiente multissensorial que contribui para a libertação de endorfinas fazendo com que exista uma diminuição da tensão muscular e desviando assim a atenção da dor.

A prevalência de trauma perineal também é menor nas mulheres que utilizam a sala de Snoezelen durante o seu TP e parto, pois ao ser um ambiente acolhedor e semelhante ao ambiente familiar, a mulher sente-se mentalmente e fisicamente mais preparada para dar à luz num ambiente desta natureza onde a família está envolvida, fazendo com que o parto seja ainda mais fisiológico e natural (Moreira, 2014).

O facto de as mulheres poderem **controlar o ambiente** da sala, manipulando os recursos por forma a atender às suas necessidades, faz com que se sintam seguras e com mais confiança.

No puerpério, em mulheres com dificuldades em amamentar, que estão cansadas, ansiosas e têm um bebé inquieto, a sala de Snoezelen facilita não só o relaxamento da mãe e do bebé como reforça a experiência da amamentação. Nela existe privacidade, sensação de paz e relaxamento possibilitando que as mães estejam plenamente focadas no seu bebé.

Já na gravidez, a sala de Snoezelen tem efeitos na melhoria do humor e no decréscimo dos níveis de depressão.

Estas descobertas dão ao EEESMO a oportunidade de inovar e modificar a sua prática ao utilizar este ambiente multissensorial como parte da sua intervenção, mas para que estas atividades sejam passíveis de ser desenvolvidas, é necessário não só sensibilizar os profissionais de saúde para as potencialidades desta prática, como também as instituições hospitalares e a comunidade.

Avaliação:

Posso considerar que este objetivo foi atingido com sucesso. As notas e experiências de campo, os jornais de aprendizagem e o próprio relatório foram uma mais-valia para a construção da minha identidade enquanto futura EEESMO.

Face aos resultados obtidos através da análise dos estudos selecionados, é possível verificar que a sala de Snoezelen é uma terapia complementar que deve ser divulgada e aplicada em Saúde Materna e Obstetrícia, sendo fundamental o papel do EEESMO nessa mesma divulgação e aplicação.

Fazem parte das competências específicas do EEESMO, cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto e durante o período pós-natal (OE, 2010). Neste sentido, para promover o bem-estar e o conforto materno-fetal durante a gravidez, parto e pós-parto, a sala de Snoezelen emerge como uma intervenção que deve ser utilizada pelo EEESMO, por se demonstrar através dos resultados obtidos que esta traz benefícios.

Estas descobertas dão ao EEESMO a oportunidade de inovar e modificar a sua prática ao utilizar este ambiente multissensorial como parte da sua intervenção.

O ICM (2013) defende que os EEESMO's devem ganhar habilidades e competências e concretizá-las de forma a marcar a diferença no resultado materno e/ou neonatal, características essas que devem ser legitimadas já que acrescentam conhecimento e qualidade nos cuidados prestados à mulher/RN/família. Para além disso o EEESMO deve conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, criando um ambiente terapêutico e seguro, suportando-se numa PBE (Regulamento n.º 122/2011).

2.1.6. Objetivo nº6

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

Durante esta minha jornada de aprendizagem a questão que imperou na minha mente foi: “como posso ser um enfermeiro de prática avançada?”. A resposta a esta questão centra-se no recurso à evidência. Uma prática baseada na evidência é mais amplamente aceite e é a que realmente deve ser praticada (OE, 2015). A prática é considerada um processo para atingir um fim, não sendo separável dos seus

protagonistas nem dos contextos reais onde são produzidas (Rebelo, 1997). A intencionalidade é que define uma prática de enfermagem: faço as coisas porque tenho um propósito, uma intenção. Fazendo a leitura do contexto, consigo dar significado à prática.

A prática avançada subentende 3 princípios fundamentais:

- Colaboração: contributo único de cada enfermeiro da equipa para existir excelência de cuidados;
- Estudo: a interrogação constante subjacente a cada ação ou decisão de enfermagem;
- *Empowerment*: a autoridade para identificar e analisar problemas relevantes e desenvolver, implementar e avaliar cada plano de ação.

Neste três princípios assentam as cinco áreas da prática de enfermagem avançada. Sendo elas:

- Prestação direta de cuidados;
- Formação;
- Investigação;
- Liderança profissional;
- Criação de guidelines.

(Ackerman, 1996).

Segundo a OE (2015), a filosofia de cuidados de Saúde Materna e Obstetrícia é o Cuidado centrado na Mulher. Quando eu presto cuidados a uma pessoa, eu “tire-lhe as medidas”, ou seja, conheço o cliente, individualizo as minhas intervenções e espero um cliente satisfeito e que reconheça o valor dos cuidados prestados pela enfermeira. Mas para que isso aconteça, necessito de dois pré-requisitos básicos: conhecer-me a mim e conhecer o cliente.

De acordo com McCormarck e McCance (2008), o cuidado centrado na pessoa requer, por parte do enfermeiro, estabelecer não só uma relação com o cliente, como também o desenvolvimento de estratégias interpessoais centradas na prática, competência profissional, congruência, e o conhecimento de si próprio enquanto pessoa e profissional. Devemos conhecer a pessoa e responder às suas necessidades, desenvolvendo para isso uma relação terapêutica e emocional que corresponde às necessidades individuais de cada pessoa, fazendo-a deste modo sentir-se integrada no plano de cuidados e na tomada de decisão.

Para que isto aconteça, o enfermeiro necessita de atributos que irão facilitar o cuidado centrado no cliente, tais como: autoconsciência, auto-regulação, motivação, empenho, competência profissional e valores transmitidos. Nas estratégias utilizadas para a concretização dos cuidados individualizados é necessário trabalhar com o cliente, conhecer as suas necessidades psicológicas e estabelecer uma relação com o mesmo. Durante este processo, o enfermeiro tem um papel importante na negociação e na co-construção do cuidado promovendo a satisfação das necessidades individuais da pessoa e o seu esclarecimento fazendo com que se sinta integrada no processo de tomada de decisão.

Como resultados, espera-se que a pessoa se sinta satisfeita e envolvida nos cuidados, seja criado um ambiente terapêutico onde a tomada de decisão é compartilhada e surja uma sensação de bem-estar resultante de uma experiência de cuidados positiva como indicador da forma como o paciente se sente valorizado.

Para Lopes (2013) citando Cody (2006), o conhecimento e o raciocínio que os enfermeiros usam na tomada de decisão são alguns dos elementos que definem muito a prática profissional. Os enfermeiros que integram as equipas de unidades de cuidados hospitalares têm que prevenir, minimizar e corrigir situações clínicas instáveis. Em consequência disso, defrontam-se diária e sistematicamente com a obrigatoriedade de tomar decisões no contexto da ação.

As decisões que se tomam são fundamentais para um raciocínio crítico, sendo este uma das dimensões do pensamento clínico. O raciocínio crítico implica questionar, pôr as coisas em perspetiva, pôr em causa as coisas que se fazem. Tanner (2006), considera o julgamento clínico como a interpretação ou conclusão sobre as necessidades, preocupações ou problemas de saúde dos pacientes e /ou o julgamento para tomar ou não medidas, usar ou modificar abordagens padrão ou improvisar novas abordagens que sejam consideradas adequadas pelas respostas dos pacientes. O seu modelo é composto por quatro dimensões: Noticing (reparar), Interpreting (interpretar), Responding (responder) e Reflecting (refletir).

Ao longo deste percurso parte da construção da minha identidade como futura EEESMO também se deve ao *empowerment* que fui adquirindo. Este conceito surge como um desafio no cuidado de enfermagem e está relacionado com outros conceitos tais como: emancipação, auto-controle, autonomia, tomada de decisão, dignidade e independência. Significando coisas diferentes para pessoas diferentes,

o conceito de *empowerment* permite não só capacitar (tornar capaz), como também mandar (confere autonomia legal).

Sendo um processo, uma intervenção ou um resultado individual ou coletivo é por isso multidimensional. Influencia e é influenciado pelo ambiente, mas também pelo background individual e pelo contexto social e político. Depende da interação humana e só acontece onde e quando as decisões são tomadas. Requer por isso autoconsciência e aceitação voluntária.

Sinto que como futura EEESMO o conceito de *empowerment* foi uma parte importante do meu crescimento e será uma parte integrante e fundamental do meu futuro enquanto EEESMO.

De acordo com a OE (2015), o modelo (bio) médico veio durante muito tempo enraizando os seus princípios na prática tradicional das parteiras e como tal surge uma questão fundamental: como encorajar os EEESMO a alterar práticas que estão tão enraizadas? E a resposta é: com o recurso à evidência e com o *empowerment* da profissão.

O empoderamento destes profissionais é por isso muito importante para a construção da sua identidade profissional.

É importante refletir com a nossa experiência clínica e atuar de acordo com os seus princípios éticos e deontológicos promovendo assim o empoderamento das mulheres/casais grávidos face às tomas de decisões inerentes tanto ao planeamento familiar, como gravidez, trabalho de parto e parto, efetivando assim a cidadania ativa.

Em todo este processo de crescimento, análise, reflexão e aprendizagem tive como auxílio a pesquisa bibliográfica/revisão crítica da literatura, a consulta de documentos de referência na área da SMGO, proporcionando desta forma o meu desenvolvimento e consolidação de conhecimentos atualizados e de acordo com a evidência científica mais atual.

As reuniões com a docente orientadora e com a Enf.^a orientadora do local do ER, assim como as conversas informais com a equipa multidisciplinar e de enfermagem dos vários contextos de EC e do ER, permitiram a mobilização dos meus conhecimentos e a reflexão sobre a prática de cuidados e a análise e discussão dos resultados obtidos.

Particpei nas discussões e análise de práticas realizadas em contexto académico, refletindo em conjunto com os colegas acerca da evolução sentida em diferentes contextos de aprendizagem.

Elaborei também dois Jornais de Aprendizagem (JA), abordando temáticas escolhidas por mim e sobre as quais senti necessidade de refletir e aprofundar conhecimentos com vista à melhoria das minhas práticas de cuidados.

Avaliação:

Considero que este objetivo foi executado com sucesso, realizando todas atividades que propus na redação do projeto para o ER. Fortaleci assim o pensamento analítico, crítico e reflexivo perante todas essas atividades desenvolvidas, possibilitando a aquisição de competências relacionadas com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e o domínio das aprendizagens profissionais, pela criação de respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da SMGO (Regulamento n.º 168/2011).

Complementar a estas atividades será a discussão pública do relatório final, realizada após a sua entrega, em data ainda a determinar.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A propensão para a hospitalização do parto marcou o século vinte e acompanhou a descida da mortalidade materna e da mortalidade infantil e neonatal, assim como a melhoria na sobrevivência dos grandes prematuros. Contudo, o crescimento da literacia, a difusão do conhecimento sanitário e das soluções tecnológicas simples, tanto dentro como fora do espaço hospitalar, fornecer às mulheres e seus parceiros uma voz mais audível nas escolhas quanto ao modo e ao local do parto, num movimento visto como um acontecimento humano natural na sua centralidade (OPSS, 2018).

Neste longo percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências que tiveram como ponto de partida estratégias reflexivas e intervencionistas junto da mulher/RN/família e também equipa multidisciplinar pude atingir com sucesso os objetivos propostos inicialmente no Projeto de Estágio. Desta forma fui ao encontro do que é preconizado pela ICM (2013) e pela OE (regulamento nº127/2011), adquirindo competências referentes à inclusão de saberes teóricos nas componentes: científica, ética, pessoal, estética e política, conceptualizando a prática de cuidados no cuidado humano, relação terapêutica, bem-estar, vulnerabilidade, visão sistémica da pessoa e desenvolvimento humano, possibilitando ainda a aquisição de competências do 2.º ciclo, pelo desenvolvimento de competências de comunicação, reflexão e crítica.

O desenvolvimento das atividades delineadas para atingir os objetivos propostos tiveram por base a Teoria do Conforto de Kolcaba, e deste modo os cuidados de enfermagem foram prestados de forma individualizada e especializada na área de SMOG, promovendo a sua continuidade e assegurando o **bem-estar e conforto** da mulher/RN/família.

Apesar de todos os objetivos descritos neste projeto serem de extrema importância, a concretização do objetivo nº3 foi um desafio, não só por ser um período de aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas bastante intenso, onde cada dia me deparava com situações novas e imprevisíveis, mas também a nível pessoal, pois exigiu um grande esforço a nível familiar.

Ao longo deste percurso foi importante para mim discutir e analisar as situações vivenciadas com a Enf.^a orientadora e com a docente orientadora no

sentido de melhorar a minha autonomia e capacidade de decisão enquanto futura EEESMO.

Deste modo, com a concretização dos objetivos acima descritos pretendo contribuir para “disseminar e levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem”, adotando uma postura interventiva pela procura da excelência de cuidados, de pesquisa e de divulgação da evidência científica atual, tal como é preconizado no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011 (p.8648).

Devido às pequenas dificuldades que foram surgindo, o cronograma inicialmente proposto sofreu algumas alterações que foram discutidas e validadas com a docente orientadora deste ER.

Como futura EEESMO ainda tenho um longo caminho a percorrer. Pretendo não só, obter o grau de Mestre, pela discussão pública do presente relatório, mas também, pesquisar e aprimorar a utilização da sala de Snoezelen em SMO, não permitindo que esta fique no esquecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, MH., Norsen, L., Martin, B., Wiedrich J & Kitzman, HJ. (1996). Development of a model of advanced practice. *American Journal of Critical Care*, 5: 68-73;

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa parto normal*. Documento de Consenso. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Apóstolo, J. (2009) O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 9, 61-67; Acedido em: 15/07/16. Disponível em: <https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo>

Barbosa, A.; Campos, D. (2013). Misoprostol na prevenção da hemorragia pós-parto. *Acta Obstet Ginecol Port* 2013;7(4):298-305. Acedido em:11/01/18. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2013-3-artigo_revisao.pdf

Barradas, A., Torgal, A.L., Gaudêncio, A.P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., ... Varela, V. (2015). *Livro de Bolso – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Ordem do Enfermeiros. Acedido em: 06/10/2015. Disponível em:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf.

Bártolo, E, (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editora.

Carvalho, A. M. V. G. O. & Zangão, M. O. B (2014). Contributo do contacto pele-a-pele na temperatura do recém-nascido. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 14, 63-67. Acedido em: 22/04/2018. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13591/1/APEO-2014-Contributo-do-contacto-pele-a-pele-na-temperatura.pdf>.

Chapman, V. & Charles, C. (2013). *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. (3.^a Ed.). Iowa: Wiley-Blackwell.

Curso Aconselhamento em Aleitamento Materno. IEFP, 2018

Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. DGS, Lisboa. Acedido em: 10/11/17. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>

Ferrão, A.; Zangão, M. (2017). Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. Abril 3(1): 886-900

Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22704/1/179-738-1-PB.pdf>

FIGO (2015). *CTG Classification Table*. Acedido em: 11/01/18. Disponível em: <https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/CTG%20classification.pdf>

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3.^a ed.). Loures: Lusociência.

Francisco, A.; Oliveira, S.; Leventhal, L.; Bosco, C. (2012). Crioterapia no pós-parto: tempo de aplicação e mudanças na temperatura perineal. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(3):555-61. DOI: 10.1590/S0080-623420130000300005

George, J.B. (2000). *Teorias de enfermagem – Os fundamentos à prática profissional*. (4.^a Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-fetal*. (4.^a Ed.). Lisboa: LIDEL – edições técnicas, lda.

Grupo Português de Triagem (s.d). *Sistema de Triagem de Manchester*. Acedido em: 10/06/18. Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

Hauck, Y.; Summers, L.; White, E.; Jones, C. (2008) A qualitative study of Western Australian women's perceptions of using a Snoezelen room of breastfeeding during their postpartum hospital stay. *International Breastfeeding Journal*. 3:20. DOI: 10.1186/1746-4358-3-20

Hauck, Y.; Riveres, C.; Doherty, K. (2007) Women's experience of using a Snoezelen room during labour in Western Australia. *Midwifery Journal*. 24. (4). DOI: 10.1016/j.midw.2007.03.007

Hulsegge, J.; Verheul, A. (1987) Snoezelen: Another World. *Rompa Editorial*. Disponível em : www.rompa.com;

Infarmed (2016). *Folheto Informativo: Informação para o utilizador – Ocitocina*. Infarmed. Acedido em: 05/09/2016. Disponível em: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6565&tipo_doc=fi

International Confederation of Midwives (2010). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* . International Confederation of Midwives. Acedido em Abril de 2016. Disponível em: <http://www.nvkvv.be/file?fle=326878>

International Confederation of Midwives (2013). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010 Revised 2013*. International Confederation of Midwives. Acedido em Abril de 2016. Disponível em: <https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Kolcaba, K. (1991) A taxonomic structure for the concept of comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. 23, (4) 237-240; Acedido em: 15/07/16. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20%20Taxonomic%20Structure%20of%20Comfort%20Theory.pdf>

Kolcaba, K. (1992) Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*. 15, (1) 1-10; Acedido em: 15/07/16. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1992%20%20Holistic%20comfort%20operationalizing.pdf>

Kolcaba, K. (1994) A Theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19, 1178-1184; Acedido em: 15/07/16. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Kwok, F.; Sung, F. (2003) The application of a Multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities. *Hong Kong Medical Journal*. 9. 122-126;

Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. (2015) *Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute. University of Adelaide, Australia. Acedido em Abril de 2016. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

Joanna Briggs Institute; Harrison, C. (2015) *Can- Synthesize Version 4.0*. The Joanna Briggs Institute & Queen's University. Acedido em Abril de 2106. Disponível em: <http://joannabriggs.org/>

Lopes, M., Mendes, F., Gemito, L., Cruz, D. (2013). *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates*. Coleção E-books Oficinas Temáticas, nº1. Universidade de Évora, ISBN: 978-989-20-4162-9;

Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7.^a Ed.). Loures: Lusodidacta.

McCance, T., McCormack, B., Slater, P. (2008). Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of clinical nursing* 18, 409–417 409. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02466;

Moreira, F. (2014) *Factores que influenciam a preferência pela via do parto*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Acedido a: 10/06/16. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11447/1/Filipa%20Sofia%20Moreira.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018). *Meio Caminho Andado Relatório Primavera 2018*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acedido em 25/06/18. Disponível em: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>

OMS (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-155021-5. Acedido em: 28/05/18. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Ordem dos Enfermeiros (2005). Segurança do doente. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 17, 9-10. Acedido em: 30-06-2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_17_julho_2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. Acedido em: 30/04/16. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 5/07/17. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 15/07/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. Acedido em: 30/06/16. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf;

Ordem dos Enfermeiros. (s.d). *Projeto Maternidade com Qualidade: Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. Acedido em: 24/06/18. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Quentin, O.; Godderidge, B.; d'Arfeuille. P. (2010). *Snoezelen "un monde de sens"*. France, Petrarque Editeur .

Rainha, J. (2011) *O Conforto da Criança/Família*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Acedido em: 15/07/16. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/8851>

Rebelo, T. (1997). Sobre a noção de Prática. *Pensar Enfermagem*, 1 (0), 3-4;

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653. Acedido em: 05/07/2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3477011>

Regulamento n.º 127/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Diário da República 2.ª série, n.º35 (18-02-2011) 8662-8666. Acedido em: 05/07/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

Rodriguez, M. (2010) Estimulación multisensorial en un espacio snoezelen: concepto y campos de aplicación. *Revista española sobre discapacidad intelectual*. 41, (236). 22-32; Acedido em: 10/05/16. Disponível em: <http://www.isna-mse.org/assets/maria-cid-2010-article-snoezelen.pdf>

Ruivo, M.; Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15, 1-37. Acedido em: 27/02/2016. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf .

Santo, S. (2016). New FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring – a summary *Guidelines* para monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstet Ginecol Port* 2016; 10(1):8-11. Acedido em: 11/01/18. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n1/v10n1a02.pdf>

Tanner (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Education*, 45 (6) 204-211;

The American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). *Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. Committee Opinion*. ACOG N°684 Acedido em:25/06/18. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee->

Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth

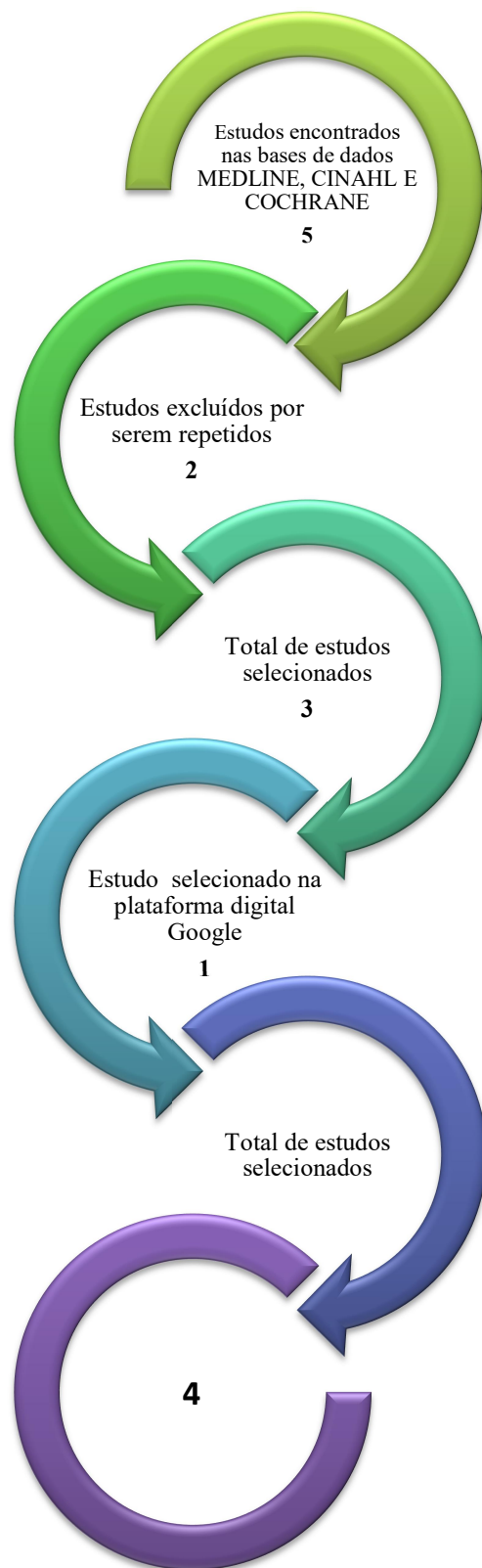
Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.^a ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

World Health Organization. (2002) *Essential antenatal, perinatal and postpartum care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; Acedido em: 8/06/16.
Disponível em:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

Prisma Flow Diagram para o processo de Scopinh Review do JBI 2015



APÊNDICE II

Análise dos Artigos Seleccionados

Appendix 5: JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies²

Reviewer Maria Parreira **Date** 15/06/16
Title Snoezelen Room and Childbirth Outcome: **Year** 2015
 A Randomized Clinical Trial **Record Number**
Author Mansoureh Jamshidi Manesh; Mahnaz 17(5):e18373
 Kalati; Fatemeh Hosseini **DOI:**10.5812/ircmj.17(5)2
Journal Iranian Red Crescent Medical Journal 015.18373

Study Method RCT Quasi-RCT Longitudinal
 Retrospective Observational Other

Participants

Setting O estudo foi conduzido em dois quartos de nascimento num hospital central e educacional filiado à Universidade do Teerão onde ocorrem 600 partos mensais.

Population 100 mulheres primíparas admitidas no 1º estágio do trabalho de parto com 4cm de dilatação.

Sample size

Intervention 1 50 (grupo experimental)

Intervention 2 50 (grupo controlo)

Interventions

Intervention 1: 50 mulheres que receberam o Snoezelen room durante o parto.

Intervention 2: 50 mulheres que não receberam o Snoezelen room durante o parto.

Clinical outcome measures

Outcome Description	Scale/measure
Intensidade da dor	Escala analógica visual (VAS)
Duração do 1º estágio do TP	Desde a admissão até à dilatação completa
Duração do 2º estágio do TP	Desde a dilatação completa até ao início da coração da cabeça fetal

Study results

Dichotomous data

Outcome	Intervention (1) number / total number	Intervention (2) number / total number
Idade	25 ± 4.22	25 ± 4.71
Idade gestacional	38.7 ± 1.70	35.4 ± 1.65
Empregada doméstica	47 (94%)	50 (100%)
Laceração perineal	46 (92%)	33 (66%)
Episiotomia	2 (4%)	17 (34%)

Continuous data

Outcome	Intervention (1) mean & SD	Intervention (2) mean & SD
Duração do 1º estágio do TP (h)	4.95 ± 0.97	8.41 ± 0.67
Duração do 2º estágio do TP (min)	51 ± 0.34	56 ± 0.25
Intensidade na dor na admissão	5.1 ± 1.95	5.58 ± 1.62
Intensidade da dor após 1h	7.24 ± 1.73	7.46 ± 1.70
Intensidade da dor após 2h	8.50 ± 1.21	8.70 ± 1.59
Intensidade da dor após 3h	5.26 ± 0.86	9.56 ± 1.48
Intensidade da dor no 2º estágio do TP	7.85 ± 0.82	9.60 ± 1.40
Duração do TP	6 ± 0.13	11 ± 0.43
Índice de Apgar do RN	9 ± 00.5	9 ± 00.8

Authors' conclusions:

De acordo com os resultados deste estudo, a intensidade da dor foi menor no grupo experimental do que no grupo de controlo, assim como a duração do TP. A associação destes dois factores demonstram que a utilização da sala de Snoezelen pode ser uma opção eficaz para a satisfação da mulher e redução das taxas de cesarianas. O tempo decorrido desde a admissão da mulher até ao parto também foi menor no grupo experimental do que no grupo de controlo.

Houve uma diferença significativa na redução da dor após a utilização da sala de Snoezelen, facto que suporta os efeitos da sala multissensorial no alívio da dor sendo utilizado como uma intervenção obstétrica. Esta descoberta sugere que existem vários factores responsáveis para o alívio da dor.

A aromaterapia é um dos elementos comuns na sala de Snoezelen que aumenta a produção de endorfinas, diminui a intensidade da dor, liberta tensões musculares e desvia a atenção da dor. A musicoterapia também é um dos elementos presentes na sala de Snoezelen. A parte central do cérebro é especializada na atenção, cognição e funções emocionais sendo que os impulsos nervosos são transmitidos até à espinal medula. Na musicoterapia, essa transmissão é impedida.

As evidências científicas demonstram que a prevalência de trauma perineal é menor nas mulheres que dão à luz em casa, pois existe um ambiente confortável que faz com que o processo fisiológico do TP e parto sem desenvolva sem pressas, criando assim uma sensação de segurança. A sala de Snoezelen possui essas características.

Algumas mulheres não tinham experiência para o parto em lugares como este, sendo necessário familiarizar as mulheres para este tipo de sala no período pré-natal.

De acordo com os resultados do presente estudo, a distração sensorial proporcionada pela sala de Snoezelen diminui a intensidade da dor, a duração do trabalho de parto e incidência de episiotomia.

Appendix 9: Data Extraction Template for Qualitative Evidence²

Reviewer Maria Parreira

Date 15/06/16

Title A qualitative study of Western Australian women's perceptions of using a Snoezelen room for breastfeeding during their postpartum hospital stay

Author Yvonne L. Hauck; Lisa Summers; Ellie White; Cheryl Jones

Journal International Breastfeeding Journal

Year 2008

Record Number 3:20

DOI: 10.1186/1746-4358-3-20

Method	Estudo qualitativo exploratório utilizado para obter uma descrição da utilização da sala de Snoezelen.
Methodology	Três semanas após a alta, foi enviada uma carta de informação para 44 mulheres que utilizaram o espaço para amamentação entre Março de 2006 e Março de 2007. As potenciais participantes responderam à carta, mostrando interesse ao investigador em participar no estudo num envelope de resposta paga. O investigador contactou as mulheres interessadas, marcando a entrevista no domicílio das mesmas. O investigador que conduziu as entrevistas é uma parteira que não esteve envolvida no atendimento hospitalar às participantes do estudo. Foram entrevistadas 11 mulheres que amamentaram e utilizaram a sala de Snoezelen durante o pós-parto. As entrevistas foram realizadas 4 a 6 semanas após a alta hospitalar. Os participantes receberam uma carta com o consentimento informado, referindo que se poderiam retirar do estudo a qualquer momento. Foi utilizado um guia com 5 questões abertas, para encorajar as mulheres a partilharem a sua experiência: "Fale-me sobre a sua amamentação no hospital"; "Fale-me sobre o uso da sala de Snoezelen para a amamentação"; "O que é que você gostou e não gostou na sala de Snoezelen" e "recomendaria a sala de Snoezelen para outras mães". Também foram utilizadas perguntas rápidas como: "pode elaborar sobre isso" ou "dizer-me mais sobre". As entrevistas duraram entre 45 minutos e 90 minutos (média de 60 minutos). Todas as entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas na íntegra.
Interventions	Não refere
Setting	Maternidade do Osborne Park Hospital
Geographical	Austrália Ocidental
Cultural	Não refere

Participants	<p>11 mulheres que durante o pós-parto no Osborne Park Hospital utilizaram a sala de Snoezelen para a amamentação.</p> <p>6 mulheres tiveram um parto vaginal; 1 mulher parto por ventosa ou fórceps; 4 foram submetidas a cesariana;</p> <p>7 mulheres tinham o nível universitário;</p>
Data analysis	<p>As categorias extraídas dos dados foram comparadas para revelar semelhanças e variações na experiência. A análise dos dados identificou padrões ou temas relevantes para experiência das mulheres ao utilizarem a sala de Snoezelen.</p> <p>Inicialmente os membros da equipa realizaram uma análise dos dados em separado e depois reuniram-se para discutir, esclarecer e aprimorar os resultados. Evidências de auditoria foram mantidas pelo investigador principal para promover a transparência das decisões e permitir uma avaliação de como os dados foram categorizados nos temas e sub-temas. Para garantir a confiabilidade, confirmando a validade das conclusões, foi enviado um resumo dos temas identificados para os participantes, convidando-os a realizar comentários e participar na discussão. Devido a alterações no endereço postal e números de telefone ao longo do período de estudo, quatro participantes não puderam ser contactados. Os restantes sete participantes confirmaram que os temas eram um reflexo preciso do que a sala de Snoezelen ofereceu a uma mulher que amamenta. Foram identificados 2 temas-chave: encontrar relaxamento para a mãe que amamenta e possibilitar o foco na amamentação.</p> <p>O 1º tema engloba os seguintes sub-temas: “time out” para a mãe; controlo no próprio espaço pessoal; ambiente calmo, como o ambiente familiar.</p> <p>O 2º tema engloba os seguintes sub-temas: capaz de obter atenção personalizada; não exposição física a outras pessoas; longe de curiosos e olhares de julgamento; capaz de tentar com segurança a amamentação sabendo que tem ajuda por perto.</p>
Author’s conclusions	<p>Os profissionais de saúde devem fazer a diferença para a amamentação. O seu encorajamento e apoio estão associados a uma maior duração e maiores taxas de amamentação exclusiva. A consciência de quão cedo os problemas de amamentação podem influenciar a ansiedade materna e confiança na amamentação permite que o profissional de saúde apoie da melhor forma as mulheres vulneráveis que sofrem de ansiedade devido a problemas na amamentação que surgem precocemente. Promovendo o relaxamento materno num ambiente como uma sala de Snoezelen é apenas um exemplo que pode ser considerado para acompanhar o apoio já fornecido por parteiras que trabalham em contextos pós-parto. Uma mãe confortável, relaxada e com o apoio adequado das parteiras tem maior probabilidade de iniciar a amamentação com sucesso e de desenvolver confiança que irá permitir que ela continue a amamentar após a alta hospitalar.</p>
Reviewer’s conclusions	<p>É importante a utilização da sala de Snoezelen como ferramenta de auxílio por parte da enfermeira de modo a colmatar problemas que surjam com a amamentação e deste modo promover o aleitamento materno.</p>

Appendix 9: Data Extraction Template for Qualitative Evidence²

Reviewer Maria Parreira

Date 15/06/16

Title Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia

Author Yvonne L. Hauck; Catherine Rivers; Kathleen Doherty

Journal Midwifery Journal

Year 2007

Record Number 24(4)

DOI: 10.1016/j.midw.2007.03.007

Method	Estudo qualitativo exploratório utilizado para explorar as experiências das mulheres que utilizaram a sala de Snoezelen durante o parto e verificar os factores que podem facilitar ou inibir a utilização deste ambiente.
Methodology	O investigador contactou as mulheres 5-6 semanas após o parto para marcar a entrevista. A entrevista foi conduzida no domicílio das participantes. O investigador principal é uma parteira que não esteve directamente relacionada nos cuidados às mulheres no hospital. Todas as mulheres assinaram o consentimento informado. Foi utilizado um guião com perguntas abertas para encorajar a partilhar a experiência. Outras questões adicionais foram colocadas, tais como: "de que forma utilizou a sala?", "o que gostou ou não gostou da sala?", "usaria a sala noutros partos?" e "recomendaria a sua utilização a outras mulheres?".
Interventions	Não refere
Setting	Maternidade do Osborne Park Hospital
Geographical	Austrália Ocidental
Cultural	Não refere
Participants	16 mulheres concordaram em participar numa entrevista e partilhar a sua experiência de utilizar a sala de Snoezelen durante o parto entre Julho de 2005 e Junho de 2006

Data analysis	Foram colhidos dados acerca da idade, paridade e tipo de parto. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Para analisar as entrevista foi utilizado o método comparativo. A equipa de investigadores analisou em separado as entrevistas e discutiram os resultados em reuniões de equipa. Foram definidos os temas e um membro da equipa encarregou-se de os mostrar a 4 participantes do estudo, que confirmaram esses mesmos temas. Evidências de auditoria foram mantidas pelo investigador principal para promover a transparência das decisões. Os dados foram codificados com um número para manter a confidencialidade. A transcrição das entrevistas forma feitas num gabinete da universidade e a pessoa que fez essa transcrição assinou um acordo de confidencialidade. Os dados foram analisados utilizando o método comparativo. Seis temas foram extraídos a partir da recolha dos dados, fornecendo informação acerca do que o ambiente Snoezelen pode oferecer a uma parturiente. São eles: distracção; relaxamento; conforto; controle ambiental; escolha de terapias complementares; segurança num ambiente familiar. Categorias adicionais revelaram factores que facilitaram e / ou prejudicaram o uso da sala, como familiaridade com os recursos, oferta de informação e de escolha, tempo em trabalho de parto, condições de funcionamento e características do quarto, a resposta da pessoa apoio.
Author's conclusions	Este estudo demonstra como uma enfermeira pode liderar uma iniciativa que contribui para a experiencia do parto oferecendo um conjunto de terapias complementares na segurança de um ambiente hospitalar. O conceito de Snoezelen para as clientes da maternidade destaca um exemplo único de parteiras com visão do futuro usando uma oportunidade inovadora para defender as mulheres grávidas.
Reviewer's conclusions	O EEESMO tem um papel importante na divulgação e aplicação da sala de Snoezelen como terapia complementar que ajuda as mulheres durante o seu trabalho de parto.

Appendix 9: Data Extraction Template for Qualitative Evidence²

Reviewer Maria Parreira

Date 15/06/16

Title The effects of multi sensory behavior therapy (Snoezelen) on pregnant women with depression and anxiety: a single case design

Author Jason A.Staal; Elena Shteyhfeld; Robert Matheis; Andrew Lopez

Journal /website www.rompa.com

Year sem ano

Method	Estudo de caso
Methodology	Foi usado um A-B design. A participante foi tratada num total de 6 sessões, 2 vezes por semana, 30min por sessão durante 3 semanas. As sessões foram conduzidas a meio da manhã ou no início da tarde. Foram utilizadas as escalas EPDS, STAI e POMS.
Interventions	O tratamento teve início com um pré - teste comportamental /sensorial para determinar as preferências sensoriais da participante.
Setting	Hospital de Nova York
Geographical	Estados Unidos da América
Cultural	Não refere
Participants	Uma mulher grávida de 29 semanas com depressão referenciada do ambulatório do centro clínico Beth Israel
Data analysis	Após seis sessões de tratamento na sala de Snoezelen, foi possível verificar que existe uma diminuição do nível de depressão segundo a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS), resultado que foi corroborado pela escala POMS (Profile of Mood States). Também se verificou uma cessação do mau humor, bem como um declínio da ansiedade, do stress, da inercia, da raiva e da hostilidade. A grávida relatou que o ambiente multissensorial proporcionado pela sala de Snoezelen melhorou o seu humor, tornando-o mais duradouro após cada sessão. Conseguiu também que a sua mente se abstraísse de pensamentos negativos. Após finalizar as sessões, a grávida manifestou interesse em continuar o tratamento, desejando ter um ambiente semelhante em sua casa, pelo que começou a utilizar a aromoterapia e a musicoterapia como formas de relaxamento.

Author's conclusions	Estes dados fornecem evidência de que Snoezelen pode ter um efeito antidepressivo e anti- ansiedade durante a gravidez. Além disso, ainda não é conhecido por quanto tempo a redução nos níveis de depressão e ansiedade são mantidos após o fim da intervenção e quais as fases da gravidez em que seria mais benéfico o efeito da sala multissensorial. Seria útil saber se o efeito da sala de Snoezelen muda o curso do trabalho de parto e o parto, assim como Se as mulheres que receberam esta terapia estão mais propensas a levar a gravidez a termo. É necessário a realização de um estudo randomizado entre grupos para perceber este efeito.
Reviewer's conclusions	O estudo de um caso em particular é um ponto de partida para perceber de que forma o Snoezelen é benéfico para as grávidas com depressão e ansiedade. Contudo é limitativo e é necessário desenvolver investigação nesta área e com uma população mais alargada.

