



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO
DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Parto Normal/Natural Assistido: Projeto para
a Assistência em Meio Intra-Hospitalar no
HESE-EPE**

Maria João Pimenta Marques

Orientação: Professora Doutora Maria Margarida
Santana Fialho Sim-Sim

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2014



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO
DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Parto Normal/Natural Assistido: Projeto para
a Assistência em Meio Intra-Hospitalar no
HESE-EPE**

Maria João Pimenta Marques

Orientação: Professora Doutora Maria Margarida
Santana Fialho Sim-Sim

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2014

Agradecimentos

A todas as mulheres grávidas, recém-nascidos e familiares, por ter tido o privilégio de os assistir durante o trabalho de parto e parto.

Em especial à minha orientadora, por me ter possibilitado adquirir os conhecimentos alcançados.

Ao Doutor Michel Odent, que através das suas publicações despertou em mim uma nova visão na assistência ao parto e o desejo de me tornar agente mobilizador de outro modelo de cuidados.

Ao meu Pai, pelo seu apoio, sabedoria, sensatez e carinho expresso a minha gratidão.

Ao meu marido, filhas e genro, que me ajudaram a acreditar que seria possível realizar este trabalho.

Por fim a todos aqueles, profissionais de saúde e amigos, que me abraçaram durante este percurso profissional e académico.

RESUMO

Título: Parto Normal/Natural Assistido: Projeto para Assistência em Meio Intra-Hospitalar no HESE-EPE

Os avanços tecnológicos em Obstetrícia tornaram corrente o parto em ambiente medicalizado colocando-se a parturiente no papel de colaboradora. Contudo a OMS recomenda o parto normal e sublinha a sua participação ativa. A meta deste trabalho é preparar a mudança de paradigma na assistência ao parto normal/natural. Realizou-se o diagnóstico de situação em amostra de Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e parturientes (21 e 125). Recolheram-se dados em instrumentos desenhados a partir das recomendações da OMS. Observaram-se práticas recomendadas e não recomendadas. Face ao diagnóstico de situação, elaborou-se documentação, nomeadamente manual de boas práticas, cartaz e guia informativos. Projetou-se o espaço-tipo físico e equipamentos a adquirir com a concordância da instituição. Para um novo modelo de cuidados acredita-se ser necessário fortalecer a autonomia dos saberes próprios das Enfermeiras Especialistas face ao previsto legal nas suas atividades diárias. De facto acompanham o processo de nascimento e são reconhecidas pelas organizações.

Palavras-chave: Assistência em Enfermagem, parto normal, parto natural, saúde materna, obstetrícia.

ABSTRACT

Title: Childbirth / Natural Assisted: Project for Assistance in a Hospital Environment of the HESE - EPE

Technological advances in Obstetrics led to unusual medicalized environment in childbirth, in which the mother plays a collaborator role. However, the WHO recommends normal delivery and emphasizes their active participation. This work aims to prepare a shift of paradigm for care in normal/natural birth. A situation analysis was conducted using a sample of Maternal Health Specialists Nurses and mothers (21 and 125). Data was collected in questionnaires following WHO recommendations. Recommended and not recommended practices are being used. Given the situation analysis, documentation, including good practice guide, poster and informative guide were elaborated. A physical space prototype and equipment to be purchased were projected with the approval of the institution. Towards a new model of care is believed to be necessary to strengthen the autonomy of the Nurses' own knowledge given their daily activities under the law. In fact they follow the birth process and are recognized by organizations.

Keywords: Nursing Care, normal childbirth, natural childbirth, maternal health, Obstetrics.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	14
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	16
2.1.1. Caracterização do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia no respeitante à metodologia de assistência ao Parto	18
2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	22
2.2.1. Caracterização dos Recursos Materiais	22
2.2.2. Caracterização dos Recursos Humanos	22
2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	23
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	26
3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES	26
3.1.1. Grupo-Alvo de Enfermeiros do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE	26
3.1.2. Grupo-Alvo das Parturientes do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE	27
3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO ---	28
3.2.1. Necessidades Específicas das Enfermeiras no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia	28
3.2.2. Necessidades Específicas das Parturientes do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia	34
3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO- ALVO	43
3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	44
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	46
4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	46
4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM O GRUPO-ALVO DAS ENFERMEIRAS	47
4.3. OBJETIVOS A ATINGIR COM O GRUPO-ALVO DAS PARTURIENTES	48

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	49
5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	49
5.2. METODOLOGIAS.....	50
5.2.1. Estratégias Pessoais de Desenvolvimento de Competências	50
5.2.2. Recolha de dados sobre os conhecimentos relativos a parto normal/natural nos enfermeiros do serviço de Obstetrícia/Ginecologia	51
5.2.3. Recolha de dados sobre os conhecimentos relativos a parto normal nas parturientes	55
5.2.4. Formação das enfermeiras	58
5.2.5. Contributo para o Serviço	58
5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS.....	58
5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS.....	59
5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS.....	59
5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	61
5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	62
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	63
6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	63
6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA.....	64
6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS.....	64
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	65
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
APÊNDICES	74
Apêndice A: Projeto de Estágio.....	75

Apêndice B: Registo para indução de parto e episiorrafia -----	80
Apêndice C: Consentimento livre e esclarecido para atos médicos -----	82
Apêndice D: Documento sobre anestésicos-analgésicos -----	85
Apêndice E: Protocolo Strep B-----	87
Apêndice F: Partograma -----	89
Apêndice G: Questionário-Enfermeiras & Questionário-Parturientes -----	92
Apêndice H: Documento de Submissão a FAME -----	102
Apêndice I: Resultados do Questionário aplicado a Enfermeiras -----	104
Apêndice J: Resultados do Questionário aplicado a Parturientes -----	114
Apêndice K: Pedido de autorização do projeto ao HESE -----	127
Apêndice L: Apresentação do Projeto -----	129
Apêndice M: Relatório da Visita ao Hospital S. João no Porto -----	133
Apêndice N: Questionário aplicado no Domicílio -----	148
Apêndice O: Resultados do Questionário aplicado no Domicílio-----	152
Apêndice P: Apresentação dos Resultados à Equipa de Enfermagem -----	157
Apêndice Q: Capa do Manual de Boas-Práticas. Parto Normal -----	161
Apêndice R: Capa do Guia Informativo -----	163
Apêndice S: Cartaz informativo para Clientes-----	165
Apêndice T: Autorização para a implementação do projeto de estágio. -----	167
Apêndice U: Pedido de aplicação dos Questionários -----	169
Apêndice V: Autorização para realização da sessão formativa -----	172
Apêndice W: Autorização e apresentação de Resultados do questionário à Equipa ---	174

Índice de Figuras

Figura 1 ACES Alentejo I & II.....	14
Figura 2 Distribuição do tipo de partos	15
Figura 3 Distribuição de recém-nascidos segundo a residência da mãe.....	16
Figura 4 Esquema físico do Serviço de Obstetrícia-Ginecologia do HESE-EPE.....	17
Figura 5 Itens de observação nas atividades do serviço	22
Figura 6 Competências do EESMOG relativas ao Parto Normal/Natural.....	25
Figura 7 Distribuição do tipo de partos na amostra.....	45
Figura 8 Contactos desenvolvidos	61
Figura 9 Cronograma cumprido	62

1. INTRODUÇÃO

O parto, do que é possível compreender através da interpretação histórico-antropológica, era um ato solitário produto de um cruzamento ocasional entre dois seres de sexo oposto (Montenegro & Rezende, 2011). Com a evolução da espécie e numa perspectiva da postura para o parto, a necessidade de ajuda e assistência ter-se-á insinuado a partir do bipedismo já presente no *Homo Ergaster* e *Homo Erectus* há cerca de 2,5 a 1,8 Ma (Harcourt-Smith & Aiello, 2004). Acompanhando o bipedismo instalaram-se outras transformações, nomeadamente a redução do diâmetro corporal ântero-posterior, a inclinação e configuração da bacia, atualmente designada como ginecóide e diferente das bacias das restantes fêmeas primatas (Rosenberg & Trevathan, 2002). Na sequência do tempo, a Revolução do Neolítico, há cerca de 10.000 anos, com a passagem da recolção à agricultura, atingiu-se o sedentarismo humano. Modificou-se a interação na comunidade, aumentou-se a proteção dos seus elementos conferindo maior assistência do grupo à mulher em trabalho de parto [TP].

O parto tornou-se um acontecimento com dimensão social, tanto pelo novo elemento na comunidade, como pela figura de apoio e ajuda à mulher em parto. O sedentarismo trouxe melhoria na nutrição da mulher, conseqüente robustez do feto. Factos a considerarem no percurso do móbil fetal, ao enfrentar os 20cm mais dramáticos da existência, perante um canal de parto com concavidades e diferentes diâmetros, onde terá que ocorrer rotação, acomodação cefalo-pélvica, numa apresentação predominantemente occipito-posterior (Rosenberg & Trevathan, 2002; Montenegro & Rezende, 2011). Resulta desta forma que o parto, por razões sociobiológicas, constitui nos humanos um evento que justifica a presença de ajuda através da figura da parteira (Montenegro & Rezende, 2011). Os cuidados materno-obstétricos surgem assim no momento em que o parto/nascimento passou a ser um acontecimento assistido além do processo biológico (Kitzinger, 1996; Montenegro & Rezende, 2011).

Nas últimas décadas as taxas mundiais de mortalidade/morbilidade materno/neonatal diminuíram em número considerável. O desenvolvimento

técnico/científico tem possibilitado a deteção de complicações durante a gravidez e a assistência especializada no TP e parto. Possibilitou ainda às mulheres um parto seguro em meio hospitalar. Contudo a tendência mundial de avanço tecnológica/científica tem revelado uma enorme fragilidade relativamente ao cuidado e conforto do utente (Carraro et al., 2006). Inúmeros países concluíram, que os cuidados durante o nascimento normal tornaram-se idênticos aos cuidados nos partos complicados (WHO, 1996).

Os serviços de saúde convencionais ao desvalorizarem a participação ativa da parturiente e ao atuar com procedimentos rotineiros e dispensáveis, têm vindo a aumentar a intervenção clínica, que redundava não raras vezes em cesariana. De facto a taxa de cesarianas em Portugal é uma preocupação (i.e. em 2010 36,6%; em 2011 31,0%) existindo mesmo uma Comissão recentemente nomeada para estudo, definição de normas e orientações (Portugal, 2013). Estes valores são elevados e apontados como indesejáveis nas recomendações da Organização mundial de Saúde [OMS]. Ao longo dos anos as evidências científicas têm demonstrando que a realização de cesarianas sem motivos clínicos acarreta riscos acrescidos para a mãe e para o feto. Nas últimas décadas o parto tem sido centrado no profissional de saúde e nas normas institucionalizadas (Rocha & Novaes, 2010).

Num enorme salto de milhares de anos, as evidências científicas têm vindo a demonstrar que a fisiologia do parto necessita ser respeitada, sendo tal defendido pela OMS, desde há cerca de 17 anos (WHO, 1996). Esta perspetiva fisiológica encontra-se ameaçada, surgindo a necessidade de criar movimentos com vista a promover o parto normal, realçando o atendimento eficaz e de acordo com as necessidades básicas de cada mulher em TP. Estes movimentos nacionais e internacionais surgem como apoiantes e promotores de Centros de Parto Normal, Casas de parto e em Portugal, na iniciativa Confraria das Parteiras, a associação de enfermeiras Obstetras. Referem as evidências científicas que os centros alternativos de parto normal integrados em instituição hospitalar estão associados a menor intervenção medicalizada, maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, maior satisfação materna, maior probabilidade de aleitamento materno exclusivo medido aos 1º e 2º meses pós-parto, sem aumento de risco para as mães e crianças. Não se podendo concluir por absoluta relação causa-efeito, dadas as características dos estudos primários que incluem equipas separadas e modelos de cuidados em continuidade nas salas de parto alternativas, é contudo de considerar que as utentes e instituições devem ser informadas sobre os

benefícios dos contextos de cuidados que proporcionam um apoio ao parto normal (Hodnett, Downe & Walsh, 2012). Nestes casos, numa visão alternativa do parto, procura-se uma assistência personalizada, com atenção à informação da mulher, para que seja o centro em todo este processo (Kitzinger, 2004). Invocando que as atitudes dos profissionais de saúde são essenciais na assistência ao parto é fundamental estabelecer limites, respeitar o tempo, desejos e expectativas de cada mulher, durante todo o acompanhamento do TP e parto (Cruz, 2010).

Para Odent (1984), a equipa médica é preparada para atuar em todas as complicações possíveis da gravidez e do parto, mas aprendem pouco sobre todas as alterações fisiológicas possíveis de um parto normal, para as quais não há razão de alarme ou intervenção. Dessa forma, resulta que a maioria dos partos são encarados como problemas potenciais e esse enfoque não serve para a maior parte das mulheres, que apresentam gestações e partos normais.

A OMS num esforço de várias décadas que se iniciaram com a Declaração de Fortaleza em 1985, seguindo para a publicação do Manual *Care in Normal Birth* em 1996, defende e continua a recomendar a assistência à mulher sem riscos, numa perspetiva não medicalizada do TP e parto (WHO, 1996). Na publicação de 1996, a OMS define mesmo as práticas obstétricas em quatro categorias baseadas em evidências científicas, dominando uma perspetiva menos interventiva sobre a mulher e mais pró-ativa da parte desta.

No modelo assistencial da OMS, é definido um conjunto de práticas, abordando a promoção do parto e nascimento saudáveis e prevenção da mortalidade materna e perinatal. As práticas obstétricas visam o respeito pelo processo fisiológico e pela dinâmica de cada nascimento, assim como as intervenções cuidadosas, evitando excessos e utilizando criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (Schneck & Riesco, 2006).

A Declaração das Competências Essenciais e Básicas para o exercício de Obstetrícia, constituídas pela Confederação Internacional das Parteiras [ICM] e apoiadas pela OMS/Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia [FIGO], contribuiu para a criação de modelos de qualidade na assistência obstétrica e neonatal. Ou seja, o profissional de saúde, na verdade assiste à mulher. Como profissional que assiste, a Enfermeira Especialista em Saúde Materna Obstetrícia e Ginecológica [EESMOG] é reconhecida por estas entidades nas suas competências (WHO, 1996).

A Ordem dos Enfermeiros [OE] em 2010 elabora um documento onde regulamenta as competências específicas do EESMOG. Nesse sentido as EESMOG desenvolveram competências na assistência ao parto normal, cuidam a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando um ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra – uterina (OE, 2010).

O conceito de Parto Normal é definido como o parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento, no qual a criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Como Parto Natural Assistido, é entendido o parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, assistido por profissional de saúde (WHO, 1996; OE, 2012).

O atual documento tem o propósito de descrever o processo subjacente ao desenvolvimento de implementação da intervenção profissional assim como as atividades realizadas durante o percurso do Projeto que se denominou Parto Normal/Natural Assistido: Projeto para assistência em meio Intra-Hospitalar no HESE-EPE. Declaradamente, o objetivo do Projeto que se dá conta neste Relatório foi de preparar a criação de um espaço de nascimento em meio hospitalar para assistência ao parto normal/natural assistido (Apêndice A).

Em termos estratégicos da oferta nos cuidados de saúde no HESE-EPE, este Projeto possui interesse na medida em que alarga a oferta de opções à parturiente. Os cuidados de saúde deveriam implementar projetos que priorizam a satisfação do utente através da permanente melhoria da qualidade assistencial.

Neste contexto pretende-se que a parturiente se assim o desejar elaborar um plano de nascimento para que as suas escolhas suportadas pelas decisões informadas sejam respeitadas. Deste modo possibilitará à parturiente ser o sujeito principal e ativo em todo o processo de TP e parto. Pretende-se ainda, que ela possa vir a usufruir de um modelo assistencial menos interventivo e do apoio de uma pessoa significativa para si durante todo o TP. Para tal e sendo o objetivo geral do projeto a criação de um espaço privado de nascimento, proporcionará à parturiente um ambiente mais familiar e acolhedor.

Para dar cumprimento ao referido objetivo, seguiu-se o percurso de permissões pela hierarquia institucional, delimitaram-se as populações alvo (enfermeiras ESMOG e parturientes do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE), realizou-se o

diagnóstico da situação sobre a atual assistência de enfermagem no Bloco de Partos [BP] do HESE-EPE, caracterizou-se a percepção da parturiente face à assistência recebida, criou-se documentação informativa e de orientação para a assistência no TP e parto.

O presente Relatório está redigido conforme as normas da American Psychological Association (APA, 2006) e em concordância com o Novo Acordo Ortográfico por recomendação da circular 4/2011 da Universidade de Évora. O texto encontra-se organizado em secções e subsecções que respeitam o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem e do Regulamento do Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre pela Universidade de Évora (i.e. Ordem de Serviço nº8/2013).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

A Portaria n.º 308 procedeu à fusão dos agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central I e Central II num único ACES, denominado agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, com o objetivo de obter sinergias e ter uma maior capacidade operacional. Este ACES do Alentejo Central incluiu uma área geográfica de 14 concelhos com 13 Centros de Saúde e serve cerca de 180 mil utentes (Figura 1).



Figura 1 ACES Alentejo I & II
Fonte: www.anafre.pt/anafre/distrito/evora

No que respeita à Saúde Materno-Infantil o HESE-EPE é um Hospital Central de Apoio Perinatal Diferenciado [HAPD] (Ministério da Saúde, 2001).

No seguimento da proposta da Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente (Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente [CNSMCA], 2012), coloca-se a possibilidade de regressão para Hospital de Apoio Perinatal [HAP]. Em 2006 a Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal do Ministério da Saúde, no âmbito da requalificação dos serviços de urgência perinatal, tendo em conta vários fundamentos, incluindo o número de partos/ano acima de 1500, propõe a manutenção do HESE-EPE como HAPD.

De acordo com os dados recolhidos no Gabinete de Estatística do HESE-EPE, no período de 2009 a 2013, verificou-se um total de nascimentos que já não alcança este

patamar, assim como uma elevada taxa de partos distócicos por cesariana, conforme se documenta na figura 2.

HESE – EPE	2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Distócico-Cesariana	543	40,8	581	43,7	528	38,5	486	38,2	431	38,4
Distócico-Forceps/Ventosa	124	9,3	144	10,8	177	12,9	170	13,4	156	13,9
Distócico-Gemelar	14	1,1	9	0,7	12	0,9	22	1,7	12	1,1
Distócico-Pélvico									4	0,4
Eutócico	650	48,8	595	44,7	653	47,7	592	46,6	517	46,1
Eutócico-Gemelar							1	0,1	1	0,1
Eutócico-Pélvico			1	0,1					1	0,1
TOTAL	1331	100,0	1330	100,0	1370	100,0	1271	100,0	1122	100,0

Figura 2 Distribuição do tipo de partos
 Fonte: Gabinete de Estatística do HESE-EPE

As taxas de cesarianas continuam a revelar números elevados e preocupantes. Há várias décadas que a OMS enuncia e recomenda para que estes números diminuam, referindo que não se justificam taxas de cesarianas superiores a 15%.

Relativamente, ao parto Normal/Natural e Parto induzido não existem dados Estatísticos do HESE-EPE com registos disponíveis e fidedignos com números reais de cada tipo de parto ocorrido. Ou seja, nos registos estatísticos estão incluídos nos partos eutócicos/vaginais todos os partos normais, naturais e induzidos. Dada a importância desse dado e o da episiorrafia procedeu à sua actualização através do livro de Partos do BP (Apêndice B).

No âmbito do Serviço de Obstetrícia dado o atual número de partos abaixo de 1500/ano, o HESE-EPE não se enquadra no critério dos indicadores referidos à qualidade dos serviços (Ministério da Saúde, 2006). A manutenção justifica-se contudo dada a localização e o recurso que representa para a população (CNSMCA, 2012).

O HESE-EPE recebe utentes de todas as proveniências, respeitando orientações legais (i.e. Despacho 7495/2006¹). A grande maioria das parturientes é porém proveniente da região Alentejo conforme se documenta na Figura 3.

¹ Decreto-lei no.67, II série do Diário da República (despacho 7495/2006) de 04 de Abril de 2006, o qual refere que “O SNS e o Ministério da Saúde, que por ele responde, têm obrigação de garantir às mulheres portuguesas, por livre escolha, o local onde entendam que a sua criança nasça nas melhores condições de segurança técnica” (Portugal, 2006).

01/01/13 – 31/12/13		
		N.º
Distrito de Évora	Alandroal	26
	Arraiolos	38
	Borba	52
	Estremoz	81
	Évora	376
	Montemor-o-Novo	77
	Mora	24
	Mourão	19
	Portel	45
	Redondo	48
	Reguengos de Monsaraz	58
	Vendas Novas	47
	Viana do Alentejo	40
	Vila Viçosa	54
	Outros distritos	144
Total	1243	

Figura 3 Distribuição de recém-nascidos segundo a residência da mãe

Fonte: Gabinete de Estatística do HESE-EPE

Na recolha dos dados no Gabinete de Estatística do HESE-EPE no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2013 na área de Obstetrícia, recém-nascidos e grávidas patológicas registou-se 6939 dias de internamento, com uma demora média de 2,99 dias e uma taxa de ocupação de 29.77.

Relativamente à área de Ginecologia o número de dias de internamento corresponde 994, com uma demora média 2.40 dias e uma taxa de ocupação de 34.04.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O presente relatório enquadra-se na área de abrangência do HESE-EPE, mais propriamente no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia. Esta Instituição de Saúde é um Hospital Central, onde tem ainda integrado o Apoio Perinatal Diferenciado. O Serviço de Obstetrícia/Ginecologia serve a população do Distrito de Évora e está instalado no 3.º piso da componente chamada parte nova do Hospital. Construído há várias dezenas de anos, por contrapartida de outro edifício mais velho, tem sofrido diversas alterações e melhoramentos. O referido serviço está instalado na ala direita, no corredor em frente

estão os serviços de Cirurgia II e Cirurgia de Ambulatório. Existe à entrada do serviço de Obstetrícia/Ginecologia uma porta eletrônica cujo acesso é restrito aos profissionais de saúde através da utilização de um código. Nesse espaço está destacado um Segurança que controla as entradas/saídas das utentes/visitas ao serviço, durante os dias úteis das 8 horas às 20 horas. Este serviço é constituído por três unidades distintas, BP, Bloco Operatório Materno Infantil [BOMI], Internamento de puérperas/recém-nascidos/grávidas patológicas e ginecologia, conforme se documenta na Figura 4.

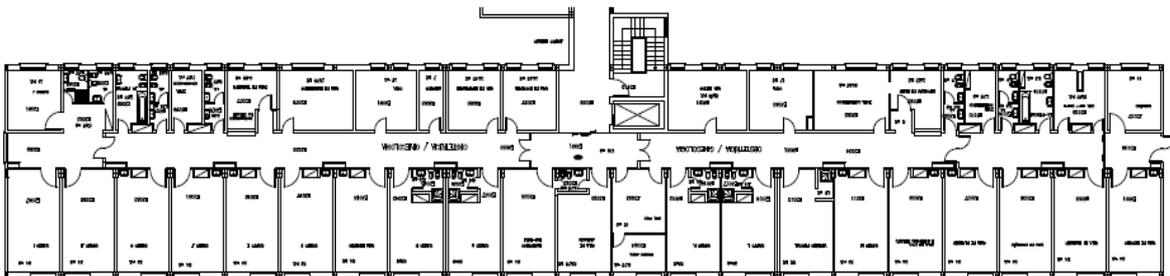


Figura 4 Esquema físico do Serviço de Obstetrícia – Ginecologia do HESE-EPE
 Fonte: Gabinete de Comunicação e Marketing do HESE-EPE

Segue-se uma descrição mais detalhada. O BP localizado na ala esquerda do serviço é composto por uma sala de partos “convencional”, com uma “marquesa” própria onde se executam os partos eutócicos e distócicos, uma sala para a assistência aos cuidados imediatos e de reanimação do recém-nascido [RN] e um espaço próprio de desinfecção. E ainda, um gabinete de Enfermagem (com dois computadores e uma central de cardiocografia), três salas com o total de seis camas destinadas às grávidas em TP e três casas de banho (duas para as utentes e outra para os profissionais de saúde).

No BOMI existe uma sala para cirurgias programadas e/ou eletivas que são realizadas em dias úteis. É constituído ainda, por uma outra sala partilhada pela equipa de Enfermagem/Médica e outra sala para o recobro com três camas. Os Enfermeiros do Bloco Central do HESE-EPE asseguram os cuidados e a organização do BOMI. Nesta mesma ala encontra-se uma porta designada de “porta vento”, que separa a unidade anterior de outra secção destinada a funções múltiplas. Nesta secção realiza-se o puerpério imediato, a monitorização externa contínua [MEC] às grávidas externas/urgências; possui ainda um gabinete Médico, uma sala de reuniões, o “vestiário” destinada aos profissionais de saúde (Enfermeiras e Assistentes Operacionais), uma casa de banho para as utentes, sala de sujos, sala de arrecadação de

stock hospitalar, dois quartos com duas camas e dois berços e sanitários próprios, reservados ao internamento das puérperas submetidas a cesariana. Por fim uma outra sala destinada ao “cantinho de amamentação.” Esta última foi inaugurada a 8 de Outubro de 2013 e funciona nos dias úteis das 14 horas às 16 horas.

Relativamente, à unidade de internamento situada na ala direita é constituída por uma sala com apoio de uma funcionária administrativa e de uma Enfermeira. Esta sala é destinada ao diagnóstico pré-natal, onde são efetuadas ecografias diferenciadas tipo II, tais como ecografias morfológicas e amniocenteses. Nesta ala encontra-se o gabinete do Diretor Médico do serviço, a sala de enfermagem (com cinco computadores), a sala acústica para o rastreio auditivo do RN, a sala de triagem Pediátrica, a sala para tratamentos/trabalho de Enfermagem, a sala de arrecadação de *stock* hospitalar, três casas de banho (uma para os profissionais de saúde e duas para as utentes) e a sala de sujus. Esta unidade de internamento comporta também dois quartos para as puérperas submetidas a cesariana (idênticos aos descritos na ala esquerda), três quartos cada um com três camas e três berços destinados ao puerpério precoce, dois quartos cada um com três camas para as grávidas patológicas, puérperas cujos recém-nascidos se encontram internados no serviço de Neonatologia, dois quartos com três camas e um com duas camas para as utentes do foro ginecológico.

O tempo médio de internamento da puérpera/RN é de 48 horas para o parto vaginal; nos casos de cesariana e cirurgia ginecológica é de 72 horas.

A sala de Admissão está situada à entrada do serviço. Destina-se às utentes de Obstetrícia/Ginecologia provenientes da urgência e admissão de grávidas. Está equipada com Ecógrafo e tem instalações sanitárias. Ao lado da sala de Admissão encontra-se o gabinete administrativo, que detém um pequeno espaço possibilitando o registo de nascimento da criança.

2.1.1. Caracterização do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia no respeitante à metodologia de assistência ao Parto

A assistência oferecida às grávidas de baixo risco e sem complicações durante o TP que recorrem a este serviço, continua a ser maioritariamente intervencionista. Ou seja, o modelo assistencial em vigor para o parto normal não assenta integralmente nas diretrizes recomendadas pela OMS e outras Organizações, apresenta-se num modelo do tipo biomédico. A maioria das parturientes esteve condicionada pelo profissional de

saúde na tomada de decisão, que assistiu/controlou e conduziu o TP e Parto. O método mais utilizado para o alívio da dor é a técnica da analgesia epidural. Em diálogo com as parturientes verificou que a maioria, foi informada/incentivada sobre o recurso da analgesia epidural na consulta pré-natal.

Outros procedimentos rotineiros foram observados, tais como: permanência da parturiente no leito, MEC, jejum em especial no 2.º estágio do TP, analgesia epidural com perfusão contínua, administração de fluídos endovenosos [EV], esforços expulsivos dirigidos/controlados, manobra de Kristeller, episiorrafia e prestação de cuidados imediatos em quase todos os RNs. Procedimentos rotineiros que estão associados a uma “cascata” de intervenções e que não raras vezes culminam em partos distócicos (vaginais e cesarianas).

A dor é a queixa mais relatada pelas utentes à entrada no serviço. Outras queixas são referidas como a perda e/ou suspeita do rolhão mucoso, ausência dos movimentos fetais, Rotura Espontânea da Bolsa Amniótica [REBA] e/ou suspeita do falso TP. Excepcionalmente, ocorreram dois planos de partos no mês de novembro e dezembro de 2013, dirigidos ao Presidente do Conselho de Administração do HESE-EPE e com conhecimento prévio no BP.

Seguidamente, descrevem-se os procedimentos efetuados em grávidas de baixo risco e sem complicações, no momento da admissão e na assistência durante o TP e Parto.

A grávida ao dar entrada neste serviço é recebida e assistida pela EESMOG na sala de admissões. Nas situações em que se verifica início do TP é observada a integridade e/ou rotura das membranas, o bem-estar materno-fetal através da MEC, avaliação dos fatores de risco, sinais vitais e os resultados analíticos recentes (taxas de coagulação, hemograma, serologias e exsudado vaginal). Na ausência das consultas pré-natais é realizada colheita de sangue à mulher para fins analíticos. Numa fase latente do TP, é efetuado a MEC para avaliação da contratilidade uterina e frequência cardíaca fetal.

Numa fase ativa do TP e na presença de REBA o médico é contactado para proceder ao internamento da parturiente, através do sistema Alert. De seguida é fornecido um documento à grávida para assinar o consentimento livre e esclarecimento para atos médicos (Apêndice C).

A Enfermeira recolhe informação no boletim de saúde da grávida e os dados obtidos são registados no processo e sistema Alert. Por fim, é facultado à grávida 1 a 2 Microlax, procedimento rotineiro que tende a ser abandonado desde há cerca de um ano.

Após o internamento a parturiente é encaminhada para o quarto do BP e informada do horário do seu acompanhante (das 9:00 às 00:00 horas). Caso o nascimento ocorra durante a noite, o acompanhante será contactado para a sala de espera das urgências gerais e permanece nesse local até ocorrer o parto.

Recentemente e sempre que o serviço permita a grávida é instalada num quarto isolada.

Após avaliação da cervicometria a parturiente é informada do recurso à analgesia epidural, assinando um documento de consentimento/informado (Apêndice D). A grávida permanecerá no leito em situações de REBA com MEC, com restrição de líquidos ou alimentos e de imediato será canalizado um acesso venoso e administrado soro glicosado. Dessa forma a parturiente é confinada ao leito, limitada nos movimentos e/ou a outras posições verticais. Nas situações em que a grávida é portadora de infeção por Streptococcus grupo B é administrada profilaxia EV, segundo protocolo (Apêndice E).

Quanto ao permanente apoio oferecido à mulher depende da equipa de Enfermagem e da carga de trabalho. Tal como foi referido, o método mais utilizado no alívio da dor é a analgesia epidural. Por conseguinte, estas mulheres e com alguma regularidade são submetidas a esvaziamento vesical. Em algumas situações a parturiente com alguma frequência é sujeita a repetidos “toques vaginais” e por diferentes profissionais de saúde. O movimento de entradas e saídas na sala de partos é mais frequente no período diurno.

Recentemente o Partograma tem sido um instrumento utilizado pela Equipa Médica, especialmente pelas Internas de Obstetrícia/Ginecologia (Apêndice F).

A administração e o aumento do gotejo da perfusão ocitócica [PO] são utilizados ou prescritos com especial destaque nas parturientes com analgesia epidural.

Os quartos do BP possuem camas articuladas que se podem adaptar à semelhança da “marquesa” na sala de partos. No entanto a sua utilização é pouco frequente. Face à estrutura dessas camas as parturientes relatam algum desconforto e os profissionais de saúde da inacessibilidade na realização ao parto.

A grávida com dilatação completa e na presença/ausência de esforços expulsivos e com analgesia epidural é transferida numa cadeira de rodas para a sala de

partos. Na sala de partos a parturiente é auxiliada a adotar uma posição de litotomia com as pernas apoiadas nos estribos da “marquesa”. A mesa de apoio ao parto está preparada com todo o material exposto e necessário para o nascimento. Posteriormente é efetuada a tricotomia com desinfecção do períneo, a monitorização de cardiocografia [CTG], o aumento da perfusão oxitócica e instruídos os esforços expulsivos. A execução da episiorrafia é um procedimento frequente nas mulheres primíparas.

No terceiro estágio do TP é comum a execução da dequitação expectante invés da gestão ativa do 3.º estágio do TP (ou ambas em combinação mista). A gestão ativa do 3.º estágio do TP é mais utilizada pela Equipa Médica. Após a dequitação é administrada oxitocina 10 unidades EV em bólus. De seguida, procede-se à observação da integridade placentária (membranas e cotilédones), reparação dos tecidos perineais lesados, palpação do útero, quantidade de sangue vaginal e avaliação dos sinais vitais. O contacto pele a pele não é um procedimento frequente em RN saudáveis. O RN recebe cuidados imediatos na mesa com fonte de calor tais como: aspiração da oro nasofaríngea e gástrica, administração profilática (Kanakion IM/gotas oculares) e vestuário.

Terminado o parto mãe/RN são transferidos para o quarto do puerpério imediato, onde permanecem durante duas horas. Nesse período o RN é colocado à mama e posteriormente, fornecida à mãe uma refeição. Os cuidados no pós-parto continuam a ser assegurados pelas Enfermeiras ESMOG do BP até à transferência da puérpera/RN para um quarto da enfermaria.

No período de fevereiro a setembro de 2013 observou-se algumas práticas recomendadas e outras não recomendadas a partir das diretrizes da OMS (1996), conforme se documenta na figura 5.

	Sim	Não	Por vezes
Avaliação dos fatores de risco	x		
Receção do plano de partos			x
Frequência de Procedimentos invasivos	x		
Administração de clister/microlax			x
Monitorização externa contínua	x		
Monitorização externa intermitente			x
Apoio à parturiente	x		
Analgesia epidural	x		
Métodos não farmacológicos para o alívio da dor			x
Permanência do acompanhante no período de noite		x	
Utilização do partograma			x
Esvaziamento com sonda vesical			x
Frequência de posições supinas	x		

Posições verticais no 1º.estádio do TP			x
Toque vaginais repetidos	x		
Respeito pela privacidade	x		
Restrição de alimentos e líquidos	x		
Colocação de soros EV	x		
Frequência da perfusão oxitócica	x		
Aumento do gotejo oxitócico com dilatação completa	x		
Transferência da mulher para outra sala de nascimento	x		
Esforços expulsivos instruídos/dirigidos	x		
Posição ginecológica no parto	x		
Episiotomia seletiva			x
Tricotomia perineal	x		
Manobra de Kristeller	x		
Gestão ativa do 2.º estágio do TP			x
Contacto pele a pele mãe/RN			x
Aspiração de secreções da oro nasofaríngea e gástrica do RN	x		
Administração de 10 unid de oxitocina em bólus após dequitação	x		
Reparação dos tecidos perineais lesados, palpação do útero e avaliação dos sinais vitais	x		
Ingestão de alimentos e líquidos após o parto	x		
Apoio para a mãe amamentar na primeira meia hora de vida do RN	x		

Figura 5 Itens de observação nas atividades do serviço
Fonte: Bloco de Partos do HESE-EPE

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

Os recursos materiais e humanos são um conjunto de meios utilizados necessários e disponíveis, a fim de beneficiar os serviços oferecidos à população alvo.

2.2.1. Caracterização dos Recursos Materiais

Descrevem-se os recursos materiais respeitantes à metodologia de assistência ao Parto Normal/Natural.

Na carência desses recursos do BP no serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE, são necessários os seguintes equipamentos: bola de *Pilates*, marquesa de parto adequada, aparelho de telemetria, banco de parto, banheira, sanitário próprio e cadeirão para o acompanhante.

2.2.2. Caracterização dos Recursos Humanos

Os recursos humanos disponíveis no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia são os seguintes: a Equipa Médica é constituída por oito Especialistas de

Obstetrícia/Ginecologia, seis internas, um Pediatra e um Anestesiologista que dá apoio nas 24 horas para a realização da técnica da analgesia epidural. Quanto à Equipa de Enfermagem é constituída por vinte e quatro EESMOG, chefiadas por Enfermeira Responsável. A maior parte das Enfermeiras desenvolvem as suas atividades em regime de *Roulement*, exceto a Enfermeira Responsável e uma das EESMOG.

A Equipa Multidisciplinar é ainda constituída por pessoal indiferenciado, de doze assistentes operacionais, uma assistente social, uma psicóloga e duas secretárias de unidade.

O método adotado na prestação de cuidados de Enfermagem no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE é o método Individual, que se baseia no conceito de cuidado global e implica a afetação de um enfermeiro a um único ou mais utentes de acordo com a carga de trabalho (Pinheiro, 1994). É utilizado o processo de enfermagem através do guia de apreciação e do planeamento de cuidados, permitindo a sistematização das atividades a desenvolver. O Modelo de Enfermagem utilizado no Serviço de Obstetrícia é o Modelo de Roper, Logan & Tierney. Este modelo é baseado em doze atividades de vida diária, onde se realiza uma abordagem holística ao utente a fim de se identificar as atividades de vida afetadas para posterior intervenção (Roper, Logan & Tierney, 2001).

O sistema ALERT[®] orientado em linguagem classificação Internacional para Prática de Enfermagem [CIPE], foi introduzido no serviço há cerca de dois anos. Este sistema é utilizado como instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, que fornece dados representativos dessa prática em sistemas de informação de saúde globais (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2000).

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Considera-se nesta secção o conteúdo referente à assistência ao Parto Normal/Natural na perspetiva do exercício como EESMOG.

O Parto Normal/Natural é visto como um processo fisiológico, no qual só se deverá intervir na presença de padrões anormais, identificados durante a sua assistência. A nível internacional e nacional as competências das EESMOG são reconhecidas na assistência ao parto normal. De acordo com as competências das EESMOG é necessário

que esses profissionais adquiram formação adequada e atualizada, para garantir a qualidade assistencial à mulher (FAME, 2007; ICM, 2010; NICE, 2007; OE, 2012; RCM, 2012; Walsh, 2012; WHO, 1996).

No papel de mestrandia e na qualidade de EESMOG desde 2010, partiu-se de uma postura de aprendizagem que possibilitou assistir, observar e refletir sobre a atual assistência nas mulheres em situação de parto normal. Nesse sentido e após reflexão sobre a pesquisa bibliográfica realizada, constatou que esse modelo de assistência obstétrica é crítico, quer para os profissionais quer para as beneficiárias. Acresce e pressupõe que o atual trabalho permita desenvolver, melhorar, adquirir e partilhar competências para um novo modelo assistencial ao parto normal no HESE-EPE.

Concretamente, no que respeita ao tema do Parto Normal as competências do EESMOG referem-se a cuidados dedicados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina (Ordem dos Enfermeiros, 2010), conforme se documenta na Figura 6.

Unidades de Competência	Crítérios de avaliação
<p>Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. - Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção proteção e apoio ao aleitamento materno. - Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
<p>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica e monitoriza trabalho de parto. - Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. - Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto. - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto. - Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto da apresentação pélvica. - Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra – uterina. - Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência. - Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais. - Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.
<p>Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou comitente com a gravidez e ou com o trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos. - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto. - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina. - Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. - Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto. - Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.

Figura 6 Competências do EESMOG relativas ao Parto Normal/Natural

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2012

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

A população é um grupo de elementos que partilham características semelhantes, em que se estabelece critérios para o estudo (Fortin,1999).

Para se identificarem as necessidades da população foi aplicado um instrumento conforme questionário (Apêndice G). As ilustrações nos questionários foram utilizadas com permissão da Instituição de Saúde Clínica Mayo e da Federação Associação das Matronas de Espanha [FAME] (Apêndice H). A construção dos questionários seguiu as diretrizes recomendadas pela OMS.

Após o tratamento dos dados obteve-se o diagnóstico da situação. Deste modo, foi possível a identificação de problemas e necessidades. Assim conduziu-se a elaboração do projeto, contribuindo não só para o percurso académico como para a resolução de um problema na área da saúde, de modo a satisfazer os objetivos da instituição (Tavares, 1990).

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A população de referência do atual Relatório é constituída por dois grupos: 1) os Enfermeiros ESMOG do HESE-EPE que prestam cuidados no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia; 2) as parturientes que acorrem ao HESE-EPE.

3.1.1. Grupo-Alvo de Enfermeiros do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE

A análise estatística debruçou-se sobre aspetos sociodemográficos e da carreira profissional das EESMOG. De seguida apresentam-se os aspetos atrás mencionados (Apêndice I).

No estudo participaram 21 enfermeiras com idades compreendidas entre os 28 e os 52 anos. A moda de idades e a mediana sobrepõem-se com o valor de 45 anos. A média é de 41 anos (DP=8.24). Todos os profissionais são do sexo feminino e dessas enfermeiras quinze têm filhos.

Tendo por referência ao ano de 2013, observou-se que das 14 Enfermeiras que realizaram como formação inicial em Enfermagem o bacharelato, em média, exercem desde há 21,07 anos, variando entre o mínimo de 13 e um máximo de 28 anos.

Nos 19 casos que responderam à questão, a licenciatura foi atingida entre um mínimo de 6 e um máximo de 15 anos. Relativamente, à Especialização em ESMOG regista-se no grupo desde 1998 (há 15 anos) e recentemente, com conclusão em 2013.

3.1.2. Grupo-Alvo das Parturientes do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE

A amostra desta população é constituída por 125 clientes, com idades compreendidas entre os 17 e os 43 anos e média de 30,8 (referida à data de preenchimento do questionário) , (Apêndice J).

Nas 125 clientes, o tempo decorrido entre a entrada e o parto foi em média de 14,5 horas, com um mínimo de 0,17 horas (aproximadamente 10 minutos] e um máximo de 94,58 horas [3,9 dias].

No que respeita às características dos recém-nascidos a média do peso foi de 3,207 Kg e um máximo de 4,050 Kg. Ao 1º Minuto a grande maioria dos RN apresentava um Índice de APGAR de 9 [n=52; 41,6%] ou 10 [n=55; 44%]. Ao 5º Minuto a grande maioria dos RN apresentava um Índice de APGAR de 10 [n=119; 95,2%].

A maioria das clientes apresentou uma gravidez de baixo risco [n=106; 84,8%]; figuram com médio risco 11 [8,8%] e alto risco 8 [6,4%]. Quase todas as participantes recorreram à vigilância da gravidez à exceção de 3 casos. Os locais mais representativos de vigilância da gravidez são respetivamente no HESE (n=47; 37,6%) e clinica privada (n=46; 36,8%). Em média as participantes realizaram 7 consultas, com um mínimo de 2 e um máximo de 20. Verifica-se em 8 participantes que fizeram 3 consultas ou menos [fraca/não vigilância]. Constate-se que das 125 participantes a Dor e a REBA, são os motivos mais frequentes da resolução para a ida para a Maternidade

Quanto à idade gestacional as 40 semanas são as mais representativas à data da entrada na Maternidade. Não foi possível retirar dados do aspeto da carreira profissional destas clientes por inacessibilidade de registos nas plataformas estatísticas do HESE-EPE.

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

Nas Maternidades públicas e privadas o parto normal ainda, é encarado como um parto que necessita de intervenção e medicação. Muitas são as grávidas e suas famílias que desconhecem o direito a um parto normal, como tem sido recomendado pela OMS. A OMS menciona que cerca de 85 a 90 por cento das gravidezes culmina num parto sem complicações ou com necessidade da atuação médico-cirúrgica. A resistência à mudança existe por parte dos profissionais de saúde face aos cuidados ao parto normal. Contudo seria possível e até desejável que se respeitasse todo o processo fisiológico do TP e parto. Atualmente as expectativas dos casais são elevadas e procuram encontrar nos serviços, um ambiente confortável para o nascimento do seu filho. Uma assistência personalizada e com liberdade de escolha, desde que suportada em decisões informadas é um direito que assiste ao casal (OE, 2012).

3.2.1. Necessidades Específicas das Enfermeiras no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia

No modelo assistencial da OMS, é definido um conjunto de práticas, abordando a promoção do parto e nascimento saudáveis e prevenção da mortalidade materna e perinatal. Nesse documento, a partir de uma ampla pesquisa bibliográfica, as mais variadas práticas obstétricas adotadas em todo mundo na assistência ao TP de baixo risco foram avaliadas, com revisão das evidências a favor e contra algumas das mais utilizadas. Após a realização desse estudo, as práticas obstétricas foram classificadas em quatro diferentes categorias:

A - Práticas que são utilmente demonstradas e que deveriam ser encorajadas.

B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas.

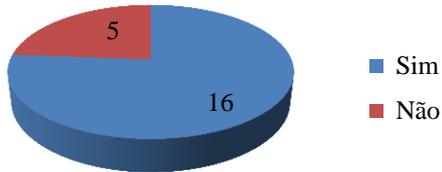
C- Práticas cuja evidência científica é insuficiente para suportar uma clara recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais as clarificam a ser utilizadas.

D - Práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada.

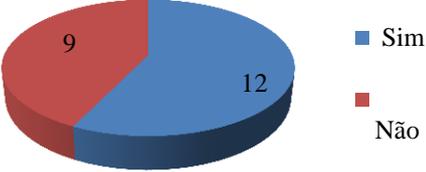
Nas seguintes tabelas e gráficos apresentam-se alguns dos resultados que mais se destacaram durante a assistência no TP e parto. De acordo com as recomendações da OMS e conclusões de estudos científicos atualizados verificou que alguns dos procedimentos ao parto normal continuam a ser desrespeitados.

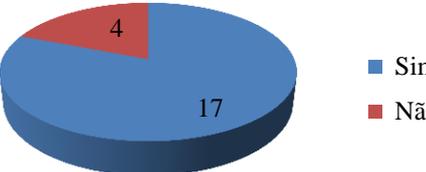
Face à análise dos dados da escala e através de uma amostra de conveniência de 21 participantes, descrevem-se os resultados obtidos das enfermeiras sobre as opiniões e os procedimentos, que fazem em favor e desfavor do parto Normal e suas categorias classificadas de acordo com as práticas da OMS (Apêndice I).

Procedimentos na admissão

<p>A1 - Valorização do Plano de Parto</p>	<p style="text-align: center;">Plano de Parto</p>  <p style="text-align: right;"> ■ Sim ■ Não </p>
<p>Das 21 participantes 16 valorizam o plano de partos como instrumento de utilidade na assistência à parturiente e 5 não valorizam esse instrumento. Consta-se nestes resultados que não estão em conformidade com as respostas obtidas nas parturientes.</p>	<p>O plano de partos é uma prática recomendada a ser encorajada e está classificada na <u>Categoria A</u>. A elaboração de um plano pessoal é aconselhada a ser realizada em conjunto com a mulher durante gravidez, partilhado com o seu companheiro, se possível com a restante família e que determine onde e por quem será assistido o nascimento (WHO, 1996). O plano de partos possibilita um desempenho mais ativo e participativo da mulher em todo o processo de nascimento. Por sua vez, o parto deve ser encarado como uma experiência humana e não meramente fisiológico (Dias & Domingues, 2005). Esse documento deverá ser realizado entre as 28-32 semanas de gestação. A mulher deverá ainda, visitar o hospital de referência. Deste modo, possibilitará à parturiente conhecer as ofertas alternativas da instituição e tomar uma decisão baseada em conhecimento prévio (FAME, 2007). É recomendado ainda, na admissão da mulher que o plano de partos conste no processo clínico e sempre que possível satisfaça os desejos por si enunciados.</p>

Procedimentos durante o trabalho de parto

A4 - Oferta de ingestão de líquidos							
<p>Das 21 participantes 12 responderam que oferecem à parturiente líquidos (água, chá, sumos de fruta...) durante o TP e parto. Verifica-se nestes resultados que não estão de acordo com as respostas obtidas nas parturientes.</p>	<p style="text-align: center;">Ingestão de líquidos</p>  <table border="1"><thead><tr><th>Resposta</th><th>Quantidade</th></tr></thead><tbody><tr><td>Sim</td><td>12</td></tr><tr><td>Não</td><td>9</td></tr></tbody></table>	Resposta	Quantidade	Sim	12	Não	9
Resposta	Quantidade						
Sim	12						
Não	9						
<p>A ingestão de líquidos é uma prática que deve ser encorajada e está classificada na <u>Categoria A</u>. A duração do TP e parto é imprevista e consome uma quantidade enorme de energia, pelo que essas fontes energéticas devem ser repostas. A abstenção de alimentos e líquidos à parturiente é uma prática corrente de muitos países. Contudo, manter essa restrição calórica, não garante a redução do conteúdo gástrico e a prevenção do Síndrome de Mendelson's (Galego & Puertas, 2007; Souza & Reis, 2009). As restrições orais podem conduzir a situações de desidratação e cetose e comprometer o bem-estar materno/fetal (WHO, 1996). Por sua vez, nalgumas mulheres a restrição oral pode ser desagradável e influenciar aspetos negativos na experiência de nascimento (Singata, Tranmer & Gyte, 2013). As práticas baseadas nas evidências científicas recomendam a ingestão de líquidos durante o TP às grávidas de baixo risco e sem complicações.</p>							

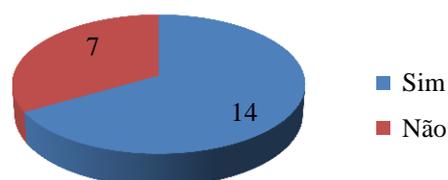
A7 - Respeito pela privacidade							
<p>Das 21 participantes 17 responderam que respeitam a privacidade da parturiente durante o TP e 4 responderam que esse procedimento não é cumprido. Constata-se nestes resultados que estão em conformidade com as respostas obtidas nas parturientes.</p>	<p style="text-align: center;">Privacidade</p>  <table border="1"><thead><tr><th>Resposta</th><th>Quantidade</th></tr></thead><tbody><tr><td>Sim</td><td>17</td></tr><tr><td>Não</td><td>4</td></tr></tbody></table>	Resposta	Quantidade	Sim	17	Não	4
Resposta	Quantidade						
Sim	17						
Não	4						

O direito pelo respeito da privacidade da mulher no local do nascimento é uma prática que deve ser encorajada e está classificada na Categoria A. As evidências científicas têm vindo a demonstrar que o respeito pela privacidade da mulher em TP favorece a evolução do parto. Por conseguinte, a parturiente necessita do seu próprio espaço/quarto e que o número de profissionais de saúde seja limitado e reduzido ao mínimo na assistência durante o TP e parto (WHO, 1996). Para Odent (2011) a oxitocina endógena é necessária e é uma hormona tímida. Para que se produza a hormona oxitócica é fundamental que a mulher em TP seja envolvida num ambiente tranquilo e protegido. Promover uma atmosfera calma e “amigável” possibilita à mulher o controlo da dor mais eficaz na redução do neocortex, sendo um pré-requisito para a ocorrência de partos fáceis (Odent, 2011). O medo gera dor e a dor aumenta o medo, criando um ciclo que necessita de ser interrompido (Rocha & Fonseca, 2010). Para Barragán, Solà, Juando & Prats (2011) a percepção e o controlo da dor no TP são influenciados por múltiplos fatores (psicológico, social, fisiológico e espiritual). O ambiente físico que circunda a mulher durante o TP pode influenciar a sua evolução (FAME, 2007). Ainda, para alguns autores o meio envolvente reduz a ansiedade e o medo, promove a mobilidade e o autocontrolo (Hodnett et al., 2012).

A9 - Acompanhamento da parturiente

Das 21 participantes 14 responderam que é desejável que a parturiente esteja acompanhada durante as 24 horas do dia e 7 responderam que não concordam com a presença do acompanhante. Constata-se nestes resultados que estão em conformidade com as respostas obtidas nas parturientes.

Permanência do acompanhante

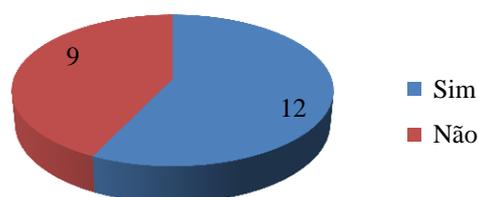


O respeito pela escolha da permanência de um acompanhante na mulher em TP é uma prática que deve ser encorajada e está classificada na Categoria A. A mulher tem o direito de escolher uma pessoa significativa em quem confia para a acompanhar durante todo o processo de nascimento tal como: o seu companheiro, a sua melhor amiga, uma *doula* ou a parteira (FAME, 2007; OE, 2012; WHO, 1996). O sentimento de isolamento da mulher em TP associado à angústia, medo e dor, possibilita a ocorrência de distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais com repercussões futuras mãe/RN e casal (Rocha & Fonseca, 2010). Citado por a OMS (1996) o facto de a mulher estar acompanhada durante o TP, resulta em inúmeros benefícios, como TP mais curtos, menos necessidade de medicação e analgesia epidural, diminuição do número de índices de apgar «7 e menos nascimentos cirúrgicos (Hemminki et al., 1990; Hodnett and Osborn, 1989; Hofmeyr et al., 1991; Klaus et al., 1986). As sucessivas revisões sistemáticas continuam a constatar que o apoio contínuo à mulher durante o TP aumenta a probabilidade de parto vaginal espontâneo, encurta a duração do TP, diminui o uso de analgesia intraparto e menos relatos de insatisfação com a experiência do nascimento (Lobo, Oliveira, Schneck, Silva, Bonadio & Riesco, 2010). O Dec. Lei N.º 57, I série do Diário da República 2014 faz referência aos direitos da mulher grávida em TP. Nesse despacho é referido o direito à escolha de uma pessoa para a acompanhar durante o TP independentemente do período de dia ou da noite.

A21a - Antes do corte do cordão dá imediatamente o RN à mãe

Das 21 participantes 12 responderam que deram imediatamente o RN à mãe para promover a vinculação precoce e 9 não efetuaram o procedimento. Constata-se nestes resultados que estão de acordo com a maior parte das respostas obtidas nas parturientes.

Vinculação precoce



A vinculação precoce através do contacto pele a pele mãe/RN é uma prática que deve ser encorajada e está classificada na Categoria A. Este procedimento tem sido demonstrado que trás benefícios para a díade (FAME, 2007; OE, 2012; WHO, 1996). As evidências têm demonstrado que essas práticas têm tido bons resultados na

amamentação, na estabilização da respiração e dos batimentos cardio-respiratórios e na diminuição do choro do RN (Moore, Anderson, Bergman & Dowswellet, 2012). A mãe necessita sentir o contacto da pele do RN, olhar nos seus olhos e cheirar o odor do seu bebé. Qualquer distração provoca uma inibição da produção da oxitocina, dificultando o início na amamentação e a expulsão da placenta (Odent, 2011). Por outro lado, em múltiplos estudos com bebés prematuros e RN's de termo foi demonstrado, que ocorreu uma menor incidência de anemia a longo prazo, ao executar o pinçar do cordão após decorridos 1 a 3 minutos e com o RN ao nível da placenta ou mais alto (Gonzalez, 2005).

A15 – Aplicação da gestão ativa do 3.º estágio do TP na mulher em risco de hemorragia pós-parto.

Das 21 participantes 18 responderam que não aplicam a gestão ativa do 3.º estágio do TP, 2 efetuam esse procedimento e 1 não respondeu à questão. Verifica-se nestes resultados que não estão de acordo com o que é preconizado pela OMS.



A gestão ativa do 3.º estágio do TP é uma prática que deve ser encorajada e está classificada na Categoria A. A nível mundial a principal causa de morte é a hemorragia pós-parto [HPP]. Define-se HPP como a perda sanguínea de 500 ml ou superior nas 24 horas após o nascimento (WHO, 2012). A incidência da HPP e retenção placentária é aumentada na presença de fatores predisponentes, tais como: múltiparas ou hidrâmnios e TP complicados, aumento da PO, não progressão do TP ou nos partos instrumentados (Soltani, Poulouse & Hutchon, 2011; WHO, 1996). Contudo, é possível selecionar durante a gravidez e no percurso do TP o risco acrescido de complicações no 3.º estágio dessas mulheres. O termo gestão ativa do 3.º estágio do TP surge pela conjugação dos efeitos profiláticos da oxitocina e da tração controlada do cordão, de forma a prevenir a HPP (WHO, 1996). Numa revisão sistemática os autores concluíram que a administração de oxitocina antes e depois da expulsão da placenta não teve qualquer influência significativa sobre muitos resultados clinicamente importantes, tais como: a incidência de HPP, retenção placentária ou na duração do 3.º

estádio do TP (Soltani, Hutchon, Poulouse, 2010). No entanto a OMS/WHO (2012) continua a recomendar em todos os nascimentos, o uso de uterotónicos (oxitocina-10 unidades EV/IM) como prevenção da HPP durante o 3.º estágio do TP.

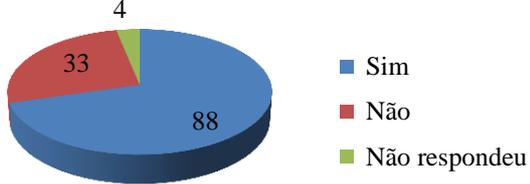
3.2.2. Necessidades Específicas das Parturientes do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia

Após análise dos questionários aplicados às utentes descrevem-se os resultados da perceção e opinião das parturientes sobre os procedimentos que se fazem em favor do parto Normal/Natural e obteve-se os seguintes resultados (Apêndice J).

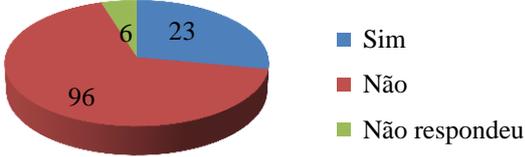
Face à perceção das participantes, a cervicometria à hora de entrada na Maternidade era superior a 4cm em 21 casos (18,2%). Os dados mais representativos estão nas participantes cuja perceção sobre a dilatação está abaixo de 4cm e 10 participantes não responderam à questão. De acordo com a perceção das participantes, a rotura de membranas foi provocada em 69 casos (57.5%) e 5 participantes não responderam. Considerando as 69 participantes que referem ter sido realizada a rotura de membranas, das 61 que responderam à questão, a maioria apercebeu-se que tal ocorreu quando a dilatação se encontrava entre 6-8 cm. A maior parte das participantes teve recurso a analgesia epidural (n=77; 62.1%) e ter ocorrido parto normal/vaginal (n=83; 66.4%). Em 25% das participantes o parto vaginal ocorreu com aplicação de fórceps/ventosa (n=31; 24,8%) e em 9% das participantes foram submetidas ao parto cirúrgico/cesariana (n=11; 8,8%). Em média, numa escala de 0 a 100, o nível médio de dor recordado pelas participantes é de 77,98 (DP=21.96). Cerca de 43% participantes refere um nível de dor ≥ 90 . Em média, numa escala de 0 a 100, o nível médio recordado pelas participantes quanto ao apoio proporcionado pelas enfermeiras durante o TP é de 74,62 (DP=26,35).

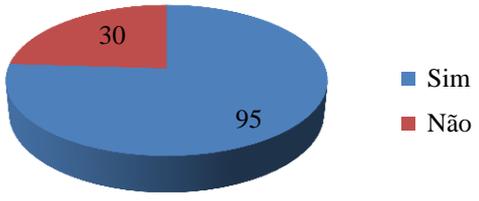
Seguidamente destacam-se os resultados que foram mais representativos nas mulheres durante a assistência ao parto normal/natural assistido (Apêndice J).

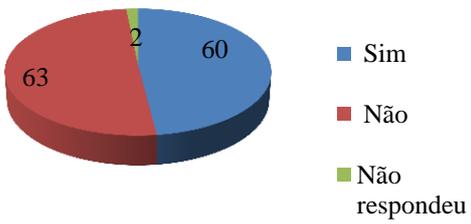
Procedimentos na admissão

B1 – No momento da admissão foi fornecido Microlax	<p style="text-align: center;">Microlax</p>  <table border="1"><thead><tr><th>Resposta</th><th>Quantidade</th></tr></thead><tbody><tr><td>Sim</td><td>88</td></tr><tr><td>Não</td><td>33</td></tr><tr><td>Não respondeu</td><td>4</td></tr></tbody></table>	Resposta	Quantidade	Sim	88	Não	33	Não respondeu	4
Resposta	Quantidade								
Sim	88								
Não	33								
Não respondeu	4								
<p>Das 125 participantes 88 responderam que a enfermeira lhe forneceu Microlax, 33 responderam que não foi efetuado esse procedimento e 4 não responderam à questão. Verifica-se nestes resultados que estão conforme as respostas obtidas nas enfermeiras.</p> <p>A utilização do enema/microlax ou esvaziamento do reto, no início do trabalho de parto é uma prática que deve ser eliminada e está classificada na <u>Categoria B</u>. Essa prática reflete uma preferência por parte dos profissionais de saúde no momento da admissão e pode causar desconforto à mulher. Pressupõem-se que o procedimento auxilie a descida da cabeça fetal, que diminua o risco de infecção local e que estimule a contratilidade uterina. Numa revisão sistemática concluíram que o uso do enema não têm efeitos significativos nas taxas de infecções do períneo e feridas, infecções neonatais e na satisfação da mulher (Reveiz, Gaitán & Cuervo, 2013). Embora o ato de evacuar no período expulsivo do parto seja pouco comum e represente constrangimento para algumas mulheres, a realização ou não do enema deve ser uma decisão da parturiente (WHO, 1996).</p>									

Procedimentos durante o trabalho de parto

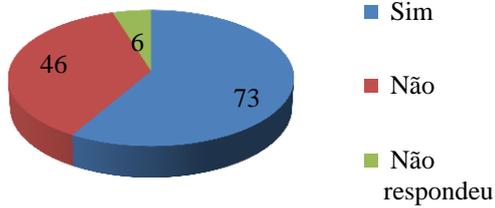
B3a - Administração de soros									
<p>Das 125 participantes 96 responderam que as enfermeiras lhe colocaram soro justificando a necessidade, 23 responderam que não foi efetuado esse procedimento e 6 não responderam à questão. Constatase nestes resultados que não estão totalmente de acordo com as respostas obtidas nas enfermeiras.</p>	<p style="text-align: center;">Colocação de soro</p>  <table border="1"><caption>Dados do Gráfico de Pizza: Colocação de soro</caption><thead><tr><th>Resposta</th><th>Quantidade</th></tr></thead><tbody><tr><td>Sim</td><td>23</td></tr><tr><td>Não</td><td>96</td></tr><tr><td>Não respondeu</td><td>6</td></tr></tbody></table>	Resposta	Quantidade	Sim	23	Não	96	Não respondeu	6
Resposta	Quantidade								
Sim	23								
Não	96								
Não respondeu	6								
<p>A administração de fluídos EV é uma prática corrente que pode ser prejudicial, deveria ser eliminada e está classificada na <u>Categoria B</u>. É frequente o tratamento com infusões de glucose EV e fluidos, que acarreta riscos para a mulher e feto. A prescrição da hidratação venosa no parto normal, é justificada para evitar a desidratação, o que seria desnecessário se fossem oferecidos líquidos e alimentos leves à parturiente (WHO, 1996). A restrição oral interfere com o processo natural do nascimento e limita a liberdade de movimentos da mulher (FAME, 2007). As evidências científicas têm vindo a demonstrar que não há justificação para esse procedimento rotineiro durante o TP nas mulheres de baixo risco. A parturiente deve ter informação, autonomia e acesso aos alimentos e líquidos que necessita consumir, não existindo evidências que suportem o agravamento de complicações dessa prática durante o TP (Singata et al., 2013). No que respeita aos equipamentos plásticos hospitalares o Instituto Nacional do Ambiente das Ciências de Saúde e o Programa Nacional de Toxicologia descobriram efeitos tóxicos dos “ftalatos” na saúde. O “ftalato” mais comum é o “di-etil-hexilo ftalato” que está adicionado ao material plástico (cloreto de polivinilo) hospitalar, soros, catéteres, tubos EV, etc... Num desses estudos os autores encontraram altas concentrações de “ftalato” metabolizado na urina e foram associados a um menor coeficiente de inteligência em 667 crianças do 9.º ano de escolaridade (Odent, 2011).</p>									

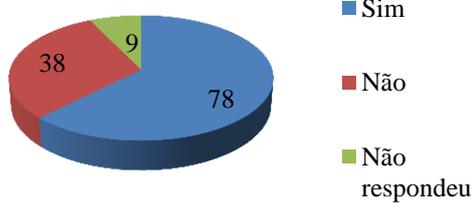
<p>D2b – Método farmacológico para o alívio da dor</p>	<p style="text-align: center;">Analgesia epidural</p>  <p style="text-align: right;"> ■ Sim ■ Não </p>
<p>Das 125 participantes 95 responderam que as enfermeiras não recomendaram a analgesia epidural sem ser solicitada e 30 responderam que esse método foi incentivado. Verifica-se nestes resultados que estão de acordo com as respostas obtidas nas enfermeiras.</p>	
<p>A analgesia epidural é um método farmacológico mais utilizado para o alívio da dor no TP normal. É uma prática frequentemente utilizada de forma inapropriada e está classificada na <u>Categoria D</u>. O recurso à analgesia epidural prolonga o 1.º estágio do TP e por sua vez aumenta a frequência do uso da oxitocina (WHO, 1996). Em vários estudos são reportados um número acrescido de partos instrumentais, em especial se o efeito analgésico for mantido no 2.º estágio do TP, suprimindo os reflexos dos esforços expulsivos (Kemp, Kingswood, Kibuka & Thornton, 2013). Citado por Walsh (2012) a analgesia epidural altera a fisiologia do TP, relaxa o assoalho pélvico (Sartore et al. 2003), prolonga o 2.º estágio e a descida da oxitocina endógena (Rahm et al., 2002), aumenta a necessidade de perfusão oxitócica, reduz as beta-endorfinas endógenas (Jouppila et al., 1983) que inibem o movimento e diminui a adrenalina no 2.º estágio, necessária para maximizar o período expulsivo (Neumark et al., 1985). Num outro estudo os autores concluíram ainda, que a analgesia epidural no TP teve um impacto negativo sobre o aleitamento materno nas primeiras 24 horas de vida e que não inibiu o percentual de tentativas na amamentação na primeira hora de vida do RN (Baumgarder, Muehl, Fischer & Pribbenow, 2003). Face às evidências científicas é necessário que se forneça informação à mulher sobre o alívio da dor no TP e parto, incluindo todas as opções existentes e não informar apenas das vantagens e desvantagens da analgesia epidural (FAME, 2007; WHO, 1996).</p>	

<p>A15 - Liberdade para se movimentar e adotar as posições durante o TP</p>	<p style="text-align: center;">Liberdade de movimentos</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Resposta</th> <th>Quantidade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sim</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>Não respondeu</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Resposta	Quantidade	Sim	60	Não	63	Não respondeu	2
Resposta	Quantidade								
Sim	60								
Não	63								
Não respondeu	2								
<p>A liberdade de movimentos e a escolha das posições a adotar durante o TP, é uma prática que deve ser encorajada e está classificada na <u>Categoria A</u>. A OMS (1996) refere a prevalência da posição supina e que muitas são as opções em aberto para as mulheres em TP. No entanto os condicionalismos predominam e limitam essas opções às parturientes. Tal como as estruturas dos quartos para o nascimento, as camas convencionais, protocolos ou a presença de soros EV de rotina e/ou equipamentos. As evidências científicas continuam a recomendar a liberdade de escolha da mulher quanto à posição a adotar e a desincentivar a posição supina durante o TP. Num estudo comparativo na posição vertical <i>versus</i> supina concluíram nas primeiras, que reduziram o risco de nascimento por cesariana, menos necessidade de recorrer à analgesia epidural, diminuiu a possibilidade do RN ser admitido na unidade neonatal (Lawrence, Lewis, Hofmery & Styles, 2013). A posição vertical no TP pela ação da gravidade favorece o trajeto e descida fetal, impede a compressão dos grandes vasos maternos, aumenta os diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio acidobásico e melhora a eficácia da contratilidade uterina (Mamede, Mamede & Dotto, 2007). Noutro estudo com 938 mulheres concluíram em 12,78% que utilizaram a movimentação tiveram menos dor, diminuiu o tempo do TP e sentiram-se mais confortáveis (Rocha & Fonseca, 2010). A liberdade de movimentos e adotar posições alternativas é primordial no TP normal e nascimento fisiológico. Contudo é necessário facultar informação às utentes sobre as vantagens e desvantagens de cada posição a utilizar. Por outro lado, os profissionais de saúde devem adquirir competências e confiança para assistir as mulheres nas posturas verticais (FAME, 2007; Walsh, 2012).</p>									

Procedimentos no período expulsivo

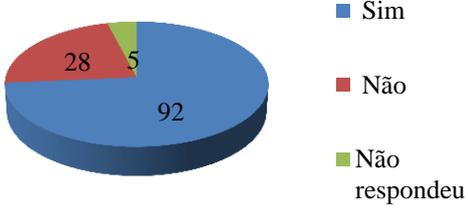
D10 - Dilatação completa e esforços instruídos	Esforços expulsivos sem vontade								
Das 125 participantes 84 responderam que não lhe disseram para fazer força sem vontade, 35 que lhe disseram para efetuar esse procedimento e 6 não responderam à questão. Verifica-se nestes resultados que não estão totalmente conforme as respostas obtidas nas enfermeiras.	<table border="1"><thead><tr><th>Resposta</th><th>Quantidade</th></tr></thead><tbody><tr><td>Sim</td><td>35</td></tr><tr><td>Não</td><td>84</td></tr><tr><td>Não respondeu</td><td>6</td></tr></tbody></table>	Resposta	Quantidade	Sim	35	Não	84	Não respondeu	6
Resposta	Quantidade								
Sim	35								
Não	84								
Não respondeu	6								
<p>Os esforços instruídos ou dirigidos é uma prática que deve ser utilizada com precaução e está classificada na <u>Categoria D</u>. É uma prática frequentemente utilizada na parturiente com dilatação completa para abreviar o segundo estágio do TP. A mulher é encorajada a utilizar a Manobra de Valsava [MV], respira, cerra a glote e faz força durante 10-30 segundos. As evidências referem que esse procedimento não parece trazer nenhum benefício, mas sim comprometer a troca gasosa materna/fetal (RCM, 2012; WHO, 1996). Vários fisiólogos identificaram, que a MV pode prejudicar o balanço ácido-base do feto, os Índices de Apgar e a oxigenação cerebral. Por sua vez, pode também interferir com o atraso do segundo estágio do TP, aumentar a fadiga materna, causar danos na estrutura do assoalho pélvico e disfunções na bexiga (Lemos, Amorim, Dornelas, Souza, Cabral & Correia, 2013). Respirar normalmente é um ato inconsciente, sendo voluntário e controlado na atividade induzida pelos mecanismos fisiológicos do TP. Para as mulheres com doses leves de analgesia epidural é uma boa prática maximizar o comportamento fisiológico da seguinte forma: combinar os esforços expulsivos (no máximo três “puxos” durante a contração) de glote aberta (6-8 segundos) e em posição vertical (Walsh, 2012).</p>									

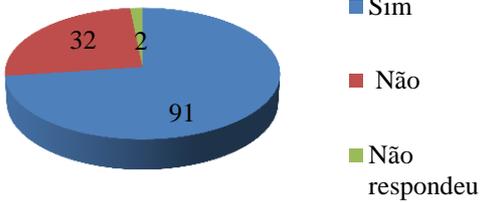
<p>C3 - Pressão do fundo uterino no 2.º estágio do TP</p>	<p style="text-align: center;">Manobra de Kristeller</p> 
<p>Das 125 participantes 73 responderam que lhe carregaram na barriga para ajudar o bebê a sair, 46 responderam que não efetuaram esse procedimento e 6 não responderam à questão. Constata-se nestes resultados que estão de acordo com as respostas obtidas nas enfermeiras.</p>	
<p>A Manobra de Kristeller ou pressão no fundo uterino é uma prática que deve ser utilizada com precaução e está classificada na <u>Categoria C</u>. É uma prática corrente de muitos países que se destina a abreviar o nascimento e a reduzir os nascimentos instrumentais (WHO, 1996). No entanto desaconselha-se o procedimento pelo desconforto que pode causar à mulher e por provocar potenciais riscos na saúde mãe/RN. Numa revisão sistemática concluíram que essa prática pode gerar, rutura uterina, danos do esfíncter, fraturas de danos cerebrais no RN, aumento da transfusão sanguínea entre mãe/RN, desconforto/insatisfação materna e aumento severo de danos perineais de lacerações de 3.º e 4.º grau (Philippus, Hoogsteder & Pijenenborg, 2010; Verheijen, Raven & Hofmeyr 2009).</p>	

<p>D13 – Utilização da episiotomia</p>	<p style="text-align: center;">Episiotomia</p> 
<p>Das 125 participantes 78 responderam que se realizou a episiotomia, 38 responderam que esse procedimento não foi efetuado e 9 não responderam à questão. Verifica-se nestes resultados que estão em conformidade com as respostas obtidas nas enfermeiras.</p>	

A episiotomia é uma prática frequentemente utilizada de forma inapropriada e está classificada na Categoria D. A OMS recomenda o uso da episiotomia com taxas aceitáveis entre os 10% a 15%. Numa revisão sistemática os autores concluíram que políticas restritivas da episiotomia parecem ter uma série de benefícios comparadas com as políticas baseadas na episiotomia de rotina, tais como: redução de posterior trauma perineal, menos necessidade de sutura e complicações na cicatrização, nenhuma diferença para a medida da dor e trauma vaginal ou perineal grave e aumento do risco de dano perineal anterior com episiotomia restritiva (Carroli & Mignini, 2012). Os métodos propostos para diminuir a incidência dos traumas perineais são: massagens perineais no pré-natal, aplicação de compressas quentes no períneo durante o TP (Beckmann & Stock, 2013) e distensão suave dos tecidos perineais (Carroli & Mignini, 2012; WHO, 1996). As evidências científicas recomendam a episiotomia seletiva nas seguintes situações: sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de 3.º grau ou ocorrência de laceração de 3.º grau em parto anterior (Rocha & Fonseca, 2010; WHO, 1996). Contudo essa prática favorece uma maior perda sanguínea, não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto (Pereira, Azevedo, Medina, Lima & Schroeter, 2012). Citado por Walsh (2012), após um estudo concluiu-se que ocorreu uma diminuição nas taxas de episiotomias nas induções do TP e na utilização de ventosa se usada com moderação, associada aos “puxos” espontâneos e em posições alternativas durante o parto (Raisanen et al., 2010). No entanto constata-se ainda, que a episiotomia continua a ser um procedimento realizado sem qualquer consentimento prévio da mulher. O estabelecimento de estratégias com os profissionais de saúde e com as mulheres é necessário para diminuir a prática sistemática da episiotomia (FAME, 2007).

Procedimentos após o período expulsivo

A21a – Logo a seguir ao bebé sair do canal vaginal o RN foi abraçado pela mãe.	<p style="text-align: center;">Abraçar o RN</p>  <table border="1"><thead><tr><th>Resposta</th><th>Quantidade</th></tr></thead><tbody><tr><td>Sim</td><td>92</td></tr><tr><td>Não</td><td>28</td></tr><tr><td>Não respondeu</td><td>5</td></tr></tbody></table>	Resposta	Quantidade	Sim	92	Não	28	Não respondeu	5
Resposta		Quantidade							
Sim	92								
Não	28								
Não respondeu	5								
Das 125 participantes 92 responderam que após o parto as enfermeiras deram de imediato o RN à mãe para lhe pegar e ser abraçado, 28 responderam que não foi efetuado esse procedimento e 5 não responderam à questão. Verifica-se nestes resultados que estão de acordo com a maior parte das respostas obtidas nas enfermeiras.	<p>Pegar e abraçar o RN logo após o nascimento promove o contacto pele a pele. Prática que deve ser encorajada e está classificada na <u>Categoria A</u>. As evidências científicas referem que o contacto pele a pele entre mãe e bebé trás benefícios para ambos, tais como: reduz o choro do RN, estabiliza os batimentos cardio-respiratórios, evita a hipotermia e auxilia a mãe para o sucesso da amamentação (Moore et al., 2012; Walsh, 2012). No estudo de Mikiel-Kostyra, os RNs que estiveram pelo menos 20 minutos em contacto “pele a pele” com a mãe foram amamentados de forma exclusiva durante mais 1,3 meses e foram desmamados 2,1 meses mais tarde do que aqueles que não disfrutaram desse contacto inicial (Gonzalez, 2005). Para Odent (2002) esse procedimento possibilita o contacto olho a olho com os cérebros ainda impregnados com hormonas do tipo morfina, facilitando à díade o início do apego. No entanto é necessário que se assegure um ambiente adequado na sala de partos e a uma temperatura de 26 graus. No cuidado imediato ao RN saudável e durante o contacto pele a pele deve-se proceder da seguinte forma: limpar e colocar um gorro na cabeça, envolvê-lo num pano pré-aquecido e aspirar com uma gaze as secreções da boca e nariz. Este procedimento evita a perda de calor do RN, que é um problema metabólico frequente que pode ocorrer, caso não se mantenha uma atitude cuidadosa (WHO, 1996; FAME, 2007). Por conseguinte a separação mãe/RN acarreta riscos para o RN e é uma prática sem justificação científica (Gonzalez, 2005).</p>								

<p>A21b – As enfermeiras ajudaram a puérpera a dar de mamar.</p>	<p style="text-align: center;">Apoio 1.ºs 30 min. vida do RN</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Resposta</th> <th>Quantidade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sim</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>Não respondeu</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Resposta	Quantidade	Sim	91	Não	32	Não respondeu	2
Resposta	Quantidade								
Sim	91								
Não	32								
Não respondeu	2								
<p>Das 125 participantes 91 responderam que a enfermeira ajudou a amamentar o RN nos primeiros 30 minutos, 32 responderam que não foi efetuado esse procedimento e 2 não responderam à questão. Consta-se nestes resultados que estão de acordo com as respostas obtidas nas enfermeiras.</p>									
<p>O início da amamentação nos primeiros 30 minutos do RN é uma prática que deve ser encorajada e está classificada na <u>Categoria A</u>. Promover esta prática nas salas de partos acarreta benefícios para o sucesso na amamentação. As vantagens do apoio fornecido nesse período de vida do RN e mãe, são os seguintes: estimula a libertação da oxitocina, favorece a contratilidade uterina e menor sangramento, ocorre precocemente a subida de leite, melhor reflexo de sucção do RN provocando uma pega correta na mama (FAME, 2007; WHO, 1996). Neste processo fisiológico mãe/RN não devem ser perturbados por rituais ou procedimentos desnecessários (Walsh, 2012). A OMS/UNICEF (2003) determinou dez medidas importantes para o sucesso no aleitamento materno [AM]. Ajudar as mães a iniciarem o AM na primeira meia hora após o nascimento é o quarto passo dessas medidas estabelecidas. Para atingir essa meta é necessário que os profissionais de Saúde Materna Obstétrica adquiram formação e competências sobre AM e que procedam ao cumprimento dessas normas (Gonzalez, 2005).</p>									

3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO

Em Portugal surgem movimentos nacionais como apoiantes e promotores de Centros de Parto Normal como as iniciativas da Confraria das Parteiras e a Associação de Enfermeiras Obstetras. Numa visão alternativa do parto, procura-se uma assistência personalizada, com atenção à informação da mulher, para que seja o centro em todo este processo (Kitzinger, 2004).

As evidências científicas têm vindo a referir que os centros alternativos de parto normal integrados em instituição hospitalar estão associados a menor taxa de intervenção medicalizada, maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, maior satisfação materna, maior probabilidade de aleitamento materno exclusivo medido aos 1º e 2º meses pós-parto, sem aumento de risco para as mães e crianças (Hodnett et al., 2012).

Num estudo realizado numa maternidade do Rio de Janeiro e envolvidas 938 parturientes, a maioria das mulheres tinha idades compreendidas entre 20-35 anos. Concluiu-se que em 12,78% das mulheres, que utilizaram a movimentação tiveram menos dor, que diminuiu o tempo de trabalho de parto e que se sentiram mais confortáveis (Rocha & Fonseca 2010). Em vários estudos onde estiveram envolvidas 5.218 mulheres, concluiu-se que as mulheres no início de trabalho de parto que adotaram posições de pé *versus* deitadas na cama tiveram menos necessidade de recorrer à analgesia epidural (Lawrence et al., 2013).

Através de uma revisão da literatura sobre "Liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto", os autores concluíram que são vários os benefícios para a mãe e feto. Num desses estudos citaram que a posição vertical assegura melhor as trocas materno-feto placentárias durante mais tempo e que diminui o risco de sofrimento fetal (Mamede, Almeida & Clapis, 2004).

Na generalidade estes estudos revelam que é importante considerar, que as utentes e instituições devem ser informadas sobre os benefícios dos contextos de cuidados que proporcionam um apoio ao parto normal.

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Inicialmente o recrutamento das enfermeiras foi através de conversas informais e esclarecidas sobre os atuais paradigmas na assistência ao parto normal. A maioria das enfermeiras colaborou, à exceção de uma enfermeira que se recusou a participar no estudo. As datas de aplicação do questionário ocorreram nos finais do mês setembro e início do mês outubro de 2013.

Quanto ao recrutamento das parturientes o questionário foi aplicado aproximadamente após as 12 horas pós-parto. Nenhuma das parturientes se recusou a participar no estudo. Durante o período de recolha de dados, entre setembro de 2013 e

março 2014, ocorreram no HESE-EPE 416 partos. Destes 177 partos foram resoluções cirúrgicas para cesarianas, sendo destas 98 eletivas, 58 distócicos e 181 eutócicos.

Tendo-se retirado no estudo atual as cesarianas eletivas [n=98; 23,55%], a amostra analisada apresenta-se no quadro abaixo, conforme Figura 7.

C14 – Último Parto					
Set/2013-Março/2014	N	%	Valid %	Cumulative %	
Valid	Normal Vaginal	83	66,4	66,4	66,4
	Ferros/Ventosa	31	24,8	24,8	91,2
	Cesariana	11	8,8	8,8	100,0
	Total	125	100,0	100,0	

Figura 7 Distribuição do tipo de partos na amostra
 Fonte: Resultados do estudo actual-2013/2014

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

O objetivo de um estudo é definido como um enunciado afirmativo que define as variáveis-chave, a população e a orientação da investigação (Fortin,1999).

Os objetivos correspondem aos resultados usados em termos de estado que se pretende para a população alvo e que devem conter mensagens sobre comportamentos da população a que se destinam (Tavares, 1990).

Este Projeto possui interesse na medida em que alarga a oferta de opções à parturiente. Os cuidados de saúde deveriam implementar projetos desta natureza, que visam otimizar a qualidade assistencial.

4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O objetivo geral do projeto de intervenção profissional é preparar a criação de um espaço de nascimento em meio hospitalar para a assistência ao parto normal/natural assistido. Os objetivos específicos neste relatório visam demonstrar a exequibilidade de um programa de apoio quer à parturiente quer aos profissionais de saúde do HESE-EPE.

- ✓ **Objetivo 1:** Caracterizar o diagnóstico da situação na assistência, relativamente ao parto normal.
 - Identificação de procedimentos na assistência do parto normal;
 - Apresentação dos resultados às EESMOG.

- ✓ **Objetivo 2:** Informar a equipa sobre as correntes atuais do parto normal.
 - Atualização das práticas na assistência do parto normal.

- ✓ **Objetivo 3:** Criar instrumentos de apoio à vigilância ao parto normal.
 - Uniformização de procedimentos e normas na assistência do parto normal.

- ✓ **Objetivo 4:** Realizar a orçamentação de material necessário ao parto normal.
 - Preparação para a criação de um espaço de nascimento ao parto normal.

- ✓ **Objetivo 5:** Divulgar o projeto do modelo assistencial ao parto normal.
 - Informação às clientes sobre as diferentes escolhas oferecidas no HESE.

Os protocolos são instrumentos que estabelecem procedimentos, que orientam atividades a prestar facilitando a rápida comunicação e articulação técnica dos elementos da equipa (Santos, 1999). No que diz respeito ao Parto Normal/Natural traçaram-se os seguintes objetivos:

- ✓ **Objetivo 1:** Criar cartaz ilustrativo
 - Divulgação sobre as posições de conforto no alívio da dor durante o TP e parto.

- ✓ **Objetivo 2:** Criar guia informativo
 - Informação e esclarecimento sobre as vantagens das posições a adotar no alívio da dor no TP e parto.

- ✓ **Objetivo 3:** Criar manual de assistência
 - Promoção e informação sobre as boas práticas no parto normal.

- ✓ **Objetivo 4:** Criar protocolo a curto prazo - assistência na promoção do parto normal.
 - Uniformização de procedimentos no parto normal/natural assistido.

4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM O GRUPO-ALVO DAS ENFERMEIRAS

A apresentação e declaração formal do início de um projeto é um passo necessário, já que assim, perante outros, se apresenta as diretrizes, a natureza. Além

disso há oportunidade de exibir os líderes e do reconhecimento público das ideias e ideias que perfilham, assim sendo descrevem-se os objetivos a atingir a este grupo-alvo:

- ✓ **Objetivo 1:** Descrever o grau de utilidade ao instaurar o Projeto no HESE-EPE, na perspetiva dos cuidadores;
- ✓ **Objetivo 2:** Informar às EESMOG sobre as correntes atuais do parto normal/natural assistido;
- ✓ **Objetivo 3:** Sensibilizar a equipa para a adesão ao projeto;
- ✓ **Objetivo 4:** Realizar um diagnóstico de situação na perspetiva das beneficiárias do HESE-EPE;
- ✓ **Objetivo 5:** Envolver a equipa nas práticas assistenciais do parto normal.

4.3. OBJETIVOS A ATINGIR COM O GRUPO-ALVO DAS PARTURIENTES

- ✓ **Objetivo 1:** Descrever o grau de utilidade ao instaurar o Projeto no HESE-EPE, na perspetiva dos beneficiários;
- ✓ **Objetivo 2:** Realizar um diagnóstico de situação na perspetiva das beneficiárias do HESE-EPE.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

As intervenções são atividades desenvolvidas ao longo do projeto, a fim de dar cumprimento aos objetivos delineados.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Com o objetivo de informar as atividades do projeto de estágio realizaram-se as seguintes intervenções:

- ✓ **Objetivo 1:** Perspetivar a realização do projeto de estágio.
 - Pedido de autorização para realização do projeto no HESE-EPE.
(Apêndice K).

- ✓ **Objetivo 2:** Informar a equipa sobre o projeto de estágio.
 - Apresentação do projeto de estágio à equipa (Apêndice L).

- ✓ **Objetivo 3:** Conhecer uma estrutura física de sala de partos e o modelo de assistência no parto normal.
 - Pedido de autorização ao Hospital de S. João do Porto para a realização da visita ao Bloco de partos.
 - Informação *in loco* sobre procedimentos, normas, protocolos na assistência à grávida de baixo risco durante o TP e parto.

- ✓ **Objetivo 4:** Elaborar documento sobre essa visita.
 - Realização de relatório da visita (Apêndice M).

- ✓ **Objetivo 5:** Possibilitar informação às EESMOG através de partilha de saberes sobre o parto normal.
 - Participação formativa no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia da Enfermeira Chefe do BP do Hospital Garcia de Orta-EPE, Almada.

Com o objetivo de posteriormente criar protocolo (um novo modelo) de assistência ao parto Normal realizaram-se as seguintes intervenções:

- Identificação da necessidade de criar um espaço em meio hospitalar;
- Identificação dos recursos materiais e humanos necessários;
- Caracterização do modelo assistencial das EESMOG;
- Caracterização da percepção das parturientes da assistência ao parto;
- Caracterização da satisfação dessas parturientes;
- Informação dos resultados às EESMOG sobre o atual modelo de Assistência;
- Divulgação do novo modelo assistencial ao parto normal.

5.2. METODOLOGIAS

Nesta fase foram determinados os métodos a utilizar para obter as respostas às questões formuladas. Desse modo, definiu-se a população alvo, procedeu-se ao diagnóstico da situação através do questionário. Foram analisados, interpretados e comunicados os resultados às EESMOG. Após análise dos resultados das parturientes, identificaram-se as necessidades desta população.

5.2.1. Estratégias Pessoais de Desenvolvimento de Competências

O desenvolvimento para a aquisição de competências decorreu de diversas atividades de carácter intelectual, da prática clínica, de interação socioprofissional e de investigação, no sentido da aproximação às características definidas pela Ordem dos Enfermeiros quanto ao perfil do EESMOG. As estratégias foram as seguintes:

- Investimento em fontes do conhecimento.
 - Investimento no conhecimento *in loco* de um serviço de assistência ao parto normal/natural assistido.
-
- ✓ Investimento em fontes do conhecimento
 - Atualização de conhecimentos através da literatura.
 - Pesquisa em estudos científicos sobre o tema.

5.2.2. Recolha de dados sobre os conhecimentos relativos a parto normal/natural nos enfermeiros do serviço de Obstetrícia/Ginecologia

Face à análise dos dados descrevem-se os resultados sobre as opiniões das enfermeiras quanto ao nível de ajuda que as posições e medidas de alívio da dor podem ter para a mulher em TP e parto.

Posições durante o trabalho de parto

Constatou-se que a posição mais representativa para as 21 enfermeiras foi a posição com a parturiente deitada de lado, andar e estar em pé apoiada no acompanhante. Nas restantes questões como balanceio na bola, movimentos rítmicos sentada, gatas, agachamento, inclinação com costas livre ou sobre a perna de apoio e apoio balanceado são pouco representativas.

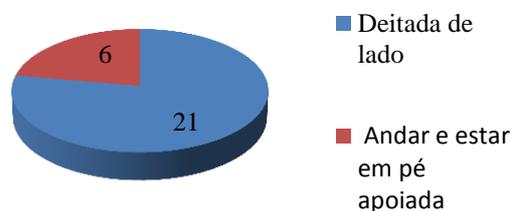
A OMS recomenda que a mulher grávida de baixo risco sem complicações deve ter um papel mais participativo durante o TP. Para tal a mulher deve ser encorajada a adotar qualquer posição por si escolhida e evitar períodos prolongados como deitada de costas.

No seguinte gráfico apresentam-se os resultados mais representativos das enfermeiras que utilizam a favor do parto normal (Apêndice I).

Secção 2 - Posição deitada de lado (1), Andar e estar em pé apoiada no acompanhante (2).

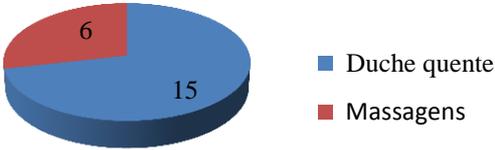
Todas as 21 participantes responderam que com a parturiente deitada de lado é a posição que mais ajuda durante o TP. Na posição vertical, andar e estar em pé apoiada no acompanhante responderam apenas 6 enfermeiras. Verifica-se nestes resultados que essas posições estão de acordo com as respostas obtidas nas parturientes.

Posições TP

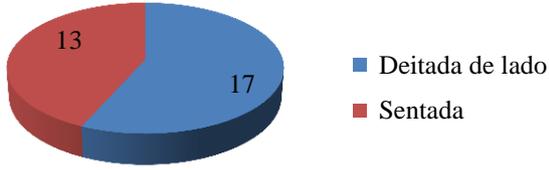


A posição deitada de lado, mobilidade e vertical é uma prática que deve ser encorajada e está classificada nas Categoria A. A posição da mulher no primeiro e segundo estágio do TP pode afetar as condições do feto. Dessa forma as evidências científicas têm vindo a demonstrar e a recomendar a posição vertical *versus* posição supina com benefícios para o bem-estar materno/fetal (FAME, 2007; Walsh, 2012). Promover essa prática no primeiro estágio de TP resulta TP mais curtos, reduz o risco de cesariana, menos intervenções desnecessárias, diminui a necessidade de analgesia epidural e aumenta a satisfação (Lawrence et al., 2013). Citado por Walsh (2012) a mobilidade promove contrações mais eficazes, encurta o TP, menos necessidade de perfusões oxitócicas, diminui os partos instrumentados e menos *distress* fetal (Alberts et al., 1997; Flynn et al., 1978, Read et al., 1981). A mulher deve ser estimulada a experimentar posições confortáveis, evitando longos períodos em decúbito dorsal e apoiadas nessas escolhas (Brüggemann, Knobel, Siebert, Boing & Andrezzo, 2009). No entanto a OMS (1996) refere como sendo importante um investimento de conhecimentos sobre as vantagens e disposição para assistir às mulheres nas várias posições de TP.

Medidas de alívio da dor no trabalho de parto

Secção 3 - Duche quente (1) e massagens (2).	<p style="text-align: center;">Medidas de alívio da dor</p>  <p>■ Duche quente ■ Massagens</p> <table border="1"><thead><tr><th>Medida</th><th>Número de Participantes</th></tr></thead><tbody><tr><td>Duche quente</td><td>15</td></tr><tr><td>Massagens</td><td>6</td></tr></tbody></table>	Medida	Número de Participantes	Duche quente	15	Massagens	6
Medida		Número de Participantes					
Duche quente	15						
Massagens	6						
<p>No total das 21 participantes 15 responderam que o duche quente é um método de ajuda para o alívio da dor durante o TP e apenas 6 consideraram importante a técnica da massagem. Constata-se nestes resultados que não estão conforme as respostas obtidas nas parturientes.</p>							
<p>As medidas para o alívio da dor é uma prática que deve ser encorajada e está classificada na <u>Categoria A</u>. A experiência da dor nas mulheres em TP é o produto de uma acumulação de estímulos fisiológicos e socioculturais, que estão relacionados com a interpretação pessoal de cada mulher (Barragán et al., 2011). O alívio da dor durante o TP contribui para aumentar o bem-estar físico e emocional da mulher e deverá ser um cuidado prioritário da parteira (FAME, 2007). Citado por Smith, Levett & Collins (2011), a gestão da dor para ser eficaz e satisfatória necessita de ser individualizada para cada mulher e pode ser influenciada por dois paradigmas, o trabalho da dor ou o alívio da dor (Leap, 2010). As terapias complementares no alívio da dor ativam os recetores sensoriais periféricos, tais como: o apoio contínuo à mulher, a liberdade de movimentos, a hidroterapia, a técnica de relaxamento o toque e a massagem (OE, 2012; NICE, 2007; Walsh, 2012; WHO, 1996;). Relativamente às terapias do duche quente e massagens os seus benefícios são os seguintes: na primeira induz relaxamento na mulher, reduz ansiedade (estimula a produção de endorfinas), melhora a perfusão uterina, aumenta a sensação do controle da dor e satisfação e reduz a utilização da analgesia epidural, na última estimula diferentes recetores sensoriais, reduz os estímulos dolorosos e melhora o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (Smith, Levett & Collins, 2012). Para Rocha & Fonseca (2010) as terapias alternativas proporcionam o alívio da dor, diminui o desconforto a ansiedade da mulher e a produção de adrenalina.</p>							

Posição para puxar

Secção 4 – Puxos na posição deitada de lado (2) e sentada (3).	<p style="text-align: center;">Posição para puxar</p>  <table border="1"><thead><tr><th>Posição</th><th>Quantidade</th></tr></thead><tbody><tr><td>Deitada de lado</td><td>17</td></tr><tr><td>Sentada</td><td>13</td></tr></tbody></table>	Posição	Quantidade	Deitada de lado	17	Sentada	13
Posição		Quantidade					
Deitada de lado	17						
Sentada	13						
Das 21 participantes 17 responderam o puxo deitada de lado como a posição de ajuda para a parturiente e 13 responderam a posição de sentada. Verifica-se nestes resultados que não estão conforme as respostas obtidas nas parturientes.	As posições de lado e sentada associada aos puxos instruídos é uma prática frequente e inapropriada e está classificada na <u>Categoria D</u> . Num estudo realizado a 830 mulheres que tiveram parto normal e adotaram a posição vertical e/ou lateral, 55% dessas mulheres apresentaram resultados satisfatórios. Essas posições permitiram uma melhoria nas trocas maternas e fetais, evitando a compressão dos grandes vasos abdominais. Os autores concluíram que a posição lateral em mulheres nulíparas, reduziu significativamente o uso da episiotomia e uma maior ocorrência de períneo intacto (Schneck & Riesco, 2006). No entanto para otimizar o bem-estar materno/fetal nessas posições é necessário que a mulher sinta necessidade em efetuar esforços expulsivos espontâneos <i>versus</i> instruídos (WHO, 1996). Os puxos espontâneos normalmente têm uma curta duração de 3 a 5 puxos respiratórios (4 a 6 segundos) com cada contração e de glote aberta (FAME, 2007; WHO, 1996). As evidências científicas recomendam que se deve encorajar as mulheres a confiarem nos seus próprios instintos. O respeito pela conduta materna e seus instintos favorece todo o processo fisiológico para o nascimento (FAME, 2007; NICE; 2007; Walsh, 2012).						

Posição durante o parto

Através dos resultados obtidos a posição mais representativa para as 21 enfermeiras foi a posição com a parturiente em posição ginecológica. Para OMS (1996) essa posição acarreta riscos para a mãe/RN, limita os movimentos e causa desconforto à mulher.

Para que se ofereçam outras opções de escolha de posições à parturiente é necessário que as parteiras adquiram competências e confiança na assistência à utente grávida com as posições verticais (Walsh, 2012).

Na seguinte tabela pode-se verificar, que estes resultados estão em conformidade com as respostas obtidas nas parturientes.

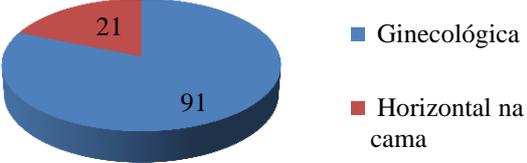
5.2.3. Recolha de dados sobre os conhecimentos relativos a parto normal nas parturientes

Face à análise dos dados obtidos procede-se, a descrição da perceção da parturiente quanto ao nível da ajuda que supõem ser útil na postura durante o trabalho de parto (Apêndice J). Constata-se que 102 participantes responderam o decúbito lateral, 32 andar e estar de pé apoiada no acompanhante, 4 balanceio na bola, 19 movimentos rítmicos sentada, 8 gatas, 14 agachamento e 13 inclinação com costas livres. Nas questões inclinação sobre a perna de apoio responderam 3 participantes e 1 respondeu no apoio balanceado na bola.

Relativamente às posições durante o TP a maioria das parturientes utilizou o decúbito lateral.

A maioria das parturientes não obteve medidas de alívio da dor no TP, tais como: o duche quente, a presença constante da enfermeira ou a massagem. Quanto à posição para puxar a maioria também não realizou o puxo de joelhos, o decúbito lateral e sentada.

Posição durante o parto

<p>B9 - Posição ginecológica para realizar o parto.</p>	<p style="text-align: center;">Posição durante o parto</p> 
<p>Das 125 participantes 91 responderam que utilizaram a posição ginecológica para o nascimento e 21 responderam que o parto foi realizado em posição horizontal na cama. Constata-se nestes resultados que estão de acordo com as respostas obtidas nas enfermeiras.</p>	

A posição ginecológica ou posição litotômica é uma prática que deveria ser eliminada e está classificada na Categoria B. A OMS (1996) recomenda a utilização de outras posições em vez da litotômica ou dorsal. As evidências científicas têm demonstrado, que a posição de litotomia no segundo estágio do TP afeta as condições do feto e parturiente, tal como no primeiro estágio do TP (WHO, 1996). Numa revisão sistemática os autores concluíram que a posição ginecológica durante o parto, pode aumentar os partos distócicos, o uso da episiotomia e diminuir a perda de sangue vaginal (Gupta, Hofmeyr & Shehmar, 2012). Nas consultas pré-natais a mulher deveria receber informação sobre os benefícios de certas posições no parto. Para além disso, a parturiente deve ser encorajada a adotar a posição com que se sinta mais confortável durante o segundo estágio do TP (Kemp et al., 2013). A possibilidade de escolher a posição no momento do parto promove uma maior participação da mulher em todo processo de nascimento (Schneck & Riesco, 2006).

No grupo de participantes que constitui a amostra aleatória, foram incluídas todas aquelas mulheres que atenderam e se disponibilizaram a responder a partir do telefonema e através via *e-mail*. Outro questionário foi aplicado sobre a experiência do parto a essas mulheres que desejaram continuar a participar no estudo (Apêndice N).

Os resultados apresentados seguidamente referem-se ao segundo episódio de recolha de dados, tendo-se obtido uma sub-amostra de 50 puérperas (Apêndice O).

Nas 50 clientes, o segundo questionário foi preenchido em média cerca dos 5,2 meses após o parto, variando entre 1,3 mês e 7,9.

Relativamente à experiência de parto, apresentam-se seguidamente as frequências e representação percentual.

Para a maioria das clientes (n=38; 76%) o parto e o nascimento decorreram conforme as expectativas. A maior parte das clientes (n=37; 74%) refere que se sentiu forte durante o TP e nascimento. Relativamente a sentimentos de susto durante o TP e nascimento, a categoria com maior representação (n=18; 36%) é “concordo muito”; contudo a maioria das clientes discorda de ter vivido este sentimento (n=26; 52%). A maioria das clientes sentiu capacidades durante o período de TP e nascimento (N=34; 86%). Para a maioria das clientes sentiu cansaço durante o período de TP e nascimento (N=26; 52%). A maioria das clientes sentiu-se feliz durante o período de TP e nascimento (N=35; 70%). A maioria das clientes discorda de ter recordações negativas

do período de TP e nascimento (N=33; 84%). A maioria das clientes recusa a ideia de ficar deprimida face a recordações do parto (N=29; 74%). A maioria das clientes refere que não sentiu ter a possibilidade de escolha quanto ao facto de estar levantada ou deitada durante o período de TP e nascimento (N=29; 58%). A maioria das clientes refere que não sentiu a possibilidade de escolha quanto à posição do parto (N=30; 60%). A maioria das clientes refere que não sentiu a possibilidade de escolha das formas de alívio da dor (N=33; 66%). A maioria das clientes refere que a parteira lhe dedicou o tempo necessário (N=28; 56%). A maioria das clientes refere que a parteira a informou do progresso e acontecimentos durante o TP e nascimento (N=34; 68%). A maioria das clientes refere que a parteira lhe dedicou o tempo necessário (N=28; 56%). A maioria das clientes refere que se sentiu muito bem cuidada pela parteira (N=41; 82%). A maioria das clientes refere que a impressão que possui sobre os profissionais de saúde a fez sentir-se segura (N=28; 56%). A maioria das clientes sentiu que lidou bem com a situação (N=24; 90%). Nas dimensões da Experiência do Parto, a média mais elevada encontra-se na segurança sentida (M=3.27; DP=.680) e a média mais baixa na dimensão Participação (M=1.70; DP=.726). Observa-se uma correção inversa entre a Dimensão Segurança e o intervalo de tempo entre a entrada na maternidade e o parto. Quanto maior é este período de tempo menor a segurança sentida pelas clientes.

Face aos resultados obtidos destas mulheres na experiência de nascimento os que foram mais representativos encontram-se entre a impossibilidade em se movimentar, na escolha da posição no parto e na escolha de medidas para o alívio da dor no TP e parto. Pode-se ainda, constatar que estes resultados estão conforme as respostas das parturientes e enfermeiras nos anteriores resultados apresentados.

Em relação à impossibilidade de se movimentar e citado por Walsh (2012), concluíram que a mobilidade reduz a necessidade de fármacos, diminui a duração do TP e aumentou a satisfação na assistência (Bloom et al., 1998, MacLennan et al., 1994, Hemminki & Saarikoski, 1983). No que respeita à possibilidade de escolher a posição no momento do parto, alguns autores referem que é importante promover uma maior participação da mulher em todo o processo de nascimento (Schneck & Riesco, 2006).

Quanto à escolha de posição no parto os profissionais de saúde deveriam adquirir competências e confiança para assistir as mulheres nas posturas verticais (Walsh, 2012). Relativamente à escolha de medidas de alívio da dor durante o TP, para além de contribuírem para aumentar o bem-estar físico e emocional da mulher, deverá ser um cuidado prioritário da parteira (FAME, 2007).

Por conseguinte e citado por Matei, Carvalho, Silva & Merighi (2003) a informação adequada permite à mulher mais opções de escolhas. A informação é a base da decisão, do julgamento e ponderação (Gauderer, 1998).

5.2.4. Formação das enfermeiras

a) Sessão informativa sobre as evidências do Parto Normal/Natural

Sessão organizada no dia 6 de junho e 6 de dezembro de 2013, apresentou o tema do projeto o objetivo geral e os específicos.

Após análise dos dados obtidos através do questionário aplicado às EESMOG apresentou os resultados em sessão organizada no dia 6 de junho de 2013 (Apêndice P).

5.2.5. Contributo para o Serviço

Com a realização deste projeto fortaleceram-se medidas de apoio, através da elaboração dos seguintes documentos.

a) Manual de Boas Práticas no Parto Normal

Este *dossier* é destinado aos profissionais de saúde e visa a uniformização de procedimentos na assistência à parturiente (Apêndice Q).

b) Guia Informativo para alívio da dor no TP

Este documento visa informar e esclarecer as clientes das opções de escolha oferecidas pela Unidade (Apêndice R).

c) Cartaz Informativo

Este *Poster* visa divulgar às clientes as posições de conforto para o alívio da dor no TP (Apêndice S).

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Considerando as fases do projeto da preparação, implementação e avaliação, referem-se as estratégias acionadas se foram adequadas.

Preparação do Projeto - Reuniões preparatórias com superiores hierárquicos, caracterização dos grupos alvo das EESMOG e das parturientes do HESE-EPE. Realização da visita ao Bloco de partos no Hospital de S. João no Porto.

Implementação do Projeto - Consulta de literatura para atualizar os conhecimentos sobre o parto normal/natural assistido. Elaboração de documentos informativos para a população alvo.

Avaliação do Projeto – Permitiu validar a exequibilidade do projeto em contexto hospitalar HESE-EPE. Identificação dos recursos materiais e humanos, necessários para a assistência ao parto normal/natural assistido.

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

De seguida descrevem-se os recursos necessários nas atividades desenvolvidas, a fim de atingir o objetivo do projeto de estágio.

Espaços: Para a realização das sessões formativas, foi utilizada a sala de reuniões do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE.

Equipamentos: Para a realização da sessão fotográfica foi utilizada uma camera fotográfica. Na exposição dos diapositivos nas sessões formativas, utilizou-se *data-show* e o computador do serviço.

Recursos Humanos: Colaboração de duas colegas do serviço para a sessão fotográfica. A participação da Enfermeira Chefe do BP do Hospital Garcia de Orta para sessão formativa às EESMOG.

Participação do atual Diretor e da Responsável de Enfermagem do serviço na escolha dos materiais. Solicitação atendida, da Responsável do Gabinete de Comunicação e Marketing do HESE-EPE para a orçamentação dos materiais necessários.

5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Neste ponto apresenta sucintamente os contactos desenvolvidos no projeto de estágio conforme se documentam na figura 8.

Mês/Ano	Dia	Atividade
Fevereiro/2013	28	1ª Reunião com a Enfermeira Responsável do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Validar a pertinência do projeto; ○ Apresentação do projeto de estágio; ○ Pedido de autorização para implementação do projeto.
Março/2013	4	Reunião com o Enfermeiro Diretor: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dar conhecimento dos objetivos do projeto; ○ Pedido de autorização para implementação no serviço.
Março/2013	10	Reunião com o Diretor do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia <ul style="list-style-type: none"> ○ Apresentação do Projeto de Estágio; ○ Pedido de autorização para implementação do projeto.
Abril/2013	15	Submissão do pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do HESE-EPE para implementação do projeto no serviço de Obstetrícia/Ginecologia. Concedida em (Apêndice T).
Maio/2013	22	Submissão do pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração diferido à Comissão Ética do HESE-EPE para aplicação dos questionários às EESMOG e parturientes. Concedida em (Apêndice U).
Maio/2013	27	Solicitação de autorização ao Gabinete de Formação para visita ao Bloco de Partos no hospital de S. João no Porto. <ul style="list-style-type: none"> ○ Realização da visita no dia 26/07/2013.
Junho/2013	6	Realização da ação de formação à Equipa de Enfermagem <ul style="list-style-type: none"> ○ Apresentação do projeto à Equipa de Enfermagem
Julho/2013	4	Solicitação de permissão à Federación de Asociaciones de Matronas de Espana [FAME] da utilização das imagens nos questionários. Concedida em 08/07/2013.
Setembro/2013	11	Reunião com novo Diretor do serviço de Obstetrícia/Ginecologia <ul style="list-style-type: none"> ○ Apresentação do Projeto de Estágio
Setembro/2013	18	Solicitação informal para realização de sessão formativa no serviço à Enfermeira Chefe do Bloco de Partos [BP] do Hospital Garcia de Orta-Almada.
Setembro/2013	30	Submissão do pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração de sessão formativa da Enfermeira Chefe do BP do Hospital Garcia de Orta. Concedida em (Apêndice V).
Novembro/2013	19	Submissão do pedido de autorização à Enfermeira Responsável do serviço para apresentação dos resultados às EESMOG. Concedida em (Apêndice W).
Novembro/2013	21	Solicitação da orçamentação dos recursos materiais necessários para criação do espaço de nascimento ao Gabinete de Marketing do HESE – EPE. Concedida em Janeiro de 2014.

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Dar conhecimento sobre os objetivos do projeto; ○ Apresentação do Projeto de Estágio
Dezembro/2013	6	Apresentação dos Resultados às EESMOG.
Janeiro/2014	9	<p>Reunião com o Diretor do serviço de Obstetrícia/Ginecologia e com a Responsável do Gabinete de Marketing do HESE – EPE</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dar a conhecer e recomendar a reestruturação física e os recursos materiais necessários para a criação do espaço de nascimento.
Fevereiro/2014	21	<p>Sessão de formação em serviço às EESMOG realizada pela Enfermeira Chefe do Bloco de Partos do Hospital Garcia da Orta-Almada.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Apresentação do projeto implementado no BP

Figura 8 Contactos desenvolvidos

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Pode considerar-se neste ponto os gastos 1) a cargo da mestranda e 2) a cargo da instituição.

1) Gastos a cargo da mestranda: Visita ao Hospital de S. João do Porto, Deslocação e alimentação: 200 Euros

Inscrição, livro, deslocação e alimentação no Curso *Workshop* – Dennis Walsh (Parto Normal: evidências científicas e desenvolvimento de competências): 160 Euros

Material (fotocópias, etc...): 500 Euros

Outros Encargos: 200 Euros

2) Gastos a cargo da Instituição: Recursos humanos e materiais.

Deslocação da Enfermeira Chefe do BP do Hospital Garcia de Orta (encargos indisponíveis).

Bola terapêutica (*Pilates*): 85,78 Euros (Grande-119 cm) e 42,04 Euros (média 94 cm).

Aparelho de Telemetria – 9,896,25 Euros

Cadeirão para o acompanhante – 187,23 euros

Cómoda para os cuidados imediatos ao RN – 399,81 Euros

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O Cronograma inicialmente proposto apresenta-se na figura 9. Por questões de ordem pessoal e profissional, não foi possível a entrega do trabalho na data prevista, solicitando-se adiamento, conforme é possível no Regulamento da Universidade de Évora.

ACÇÕES	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Diagnóstico de Situação								
Elaboração do Projeto								
Realização de Reuniões								
Preparação dos Instrumentos								
Formação								
Execução das Atividades								
Elaboração do Relatório								
Pesquisa Bibliográfica								

Figura 9 Cronograma cumprido

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação permite efetuar uma confrontação entre os objetivos e estratégias, ao nível da adequação. Para a OMS a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente (Tavares, 1990).

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Relativamente aos objetivos traçados para a implementação do projeto foram maioritariamente cumpridos. Quanto ao objetivo geral traçado “preparação da criação do espaço de nascimento” prevê-se e a curto prazo que seja atingido, pelos motivos que passo a enunciar. O anterior diretor do serviço já tinha disponibilizado o terceiro quarto do BP, para alcançar o objetivo geral do projeto. No entanto o atual diretor desde o início das suas funções que tem vindo a demonstrar outro envolvimento no projeto. Ou seja, solicitou reuniões com a equipa médica de anestesia, de obstetrícia e com as EESMOG onde informou sobre algumas mudanças, que pretende efetuar no serviço, tais como:

- ✓ Reestruturação arquitetónica dos três quartos do BP
- ✓ Permissão permanente de uma pessoa significativa da parturiente
- ✓ Utilização do Partograma
- ✓ Ingesta e hidratação oral
- ✓ Deambulação no TP
- ✓ Orçamentação para adquirir a bola de *pilates*
- ✓ Aquisição do cadeirão para o acompanhante da mulher

Os aspetos que não foram cumpridos, deveram-se a:

- 1) Questões burocráticas institucionais;
- 2) Resistência por parte de alguns profissionais de saúde.

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Considera que apesar das limitações apontadas no cumprimento da implementação do projeto resumidamente salienta-se, que este oferece benefícios para:

- ✓ A Instituição HESE-EPE;
- ✓ As EESMOG;
- ✓ As Grávidas e familiares;
- ✓ A Equipa Médica.

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Esses momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas, ainda não foram totalmente realizados, com exceção do *poster* informativo. O documento ilustrativo destina-se aos três quartos do BP e posteriormente à sala do Curso de Preparação para o Nascimento [CPN] do HESE-EPE. No entanto aguarda-se ainda a aprovação do HESE-EPE sobre os restantes documentos informativos, por si elaborados e destinados às grávidas e profissionais de saúde. Adicionalmente, foram ainda cedidas algumas imagens dos documentos informativos realizados neste trabalho às colegas ESSMOG para utilização no âmbito do curso de CPN do HESE-EPE.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

As competências são capacidades e aptidões necessárias adquiridas através da formação contínua, de forma a ser capaz de dar resposta a uma determinada situação.

Durante a implementação deste projeto foi necessário adquirir conhecimentos refletindo sobre a importância das suas competências enquanto EESMOG. Atingidas as competências gerais de EESMOG no geral e em particular as que se relacionam com o tema parto Normal/Natural assistido, exerceram-se as funções sempre que possível de acordo com as recomendações da OMS (1996) e da OE, (2012) da seguinte forma:

- ✓ Partilhou-se conhecimentos para a assistência ao parto normal;
- ✓ Envolveu-se com a equipa para cuidados mais personalizados;
- ✓ Promoveu-se um ambiente acolhedor;
- ✓ Forneceu-se apoio contínuo à parturiente;
- ✓ Respeitou-se a escolha permanente de uma pessoa significativa durante o TP;
- ✓ Consciencializou-se que o TP de início espontâneo culmina num parto normal e é a forma mais segura de nascimento;
- ✓ Fomentou-se as práticas específicas, apoiadas nas evidências científicas, benéficas na promoção do parto normal;
- ✓ Adquiriu-se conhecimentos na aplicação de métodos, para otimizar o desenvolvimento fisiológico da gravidez, TP, nascimento, amamentação e pós-parto;
- ✓ Facultou-se à parturiente outros métodos de escolha para o alívio da dor durante o TP e parto;
- ✓ Evitou-se a utilização por rotina em parturientes de baixo risco práticas e procedimentos rotineiros;
- ✓ Despistou-se complicações obstétricas nas gravidezes de baixo risco que necessitassem de intervenção médica;
- ✓ Promoveu-se o contacto pele a pele nos primeiros 30 minutos de vida do RN;
- ✓ Facultou-se informação no período Pré-Natal, TP, parto e pós-parto.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento é um evento de mudança de vida e o apoio dado às mulheres durante o trabalho de parto tem o potencial de as afetar fisicamente e emocionalmente, a curto e longo prazo (NICE, 2007). Para tal, uma assistência personalizada nos cuidados de saúde é uma prioridade a fim de satisfazer as necessidades dos clientes. Para alcançar a competência profissional é necessário que se desenvolvam conhecimentos, habilidades pessoais do profissional cujos elementos influenciam na tomada de decisão, autocontrole e autoconfiança profissional (Dotto, Mamede & Mamede, 2008).

As competências do EESMOG concretamente no Parto Normal/Natural são cuidados dedicados à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os resultados obtidos servem para realçar a enorme importância de uma assistência qualificada e são fatores necessários num serviço de qualidade. Cujo objetivo principal é ser-se capaz de satisfazer verdadeiramente as expectativas dos beneficiários.

Concluiu-se, através dos resultados que é indispensável ocorrer mudanças nalguns aspetos, tais como: desenvolvimento de competências específicas das EESMOG, bem como disponibilização de informação às beneficiárias que ocorrem ao HESE-EPE. Face às atitudes das EESMOG, encontraram-se resultados satisfatórios e benéficos quanto ao apoio dado às parturientes durante o TP e parto. Vários são os estudos que apontam, que o apoio dedicado, é um dos fatores mais importantes para a satisfação da parturiente em todo o processo de nascimento. Num desses estudos constata-se que o suporte empático oferecido às mulheres durante o TP e parto, não necessitam tanto de medicação para o alívio da dor, demonstram maior satisfação e têm TP mais curtos (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala 2013).

A OMS (1996) preconiza algumas condutas por parte dos profissionais de saúde na assistência obstétrica e ressalta também os direitos e o respeito na mulher para o parto fisiológico. No entanto continua-se a atuar com procedimentos que não estão de acordo com essas recomendações da OMS. Neste estudo foram evidenciadas algumas

dessas práticas tais como: a desaprovação da presença permanente do acompanhante, o enema de limpeza, o jejum, a impossibilidade em adotar posições alternativas de conforto no TP e parto, as medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio para a dor, o parto em posição ginecológica, os esforços expulsivos instruídos, a manobra de Kristeller, a episiotomia de rotina e a gestão ativa no 3.º estágio do TP.

Face aos resultados apresentados verifica-se a necessidade de um novo modelo de assistência às mulheres grávidas que recorrem ao HESE-EPE. A OMS tem vindo a recomendar inúmeras práticas que respeitem o processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento. É essencial exercer as boas práticas para promover o autocontrolo à mulher no processo do parto, o respeito enquanto cidadã, o direito de escolha sobre as posições de parto e a escolha de um acompanhante (Souza & Dadam, 2008).

Citado por Matei et al., (2003) uma assistência de qualidade auxilia a mulher no TP e parto sem necessitar de métodos farmacológicos (Kitizinger, 1987). Ou seja, a percepção da mulher altera-se contribuindo para que participe com mais alegria e satisfação em toda a experiência do nascimento. Deste modo é importante que a assistência obstétrica seja focada nas necessidades da cliente caracterizada pelo direito à autonomia da cliente (Machado & Praça, 2006).

Para finalizar, acrescenta-se que durante a elaboração do projeto deparou-se com alguns obstáculos e resistências. Contudo, consciencializou-se que esses obstáculos e resistências são característicos e necessários em qualquer processo de mudança. Relativamente, às dificuldades encontradas, procurou-se ter em foco a parturiente/RN/casal, para promover uma experiência positiva no nascimento. Por outro lado, o esforço reunido para execução deste projeto prendeu-se numa reflexão diária sobre a autonomia e competências das EESMOG, que mundialmente são reconhecidas nos cuidados ao parto normal. Deseja ainda, que a curto prazo sejamos todos capazes de executar com empenho o presente projeto.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2006). *Manual de estilo da APA: Regras Básicas/American Psychological Association* (M. F. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Aasheim, V., Nilsen, A. B., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2012). Perineal Techniques during the second stage of labour for reducing trauma. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Baumgardner, D. J., Muehl P., Fisher M., & Pribbenow, B. (2003). *Effect of Labor Epidural Anesthesia on Breast-feeding of Healthy Full-term Newborns Delivered Vaginally*. Department of Family Medicine, University of Wisconsin Medical School. Milwaukee Clinical Campus, St. Luke`s Medical Center.
- Barragán, L. I., Solà, I., & Juandó, P. C. (2011). Biofeedback for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- .Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Brüggemann, O. M., Knobel, M., Siebert, E. R., Boing, A. F., & Andrezzo, H. F. (2009). Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*, 9 (2): 189-196, abr. /jun.
- Carraro, T. E., Knobel, R., Randunz, V., Meincke, S. M., Fiewski, M. F., Frello, A.T., Martins, M. S., Lopes, C. V., & Berton, A. (2006). *Cuidado no conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres*. Texto contexto Enferm., Florianópolis. 15 (Esp): 97-104.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2012). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Christiaens, W., Verhaeghe, M., & Bracke (2010). *Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Nether lands*. BMC Health Services Research, 10:268. Disponível em [http://: www.biomedcentral.com/1472-6963/10/268](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/268).

- Comissão Nacional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente (2012). *Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente-Proposta*. Disponível em http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/Carta_Hospitalar_CNSMCA_20120612.pdf.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Geneva, Switzerland. Edição: Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa.
- Cruz (2010). *Parto Natural*. COREN SP- Conselho Regional de Enfermagem. Brasil.
- Dias, M. A., & Domingues, R. M. (2005). *Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto*. Ciência e Saúde. Coletiva vol.10 no.3. Rio de Janeiro jul/sept. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid.
- Dotto, M. L., Mamede, M. V., & Mamede, F. V. (2008). *Desempenho das Competências Obstétricas na Admissão e Evolução do Trabalho de Parto: Atuação do Profissional de Saúde*. Esc Anna Ner Enferm;12 (4): 717 – 25.
- Federacion de Asociaciones de Matronas de España (2007). *Documento de Consenso - Iniciativa Parto Normal*. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realidade*. Lisboa: Lusociência.
- Gallego, M. F., & Puertas, A. (2007). *Parto Natural: Evidência Científica a partir de las Recomendaciones de la OMS*. Serviço de Obstetricia y Ginecologia. Hospital Universitario. Virgen de las Nieves Granada.
- Gonzalez, C. (2004). *Manual Prático de Aleitamento Materno*. Asociación catalana pro Alletament Matern (ACPAM).
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., & Shehmar, M. (2012) Review. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Harcourt-Smith, W. E., & Aiello, L. C. (2004). Fossils, feet and the evolution of human bipedal locomotion. *Journal of Anatomy*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1571304/>.
- Hodnett, E. D., Downe, S., & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Review*.

- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala C (2013). Continues support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- International Confederation of Midwives (2010). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010*. Disponível em http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/r427_icm_2011_global_standards_for_midwifery_education_2010_eng.pdf.
- Kemp, E., Kingswood, C. J., Kibuka, M., & Thornton, J. G. (2013). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Kitzinger, S. (2004). *El nuevo, Gran Libro del Embarazo y del Parto, alternativas y retos*. Barcelona: Ediciones Médici. Koogan.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães - Um estudo antropológico da Maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- Lawrence, A. Lewis, L., Hofmery, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Lemos, A., Amorim, M. M., Dornelas, A. A., Souza, A. I., Cabral, F. E., & Correia J. B. (2013). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Lobo, S. F., Oliveira, S. M., Schneck, C. A., Silva, F. M., Bonadio, I. C., & Riesco, M. L. (2010). Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal perihospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 44(3):812-8. Disponível em www.ee.usp.br/re USP/.
- Machado, N. X., & Praça, N. S. (2006). Centro de parto normal e assistência centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP*. 40(2):274-9. Disponível em www.ee.usp.br/re USP/.
- Mamede, F. M., Almeida, A. M., & Clapis M. J. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v.26, n.2, p.295-302.
- Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. M. (2007). Reflexões sobre deambulação e Posição Materna no Trabalho de Parto e Parto. *Esc. Anna Nery R. Enferm*. Jun; 11/2:331-6.
- Matei, E. M., Carvalho, G. M., Silva, M. B., & Merighi, M. A. (2003). *Parto humanizado: um direito a ser respeitado*. Centro Universitário S. Camilo, São

- Paulo, v.9, n.2p.16-26, abri./jun. Disponível em [bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)104.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)104.pdf)
- Ministério da Saúde (2001). *Hospital Central de Apoio Perinatal Diferenciado*. Disponível em http://www.hevora.min-saude.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=122&itemid=69.
- Ministério da Saúde (2006). *Organização Perinatal Nacional. Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Lisboa. Disponível em <http://www.min-saude.pt/nr/ronlyres/3b954880-dae9-4d5b-bd5e-e80350ec8239/0/orgperinatal.pdf>.
- Montenegro, C., & Rezende, F. J. (2011). *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Ear skin-to-skin contact for mothers and their health newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- National Institute and Clinical Excellence (2007). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. Nice clinical guideline 55. London.
- Odent, M. (1984). *Birth Reborn*. New York: Pantheon Books.
- Odent, M. (2002). *O Camponês e a Parteira - Uma Alternativa à Industrialização da Agricultura e do Parto*. CIP – Brasil – Catalogação na Fonte Sindicato nacional dos Editores de Livros, RJ. Pág. 93-94.
- Odent, M. (2011). *Childbirth in the Ages of Plastics*. Pinter & Martin Ltd. 6 Effra Parade. London.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Pág.5. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada*. Lisboa.
- Pereira, A. L., Azevedo, L. G., Medina, E. T., Lima, T. R., & Schroeter, M. S. (2012). Assistência Maternal e Neonatal na Casa de Parto David Capistrano Filho. *Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental online*. abr./jun. 4(2):2905-13.
- Philippus, H. J., Hoogsteder and Johanna, M. A., & Pijenenborg (2010). Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal and risk of severe perineal laceration. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. Netherlands, march; 281(3); 576-580.

- Pinheiro, M. F. (1994). Organizar a prestação de cuidados: uma função/desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*, 42 (6) Nov. Dez., 319-331.
- Portugal (2013) *Despacho n° 3482/2013*. Diário da República 2ª série, n° 45 de 5 de Março 8174-8175.
- Royal College of Midwives (2012). *Evidence Based-Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour-Latent Phase*. Disponível em https://www.rcm.org.uk/sites/.../latent%20phase_1.p.
- Reveiz, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L.G. (2013). Enemas during Labour. *Cochrane Database of Systematic Review* (2).
- Rezende, J. (1995). *Obstetrícia, Sétima edição*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogansa S.A.
- Rocha, C. R., & Fonseca, L. C. (2010). *Revista de Pesquisas – Cuidado é fundamental. Assistência do Enfermeiro obstetra à Mulher Parturiente: Em busca do respeito à natureza*. Brasil. Abr/jun.2 (2): 807-216. Disponível em www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/.../339/594.
- Rocha, J. A., & Novaes, P. B. (2010). *Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização mundial de Saúde para o parto normal*. Vol. 38, n.º 3. Brasil.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney: baseado nas Atividades de vida diária*. Lisboa. Clemepsi editores.
- Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol.109.pp. 1199-1206.
- Santos, S. N. (1999). Opiniões e Realidades. *Revista de Enfermagem* n.18, 2.ª série.
- Schneck, C. A., & Riesco, M. L. (2006). Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro normal intra-hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.10, n.º 3. Belo Horizonte.
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Smith, C. A., Levett, K. M., & Collins, C. T. (2011). Relaxation Techniques for pain management. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Soltani, H., Hutchon, D. R., & Poulouse, T. A. (2010). Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Review*.

- Soltani, H., Poulouse, T. A., & Hutchon, D. R. (2011). Placental cord drainage after vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Souza, A. C., & Dadam, S. H. (2008). *Parto Humanizado ou parto mecanizado*. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latino - América, XIII, VIII, II. Anais. Curitiba. Disponível em www.centroreichiano.com.br.
- Souza, K. V., Almeida, M. R., & Reis, R. (2009). *Mulheres e profissionais de saúde: A Assistência ao Parto normal com enfoque nas evidências científicas*. VI Congresso Brasileiro de enfermagem Obstétrica e Neonatal. Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido. 24 - 26 de junho. Teresina-PI. Disponível em abenfopi.com.br/.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planejamento em Saúde*. s/d. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Vergheijen, E. C., Raven, J. H., & Hofmeyr, G. J. (2009). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Walsh, D. (2012). *Evidence and Skills for Normal Labour and Birth - A guide for Midwives*. TJ International Ltd, Padstow, Cornwall. London.
- World Health Organization (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: Department of Reproductive Health & Research.
- World Health Organization/United Nations Children`s Fund (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Disponível em http://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_eng.pdf.
- World Health Organization (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Disponível em http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf.

APÊNDICES

Apêndice A: Projeto de Estágio



Mestrados

PROPOSTA DE DISSERTAÇÃO, RELATÓRIOS DE ESTÁGIO/TRABALHO DE PROJETO

APROVAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA

PARECER DO DIRETOR DE CURSO

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome Maria João Gouveia Alves Pimenta Marques

Telefone 96098013 **E-mail** m.jp3@hotmail.com

Curso: 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia-Detentores de título

Nº Matricula 10256 **Edição** 2012/2013

2. IDENTIFICAÇÃO DO ORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)

Orientador Prof.ª Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim

Universidade/Instituição - Escola Superior de Enfermagem de S.João de Deus- Évora

Telefone **E-mail** msimsim@uevora.pt

3. IDENTIFICAÇÃO DO CO-ORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)

Orientador

Universidade/Instituição

Telefone **E-mail**

4. TIPO DE TRABALHO (TESE DE DOUTORAMENTO, DISSERTAÇÃO, ESTÁGIO OU TRABALHO PROJETO)

Trabalho Projeto

5. TÍTULO DA TESE/DISSERTAÇÃO/ESTÁGIO/PROJETO TRABALHO

Título: Parto Normal/ Natural Assistido: Projeto para Assistência em Meio Intra-Hospitalar no HESE-EPE

6. RESUMO DO TRABALHO

O parto do que é possível conjecturar através da interpretação histórico-antropológica ancestral, era um ato solitário, produto de um cruzamento ocasional entre dois seres de sexo oposto (Montenegro & Rezende, 2011). Com a evolução da espécie, numa perspetiva postural, a necessidade de ajuda e assistência ter-se-á insinuado a partir do bipedismo já presente no Homo Ergaster e Homo Erectus há cerca de 2,5 a 1,8 Ma (Harcourt-Smith & Aiello, 2004). Acompanhando o bipedismo instalaram-se outras transformações, nomeadamente a redução do diâmetro corporal ântero-posterior, a inclinação e configuração da bacia, atualmente designada como ginecóide e diferente das bacias das restantes fêmeas primatas (Rosenberg & Trevathan, 2002). Na sequência do tempo, a Revolução do Neolítico, há cerca de 10.000 anos, com a passagem da recolha à agricultura, levou ao sedentarismo humano. Modificou-se a interação na comunidade, aumentou-se a proteção dos seus elementos e particularmente da espécie, dada a maior assistência oferecida pelo grupo, à mulher em trabalho de parto. O parto tornou-se um acontecimento com dimensão social, tanto pelo novo elemento na comunidade, como pela figura de apoio e ajuda à mulher em parto. O sedentarismo trouxe melhoria na nutrição da mulher, conseqüente robustez do feto. Factos a considerar no percurso do móbil fetal, ao enfrentar os 20cm mais dramáticos da existência, perante um canal de parto com concavidades e diferentes diâmetros, onde terá que ocorrer rotação, acomodação cefalo-pélvica, numa apresentação predominantemente occipito-posterior (Rosenberg & Trevathan, 2002; Montenegro & Rezende, 2011). Resulta desta forma que o parto, por razões socio-biológicas, constitui nos humanos um evento que justifica a presença de ajuda do exterior, na figura da parteira (Montenegro & Rezende, 2011). Os cuidados materno-obstétricos surgem assim no momento em que o parto/nascimento passou a ser um acontecimento assistido além do processo biológico (Kitzinger, 1996; Montenegro & Rezende, 2011).

Num enorme salto de milhares de anos, as evidências científicas têm vindo a demonstrar que a fisiologia do parto necessita ser respeitada, sendo tal defendido pela Organização Mundial de Saúde [OMS], desde há cerca de 17 anos (OMS, 1996). Estando esta perspetiva fisiológica ameaçada, criam-se movimentos com vista a promover o parto normal, realçando o atendimento eficaz e de acordo com as necessidades básicas de cada mulher em trabalho de parto. Estes movimentos nacionais e internacionais surgem como apoiantes e promotores de Centros de Parto Normal, Casas de parto e em Portugal, na iniciativa Confraria das Parteiras, a associação de enfermeiras Obstetras. Nestes casos, numa visão alternativa do parto, procura-se uma assistência personalizada, com atenção à informação da mulher, para que seja o centro em todo este processo (Kitzinger, 2004).

Os serviços de saúde convencionais desvalorizam a participação ativa da parturiente e continua-se a atuar com procedimentos rotineiros e dispensáveis, aumentando-se a intervenção clínica, que redundava não raras vezes em cesariana. De facto a taxa de cesarianas em Portugal é uma preocupação (i.e. em 2010 36,6%; em 2011 31,0%) existindo mesmo uma Comissão recentemente nomeada para estudo, definição de normas e orientações (Portugal, 2013). Ou seja nas últimas décadas o parto tem sido centrado no profissional de saúde e nas normas institucionalizadas (Rocha, Novaes, 2010).

A OMS num esforço de várias décadas que se iniciaram com a Declaração de Fortaleza em 1985, seguindo para a publicação do Manual "Care in Normal Birth" em 1996, defende e continua a recomendar a assistência à mulher sem riscos, uma perspetiva não medicalizada do trabalho de parto e parto (OMS, 1996). Na publicação de 1996, a OMS define mesmo as práticas obstétricas em quatro categorias baseadas em evidências científicas, dominando uma perspetiva menos interventiva sobre a mulher e mais pró-ativa da parte desta. Ou seja, o profissional de saúde, na verdade assiste à mulher. Como profissional que assiste, a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia [EESMO] é reconhecida por esta entidade nas suas competências (OMS, 1996).

No modelo assistencial da OMS, é definido um conjunto de práticas, abordando a promoção do parto e nascimento saudáveis e prevenção da mortalidade materna e perinatal. As práticas obstétricas visam o respeito pelo processo fisiológico e pela dinâmica de cada nascimento, assim como as intervenções cuidadosas, evitando excessos e utilizando criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (Schneck & Riesco, 2006). Para tal as EESMO têm preparação.

Assim e no entendimento do 1) **Parto Normal**, como o parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento, no qual a criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez e como 2) **Parto Natural Assistido**, o parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, assistido por profissional de saúde (OMS, 1996; Ordem dos Enfermeiros, 2012), se coloca este Projeto, cujo objetivo geral é:

- Preparar a criação de um espaço de nascimento em meio hospitalar para a assistência ao parto normal/natural assistido

Referem as evidências científicas que os centros alternativos de parto normal integrados em instituição hospitalar estão associados a menor taxa de intervenção medicalizada, maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, maior satisfação materna, maior probabilidade de aleitamento materno exclusivo medido aos 1º e 2º meses pós-parto, sem aumento de risco para as mães e crianças. Não se podendo concluir por absoluta relação causa-efeito, dadas as características dos estudos primários que incluem

equipas separadas e modelos de cuidados em continuidade nas salas de parto alternativas, é contudo de considerar que as utentes e instituições devem ser informadas sobre os benefícios dos contextos de cuidados que proporcionam um apoio ao parto normal (Hodnett, Downe & Walsh, 2012).

Assim, partindo do objetivo geral, desenham-se os específicos:

- Caracterizar a atitude das EESMO relativamente ao Parto Normal/Natural Assistido como método alternativo de cuidados em meio hospitalar
- Informar a equipa sobre as correntes atuais do Parto Normal/Natural Assistido
- (Re) Criar instrumentos de apoio à vigilância ao Parto Normal/Natural Assistido
- Realizar a orçamentação de material necessário ao Parto Normal/Natural Assistido
- Divulgar o Projeto de Modelo assistencial ao Parto Normal/Natural Assistido

7. PLANO			
Atividades de Preparação do Projeto			Data
Reuniões com o enfermeiro diretor, a enfermeira chefe e diretor clínico do Serviço de Obstetrícia do HESE, E.P.E.			Fev.-Março 2013
Reuniões com o orientador do Projeto			Fevereiro a Julho 2013
Definição consensual de objetivos do Projeto			
Elaboração escrita do Projeto			Março 2013
Entrega do Projeto nos Serviços Académicos da Universidade de Évora			Março 2013
Atividades de Implementação do Projeto			
Objetivo: Caracterização das práticas recomendadas pela OMS			
Atividade	Estratégia	Recursos	Datas
Identificação das condutas das enfermeiras na assistência ao parto normal/natural assistido	Aplicação do instrumento de avaliação	Material de escrita	Abril 2013
Objetivo: Sensibilizar as enfermeiras para as práticas de promoção no parto normal/natural assistido			
Atividade	Estratégia	Recursos	Datas
Realização de ação de informação em Serviço para as EESMO	Apresentação da temática Parto Normal/ natural assistido Apresentação de temáticas de acordo com a caracterização das recomendações da OMS	Gabinete para Sessões Computador Data-Show Programa Power - Point	Maio 2013
Objetivo: (Re) Criar instrumentos de apoio à vigilância ao Parto Normal/Natural Assistido			
Atividade	Estratégia	Recursos	Datas
Elaboração do Partograma	Pesquisa Bibliográfica	Computador Impressora	Maio 2013
Objetivo: Realizar visita ao hospital de S. João - Porto			
Atividade	Estratégia	Recursos	Datas
Análise da implementação do projeto à assistência ao parto normal/natural assistido desse Hospital	Benchmarking (comparação) do projeto	Deslocações Alojamento Alimentação	A definir
Objetivo: Divulgar o projecto			
Atividade	Estratégia	Recursos	Datas
Divulgação da informação à população Efetuar folhetos informativos	Pesquisa Bibliográfica	Computador Material de escrita	Junho 2013
Objetivo: Difundir informação			
Atividade	Estratégia	Recursos	Datas
Elaboração e difusão de informação sobre o projeto	Pesquisa Bibliográfica	Computador Site do Hospital Programa de Rádio	Julho 2013
Atividades de Avaliação do Projeto			

Para a avaliação do Projeto, realizar-se-ão atividades parcelares de acordo com cada Objetivo Específico, prevendo-se uma avaliação global posterior, junto das utentes beneficiárias e profissionais do serviço.

Cronograma

ACÇÕES	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Diagnóstico de Situação								
Elaboração do Projeto								
Realização de Reuniões								
Preparação dos Instrumentos								
Formação								
Execução das Atividades								
Elaboração do Relatório								
Pesquisa Bibliográfica								

Referências Bibliográficas

Documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal (2010). Uma visão partilhada», subscrito pela Direção Geral da Saúde, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, Ordem dos Enfermeiros.

Hodnett, E., Downe, S. & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000012.pub4/abstract>

Kitzinger, S. (1996). Mães - Um estudo antropológico da Maternidade. Lisboa: Editorial Presença;

Kitzinger, S. (2004). El nuevo, Gran Libro del Embarazo y del Parto, alternativas y retos. Barcelona: Ediciones Médici.

Montenegro, C. & Rezende Filho, J. (2011) Rezende Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
OMS (1996). Cuidados no parto normal: um guia para a prática. Departamento de Investigação e Saúde Reprodutiva: Genebra

Portugal (2013) Despacho nº 3482/2013. Diário da República 2ª série, nº 45 de 5 de Março 8174-8175.

Rezende, J. (1995). Obstetrícia, Sétima edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogansa S.A.

Rocha J. A., Novaes P.B. (2010). Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização mundial de saúde para parto normal, vol.38, n.º 3. Brasil.

Rosenberg K., Trevathan W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol.109.pp. 1199-1206.

Schneck, C.A., Riesco, M.L.G. (2006). Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro normal intra-hospitalar. Revista Mineira de Enfermagem, v.10, n.º 3. Belo Horizonte

World Health Organization (1996). Care in Normal Birth: a practical guide. Geneva: Department of Reproductive Health & Research.

8. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ALUNO

Nos termos do artº 22º da Ordem de Serviço nº 14/2012, entrego o projeto de Dissertação/Trabalho Projeto ou /Estágio/Relatório Profissional (riscar o que não interessa) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc) procederei nos termos do ponto 3. do artº 23º da Ordem de Serviço nº14/2012, entregando projeto de alteração de projeto no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da Dissertação/Trabalho Projeto ou /Estágio/Relatório Profissional .

Data ____/____/____

Assinatura _____

Apêndice B: Registo para indução de parto e episiorrafia

B

VINHETA			PARTO Nº _____
			QUARTO Nº _____
IO ____ ____ ____ ____ ____		IG ____s____d	
PARTO _____	DATA ____/____/____	HORA ____h____m	
NADO _____	SEXO _____		
PESO _____ Kg	IA ____/____	A. EPIDURAL---S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
		INDUÇÃO T P--S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
		EPISSORRAFIA - S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
EFECTUADO POR : _____			

VINHETA			PARTO Nº _____
			QUARTO Nº _____
IO ____ ____ ____ ____ ____		IG ____s____d	
PARTO _____	DATA ____/____/____	HORA ____h____m	
NADO _____	SEXO _____		
PESO _____ Kg	IA ____/____	A. EPIDURAL---S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
		INDUÇÃO T P--S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
		EPISSORRAFIA - S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
EFECTUADO POR : _____			

VINHETA			PARTO Nº _____
			QUARTO Nº _____
IO ____ ____ ____ ____ ____		IG ____s____d	
PARTO _____	DATA ____/____/____	HORA ____h____m	
NADO _____	SEXO _____		
PESO _____ Kg	IA ____/____	A. EPIDURAL---S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
		INDUÇÃO T P--S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
		EPISSORRAFIA - S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
EFECTUADO POR : _____			

Apêndice C: Consentimento livre e esclarecido para atos médicos

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO PARA ACTOS MÉDICOS

(VINHETA DA UTENTE)

a preencher pelo **MÉDICO**

TIPO DE PROCEDIMENTO MÉDICO OU CIRÚRGICO:

Confirmando, que expliquei ao doente através das informações gerais contidas no verso e de outras complementares referidas à sua situação clínica, os diagnósticos e procedimentos médicos propostos, riscos ou complicações e alternativas existentes.

ASSINATURA: _____ DATA: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Nº MECANOGRÁFICO: _____

DOENTES / PAIS

- Por favor, leia com atenção todas as indicações constantes neste documento.
- Não hesite em solicitar mais informações ao médico se não estiver completamente esclarecido.
- Terá o direito de reconsiderar o consentimento prestado até ao momento da execução das intervenções ou tratamentos.
- Verifique se todas as informações estão correctas. Se tudo estiver conforme, então assinie este documento.

Declaro que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo médico que assina este documento. Autorizo a realização dos actos médicos indicados, bem como os procedimentos adicionais que sejam necessários ao meu próprio interesse e/ou do meu(s) filho (s) e justificados por razões clínicas.

ASSINATURA: _____

NOME: _____

B.I. nº: _____ de ____ / ____ / ____ passado pelo Serviço de Identificação de _____

MORADA: (Se não for o doente) _____

GRAU DE PARENTESCO _____

Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO PARA ACTOS MÉDICOS

INFORMAÇÕES GERAIS

- O Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, é essencialmente destinado a atendimento de doentes com situações de urgência obstétrica e ginecológica.
- Se vem ao nosso Serviço de Urgência, com um problema de gravidez / parto, será observada, serão pedidos exames complementares se necessário, podendo então:
 - Ser submetida a actos médicos, que lhes serão explicados até solução do seu caso – parto, forceps, cesareana, por exemplo.
 - Ser enviada ao seu médico privado ou Centro de Saúde.
 - Ser programada uma consulta no H.E.S.E. – E.P.E., ficando em vigilância até esclarecimento da situação.
- Se o seu problema não se refere a gravidez, mas a urgência ginecológica, da mesma maneira será internada, enviada à consulta programada do H.E.S.E. – E.P.E., ou ao seu médico assistente.
- Em qualquer situação médico – cirúrgica (obstétrica ou ginecológica), podem ser necessários exames complementares, terapêuticas intensivas, transfusões de sangue ou derivados, anestésias ou intervenções cirúrgicas. Ser-lhe-ão prestados os esclarecimentos necessários nessas situações. Não hesite em solicitar mais informações, até estar completamente esclarecida.
- O Serviço de Obstetrícia deseja que o seu filho permaneça junto de si, após o nascimento. Se surgir algum problema, poderão os recém-nascidos ser submetidos a tratamentos, nomeadamente cateterismos, apoio ventilatório, transfusões de sangue ou derivados. Embora estes actos estejam cientificamente aferidos, pode haver riscos e complicações nos mesmos, sendo os pais sempre esclarecidos, pelos profissionais do Serviço de Pediatria.
- Se houver indicação para qualquer tipo de anestesia ou de analgesia – nomeadamente “epidural” – o Anestésista de serviço esclarecê-la-á sobre vantagens, riscos ou complicações possíveis, bem como das alternativas existentes.

Apêndice D: Documento sobre anestésicos-analgésicos

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS

- ▶ Por favor leia com atenção toda a informação contida neste documento.
- ▶ Não hesite em solicitar mais informações ao anestesiológico se não estiver completamente esclarecido.
- ▶ Se está esclarecido e concorda então assine este documento.

Data ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

Fui informada das técnicas analgésicas para o trabalho de parto, dos respectivos riscos e complicações (salientando-se a insuficiência de analgesia em 1/20, cefaleias em 1/100 e lesão neurológica de 1/10.000), a probabilidade da mudança de técnica analgésica e da execução de outros procedimentos adicionais considerados necessários (técnicas de anestesia e analgesia de pós-operatório, cateterização venosa central, cateterização arterial, algaliação, transfusões sanguíneas ou derivados, entre outros).

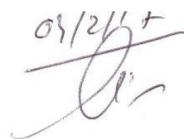
Declaro que concordo com o que me foi proposto e autorizo a realização dos actos médicos indicados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas.

Observações _____

Assinatura da parturiente/ ou representante legal

Assinatura do Médico _____

Apêndice E: Protocolo Strep B

03/2/15


INFEÇÃO A STREPTOCOCCUS GRUPO B

Prevenção da Doença Neonatal

Fazer profilaxia se:

- ⇒ Parto < 37 semanas
- ⇒ Rotura de membranas \geq 18 horas
- ⇒ Febre intraparto \geq 38° C
- ⇒ Parto prévio de RN com doença invasiva
- ⇒ Bacteriúria a Strept. B durante a gravidez

Esquema Profilático Recomendado

⇒ **Penicilina G** - 5 milhões EV dose inicial; segue 2,5 milhões de 4/4 horas até ao parto.

Ou

⇒ **Ampicilina** - 2 gr EV dose inicial; segue 1 gr de 4/4 horas até ao parto.

Se alergia a Penicilina

⇒ **Eritromicina** - 500 mg EV 4/6 horas

ou

⇒ **Clindamicina** - 900 mg EV 8/8 horas

Se St B resistente

⇒ **Vancomicina** - 1 gr EV 12/12 horas

Apêndice F: Partograma

PARTOGRAMA

Processo _____ GRUPO _____ FACTOR RH _____ Data ____/____/____

Isoimunização- Sim Não

Nome _____

MOTIVO DE INTERNAMENTO: _____

URG.
PROG.

Patologia _____

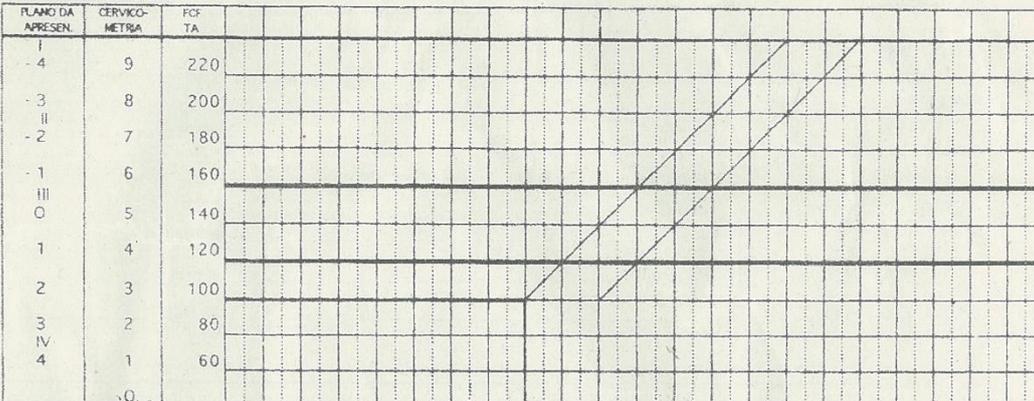
B.A. à entrada

Intacta
Rota às ____ h de ____/____/____
Suspeita

Última ingestão de alimentos às ____ horas dia ____

Início do parto.....às ____ horas dia ____

Características do L.A.



DINAMICA UTERINA	
LIQUIDO AMNIOTICO	
PH FETAL	
CTG.	
MEDICAÇÃO	
OUTROS EXAMES	
OBSERVAÇÕES	

INDICE OBSTETALICO				
Idade	Termo	Pré Termo	Aborto Ectop.	Filhos Vivos
U.M. _____		P. P. _____		
<input type="checkbox"/> Normal				
<input type="checkbox"/> Anormal				
L.G. _____	Sem. _____	Dias _____		

Apêndice G: Questionário-Enfermeiras & Questionário-Parturientes

Apresentação

Sr.ª Enfermeira:

Convido-a a participar no estudo que me encontro a realizar como estudante do Mestrado em Saúde Materna na Universidade de Évora e a responder a este questionário que tem como objetivos: 1) Caracterizar as opiniões das Enfermeiras Especialistas SMO relativamente a assistência durante o Trabalho de Parto [TP] e Parto 2) Caracterizar as práticas de assistência das Enfermeiras Especialistas SMO durante o TP e Parto.

O estudo é orientado por professora da Universidade de Évora.

O questionário leva aproximadamente 15 m a preencher. Depois de responder coloque-o no envelope. Virei buscar o questionário respondido dentro de 3 dias.

A sua opinião é de grande importância no sentido da melhoria dos cuidados. Garantimos a confidencialidade das suas respostas.

Muito obrigada pela sua participação

Por favor, dê-nos o seu Consentimento, assinalando um X neste retângulo, se concorda com as frases seguintes:

Eu, sendo responsável pelos meus atos, declaro que compreendi as intenções deste estudo, permito o uso dos meus dados e disponho-me a participar. Compreendo que as datas seguintes e nome de flor se destinam à codificação, para que seja possível seguir o meu caso.

1.Sua data de nascimento ____/____/____	2.Qual a sua flor preferida _____
--	--------------------------------------

3.Data de preenchimento deste questionário ____/____/____

4. Ano em que terminou o Curso de Enfermagem ao nível de Bacharelato _____

5. Ano em que terminou o Curso de Enfermagem ao nível de Licenciatura _____

6. Ano em que terminou a Especialização em Saúde Materna e Obstetrícia _____

S1: Assinale com **X** nos números 0 e 1 a sua opinião e/ou as práticas que realiza ao cuidar as parturientes [Adaptado de OMS, 1996]. Para responder às questões considere situações de gravidez de baixo risco, sem sinais de complicação no TP e Parto

	Não	Sim
A1	0	1
A2	0	1
A4	0	1
A7	0	1
A9	0	1
A10	0	1
A11a	0	1
A11b	0	1
A11c	0	1
A12a	0	1
A12b	0	1
A15	0	1
A16	0	1
A17	0	1
A18	0	1
A19a	0	1
A19b	0	1
B1	0	1
B2	0	1
B3a	0	1
B3c	0	1
B9	0	1
B10a	0	1
C3	0	1
C4	0	1
C7	0	1
D8	0	1
D6	0	1
D8	0	1
D9a	0	1
D9b	0	1
D10	0	1
D15	0	1

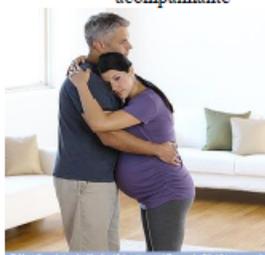
S2. Posições durante o TP e Parto. Assinale em cada figura a sua opinião quanto ao nível de ajuda que as posições podem ter para a mulher em Trabalho de Parto; 0 significa “não ajuda” e 9 “ajuda muitíssimo”. Diga-nos também quais que utiliza e recomenda às parturientes, marcando X nos quadrados “Não” e “Sim” [imagens com permissão Clínica Mayo]

1. Deitada de lado



Utilizou? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
1.Não 2.Sim

2. Andar e estar de pé apoiada no acompanhante



Utilizou? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
1.Não 2.Sim

3. Balanceio na Bola



Utilizou? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
1.Não 2.Sim

4. Movimento ritmico sentada



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

5. Gatas



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

6. Agachamento



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

7. Inclinação em costas livres



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

8. Inclinação sobre perna de apoio



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

9. Apoio balanceado na Bola



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

Secção 3. Medidas de alívio da dor no Trabalho de Parto. Marque X de 0 a 9, o nível em pensa que estas medidas podem aliviar a dor. Diga-nos as que utilizou marcando X nos quadrados “Não” e “Sim” [imagens com permissão FAME]

1. Duche quente



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

2. Presença constante da Enfermeira



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

3. Massagem



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

Secção 4. Posição para “Puxar”. Assinale com X de 0 (não ajuda) até 9 (ajuda muitíssimo), a sua opinião quanto ao nível de ajuda destas posições durante a fase de fazer força, já com a dilatação completa, mas antes do Parto; Diga-nos quais as que utiliza marcando X nos quadrados “Não” e “Sim” [imagens com permissão FAME]

1. “Puxo” de joelhos



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

2. “Puxo” deitada de lado



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

3. “Puxo” sentada



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não							2.Sim	

Secção 5. Posição durante o Parto. Assinale com X de 0 (não ajuda) até 9 (ajuda muitíssimo), a sua opinião quanto à ajuda que estas posições podem dar no Parto; Diga-nos quais as que utilizou marcando X nos quadrados "Não" e "Sim"

1. Parto em posição ginecológica



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não						2.Sim		

2. Parto vertical de cócoras



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não						2.Sim		

3. Parto vertical em Pé



0	1	2	3	4	5	6	7	8
Utilizou ?	1.Não						2.Sim	

4. Semi-sentada em cama própria



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não						2.Sim		

5. Parto vertical de joelhos



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não						2.Sim		

6. Parto horizontal lateral



0	1	2	3	4	5	6	7	8
Utilizou ?	1.Não						2.Sim	

7. Parto de Joelhos



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não						2.Sim		

8. Parto em imersão



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Utilizou ?	1.Não						2.Sim		

9. Parto horizontal na cama



0	1	2	3	4	5	6	7	8
Utilizou ?	1.Não						2.Sim	

Secção 6. 1. Sexo: 1. Masculino _____ 2. Feminino _____ [Marque X]

3. Tem filhos? 1. Não _____ 2. Sim _____ [Marque X]

4. Se tem filhos, diga-nos 2 posições que você [ou a sua companheira] teriam preferido durante:

a) O trabalho de Parto _____; _____ [veja o nome nas figuras e escreva-o aqui]

b) O Parto _____; _____ [veja o nome nas figuras e escreva-o aqui]

Muito obrigada

Agradeço-lhe muito o tempo que gastou ao responder a este questionário

Apresentação

Exª Senhora:

Convido-a a participar no estudo que me encontro a realizar como estudante do Mestrado em Saúde Materna na Universidade de Évora e que tem como objetivos: 1) Caracterizar a experiência de Trabalho de Parto e Parto das senhoras e 2) Identificar aspetos desejados pelas senhoras durante o Trabalho de Parto e Parto

O estudo é orientado por professora da Universidade de Évora.

Peço a sua colaboração neste dia em que sai do hospital, depois do nascimento do seu filho

O questionário leva aproximadamente 15 m a preencher. Depois de responder coloque-o na caixa selada que a(o) enfermeira(o) indicar.

A sua opinião é de grande importância no sentido da melhoria dos cuidados. Garantimos a confidencialidade das suas respostas.

Muito obrigada pela sua participação

Por favor, dê-nos o seu Consentimento, assinalando um X neste retângulo, se concorda com as frases seguintes:

Eu, sendo responsável por mim e pelo meu filho, declaro que compreendi as intenções deste estudo, permito o uso dos meus dados e disponho-me a participar. Compreendo que as datas seguintes e o peso do meu filho se destinam à codificação, para que seja possível seguir o meu caso.

1.Sua data de nascimento ____/____/____	2.Data e hora da entrada na maternidade Dia ____/____/____ às ____ Horas	4.Peso do seu filho ao nascer _____
	3.Data e hora do parto Dia ____/____/____ às ____ Horas	

5.Data de preenchimento deste questionário ____/____/____

Caso queira continuar a participar no estudo deixe-nos o seu número de telefone _____ ou e-mail _____ pois gostaríamos de a contactar daqui a 1,5 meses.

Secção 1. Por favor assinale com um X ou responda por escrito ao que é perguntado

C6 A sua gravidez foi vigiada 1.Não 2.Sim
em consultas? Se sim, onde? _____ e quantas fez _____

C7 Na última consulta de vigilância da gravidez foi-lhe dito que a sua gravidez era

Baixo risco	Medio risco	Alto risco
-------------	-------------	------------

C8. Porque motivo foi para a maternidade? Assinale uma ou mais respostas de acordo com o que lhe aconteceu

1.A bolsa de águas rompeu	2.Teve sinal de parto (rolhão de sangue e muco)	3.Começou com dores	4.Tinha data combinada para comparecer na maternidade nesse dia	5.Tinha chegado às 41 Semanas
---------------------------	---	---------------------	---	-------------------------------

C9 Quando entrou na maternidade com quantas semanas de gravidez estava? _____ Semanas

C10 Quando a observaram na sala de admissão, à entrada na maternidade, quantos “dedos” de dilatação tinha? _____

C11 Durante o Trabalho de Parto romperam-lhe a bolsa de águas? 1.Sim 2.Não

C12 Se lhe romperam a bolsa de águas sabe dizer qual a dilatação 2 a 3cm 4cm a 5cm 6cm a 8cm 9cm a 10 cm nessa altura?

C13 Durante o Trabalho de Parto fez Epidural?	1.Sim <input type="checkbox"/>	2.Não <input type="checkbox"/>	
C14 O seu último parto foi:	1.Normal via vaginal <input type="checkbox"/>	2.Ferros ou ventosa <input type="checkbox"/>	3.Cesaariana <input type="checkbox"/>
C15 Pense na dor que sentiu durante o trabalho de parto e parto. De uma maneira global, como se lembra da dor que sentiu? Marque um X na reta abaixo.			
Sem dor	0 _____ 100	Dor Máxima	

C16 Pense na dor que sentiu durante o trabalho de parto e parto. De uma maneira global, como classifica o apoio que as enfermeiras lhe deram no alívio da dor? Marque um X na reta abaixo.		
Sem apoio	0 _____ 100	Apoio Máximo

Secção 5: **Experiência de cuidados.** Assinale com **X** nos números 0 e 1 o que se passou consigo [Adaptado de OMS, 1996]

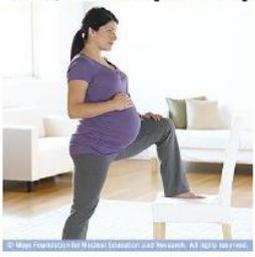
		Não	Sim
A1	Trouxe consigo para a maternidade um Plano de Parto com intenção de o aplicar?	0	1
A2	Na admissão na maternidade a enfermeira que a observou disse se previa que o seu parto seria normal?	0	1
A3	No Trabalho de Parto e Parto a enfermeira perguntou várias vezes se estava bem física/emocionalmente	0	1
A4	No Trabalho de Parto deram ou permitiram que tomasse líquidos e alimentos (água, chá, bolachas, fruta...)?	0	1
A5	Sentiu algum comentário negativo por ter escolhido este hospital para o parto?	0	1
A6	Sentiu-se segura e confiante com a assistência que teve durante o Trabalho de Parto e Parto?	0	1
A7	A sua privacidade foi respeitada durante o Trabalho de Parto e Parto?	0	1

Continuação da Secção 5: Experiência de cuidados. Assinale com X nos números 0 e 1 o que se passou consigo			
		Não	Sim
A8	As enfermeiras apoiaram-na e foram simpáticas durante o Trabalho de Parto e Parto?	0	1
A9	As enfermeiras respeitaram-na quando disse quem queria ter como acompanhante?	0	1
A10	As enfermeiras deram as informações e explicações que pediu durante o Trabalho de Parto e Parto?	0	1
A11	As enfermeiras fizeram-lhe massagens e ensinaram-na a relaxar durante o Trabalho de Parto?	0	1
A12a	Durante o Trabalho de Parto o aparelho de ouvir o coração do bebé esteve <u>sempre ligado</u> ?	0	1
A12b	Durante o Trabalho de Parto o aparelho de ouvir o coração do bebé foi <u>ligado e desligado várias vezes</u> ?	0	1
A15	Teve liberdade para se movimentar e escolher as posições durante o Trabalho de Parto e Parto?	0	1
A21a	Logo a seguir ao bebé sair do canal vaginal as enfermeiras deram-no à senhora para lhe pegar e abraçar?	0	1
A21b	As enfermeiras ajudaram-na a dar de mamar ao seu bebé nos primeiros 30 minutos de vida dele?	0	1
B1	Quando entrou na maternidade as enfermeiras deram-lhe um Microlax para a senhora colocar?	0	1
B2	Na altura do parto raparam-lhe os pelos púbicos?	0	1
B3a	Durante o Trabalho de Parto foi-lhe colocado soro justificando que havia necessidade?	0	1
B3c	Durante o Trabalho de Parto recomendaram-lhe para levantar-se, deitar-se andar, agachar-se, sentar-se	0	1
B9	Durante o Parto recomendaram-lhe que estivesse em posição ginecológica (deitada de barriga para cima, pernas colocadas em apoios/estribos ou segurando-as)?	0	1
B10a	Durante o Parto na fase de expulsão do bebé as enfermeiras “comandavam” o parto e diziam-lhe para sustentar a respiração e fazer força prolongada até aguentar?	0	1
C3	Durante o parto carregaram na sua barriga para ajudar o seu bebé a sair?	0	1
D2a	Para diminuir as dores deram-lhe medicamentos no soro ou injeção?	0	1
D2b	Recomendaram-lhe que fizesse Epidural sem a senhora pedir?	0	1
D6	O toque vaginal para avaliar a dilatação foi feito várias vezes e por enfermeiras diferentes?	0	1
D8	Quando a dilatação estava completa mudaram-na para outra sala para ter o parto?	0	1
D9	Colocaram-lhe um tubinho (algália, sonda) para urinar?	0	1
D10	Quando a dilatação estava completa disseram-lhe para fazer força antes de a senhora ter vontade?	0	1
D13	Fizeram-lhe um corte na vagina (episiotomia) na altura do parto?	0	1

Assinale com X como a Senhora por sua iniciativa se preparou em sua casa antes de ir para a maternidade

	Não	Sim
C1 Rapou ou depilou os pelos púbicos	0	1
C3 Tomou Banho-Duche	0	1
C5 Fez Micro-clister [Microlax]	0	1
C6 Tomou uma refeição por receio de ter fome durante o trabalho de parto	0	1
C7 Não comeu para evitar vomitar	0	1
C8 Deu um passeio para entrar com uma dilatação mais avançada	0	1

Secção 1. Posições durante o Trabalho de Parto. Por baixo de cada figura vê escala onde 0 significa “não ajuda” e 9 “ajuda muitíssimo”. Assinale com **X** de 0 a 9, a sua opinião quanto ao nível de ajuda destas posições durante o Trabalho de Parto; Diga-nos também quais utilizou marcando X nos quadrados “Não” e “Sim” [imagens com permissão Clínica Mayo]

<p>1. Deitada de lado</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Andar e estar de pé apoiada no acompanhante</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>	<p>3. Balanceio na Bola</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Movimentos ritmicos sentada</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>	<p>5. Gatas</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Agachamento</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Inclinação com costas livres</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>	<p>8. Inclinação sobre a perna de apoio</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Apoio balanceado na Bola</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>

Secção 2. Medidas de alívio da dor no trabalho de Parto. Marque **X** de 0 a 9, o nível em pensa que estas medidas podem aliviar a dor. Diga-nos as que utilizou marcando X nos quadrados “Não” e “Sim” [imagens com permissão FAME]

<p>1. Duche quente</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Presença constante da Enfermeira</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>	<p>3. Massagem</p>  <p>Utilizou? 1.Não <input type="checkbox"/> 2.Sim <input type="checkbox"/></p>
---	---	---

Apêndice H: Documento de Submissão a FAME

Junta Diretiva de la Federación de Asociaciones de Matronas de España

D^{ña} Josefa Inés Santamaría Castañer
FAME- Vicepresidenta

Me presento como profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Évora, especialista en Salud Materna y Obstetricia.

En éste momento oriento algunos trabajos de master en Enfermería Obstétrica en el tema del parto normal. Al buscar la bibliografía para recomendación a los estudiantes, me parecieran interesantes y claras las figuras presentes en vuestra publicación "Iniciativa Parto Normal".

Así, me gustaría pedir vuestro permiso para utilizar algunas de las figuras y diseños. El objetivo es que las mujeres en nuestra encuesta, puedan decir algo en relación a posturas que desean y utilizan en trabajo de parto, aspecto que se presenta mejor si hay un dibujo, para que la mujer pueda señalar.

Muchas gracias por vuestra atención

Évora, 2 Julio 2013



[Prof.ª. Coordenadora]

Apêndice I: Resultados do Questionário aplicado a Enfermeiras

Características Sociodemográficas das Participantes

Participaram 21 enfermeiras com idades² compreendidas entre os 28 e os 52 anos.

A moda de idades e a mediana sobrepõem-se com o valor de 45 anos.

A média é de aproximadamente 41 anos (DP=8.24).

Todos os profissionais são do sexo feminino.

IdadeEnfermeiras		
N	Valid	21
	Missing	0
Mean		40,9524
Median		45,0000
Mode		45,00
Std. Deviation		8,24303
Minimum		28,00
Maximum		52,00

Quinze enfermeiras têm filhos.

Seis enfermeiras não têm filhos.

		Frequency	%
Valid	Não	6	28,6
	Sim	15	71,4
	Total	21	100,0

Posições no Trabalho de Parto quando em retrospectiva é questionada a suposta preferência pessoal das Enfermeiras

Das 15 enfermeiras que têm filhos, 11 responderam à questão e as possíveis preferências pessoais para a experiência de trabalho de parto mais representativas no grupo teriam sido:

- a) 1ª Preferência: Decúbito lateral.

		Frequency	%
Valid	Deitada de Lado	4	36,4
	Balanceio na bola	3	27,3
	Agachamento	1	9,1
	Inclinação Costas livres	2	18,2
	Apoio balanceado na Bola	1	9,1
	Total	11	100,0

² SPSS: Transform Compute: na Function group "Data Extraction + na Function and special variables "Xdate.Year; função é: XDATE.YEAR(T1Data2ºQuestionario) - XDATE.YEAR(T1DataNasciMulher)

- b) 2ª Preferência: com igual representação “andar e estar em pé com o acompanhante” e “movimentos rítmicos sentada”.

		Frequency	%
Valid	Andar e estar em pé com acompanhante	2	28,6
	Movimentos rítmicos sentada	2	28,6
	Agachamento	1	14,3
	Inclinação Costas livres	1	14,3
	Apoio balanceado na Bola	1	14,3
	Total	7	100,0

Das 15 enfermeiras que têm filhos, 9 responderam à questão e as possíveis preferências pessoais para a experiência de parto mais representativas no grupo teriam sido:

- a) 1ª Preferência: com igual representação “Posição ginecológica” e “semi-sentada em cama própria”.

		Frequency	%
Valid	Posição Ginecológica	3	33,3
	Vertical de cócoras	1	11,1
	Semi-sentada em cama	3	33,3
	Imersão na água	1	11,1
	Horizontal na cama	1	11,1
	Total	9	100,0

- b) 2ª Preferência: com igual representação “vertical de cócoras” e “horizontal na cama”.

		Frequency	%
Valid	Posição Ginecológica	1	14,3
	Vertical de cócoras	2	28,6
	Semi-sentada em cama	1	14,3
	Imersão na água	1	14,3
	Horizontal na cama	2	28,6
	Total	7	100,0

Dados da Carreira Profissional

Tendo por referência ao ano de 2013, observa-se que das 14 Enfermeiras que realizaram como formação inicial em Enfermagem o Bacharelato, em média, exercem desde há 21. 07 anos (DP=5.35), variando entre um mínimo de 13 e um máximo de 28 anos.

Nos 19 casos que responderam à questão, a licenciatura foi atingida entre um mínimo de 6 e um máximo de 15 anos.

Anos-Enfermeira		
N	Valid	14
	Missing	7
Mean		21,0714
Median		23,0000
Mode		14,00 ^a
Std. Deviation		5,35601
Minimum		13,00
Maximum		28,00

Anos-Licenciatura		
N	Valid	19
	Missing	2
Mean		11,2105
Median		11,0000
Mode		10,00 ^a
Std. Deviation		2,78047
Minimum		6,00
Maximum		15,00

Quanto à Especialização em ESMO regista-se no grupo desde 1998 [há 15 anos] e recentemente, com conclusão em 2013.

		Frequency	%
Valid	1998	3	14,3
	1999	4	19,0
	2005	1	4,8
	2006	1	4,8
	2007	1	4,8
	2008	5	23,8
	2010	2	9,5
	2012	3	14,3
	2013	1	4,8
	Total	21	100,0

Opiniões e Práticas das Enfermeiras SMO

Tendo como orientação as Recomendações da OMS (1996), apresentam-se seguidamente as frequências referentes a opiniões e práticas que as Enfermeiras realizam ao cuidar as parturientes. A solicitação de respostas foi pedida no enquadramento de situações de gravidez de baixo risco, sem sinais de complicação no TP e Parto.

		Não	Sim
A1	O Plano de Parto é um instrumento que os enfermeiros devem valorizar na assistência à parturiente?	4	16
A2	Na admissão na maternidade quando observa a parturiente revê os fatores de risco da gravidez?	-	21
A4	Durante o TP e Parto dá à parturiente líquidos (água, chá, sumos de fruta...)?	9	12
A7	A privacidade da parturiente é respeitada durante o TP e Parto?	4	17
A9	É desejável que a parturiente seja acompanhada por pessoa por ela designada durante as 24 horas do dia?	7	14
A10	Dá à parturiente todas as informações e explicações que ela lhe solicita durante o TP e Parto?	-	21
A11a	Aplica frequentemente métodos invasivos e farmacológicos para alívio da dor durante o TP e Parto?	5	16
A11b	Acompanha a parturiente durante todo o TP fazendo-lhe massagens?	19	2
A11c	Acompanha a parturiente durante todo o TP ensinando a relaxar?	1	20
A12a	Durante o TP coloca a monitorização externa [CTG] de forma intermitente?	9	12
A12b	Durante o TP mantém a monitorização externa [CTG] de forma contínua?	6	15
A15	Dá liberdade à parturiente para ela se movimentar e escolher as posições durante o TP e Parto?	13	7
A16	Estimula as posições não supinas [não deitadas de costas] durante o TP e Parto?	8	13
A17	Monitoriza o progresso do TP usando por exemplo o Partograma da OMS?	20	1
A18	Aplica gestão ativa no 3º Estádio do TP na mulher em risco de hemorragia pós-parto [administra útero-tónicos ao 1º minuto após expulsão RN, tração controlada do cordão, massagem uterina pós-dequitação]?	18	2
A21a	Após o parto antes do corte do cordão dá imediatamente o RN à mãe para promover vinculação precoce?	9	12
A21b	Ajuda a mulher e assiste à pega do RN nos primeiros 30 minutos de vida?	2	19

		Não	Sim
B1	Fornece à mulher à entrada na Maternidade [sala de admissão] um Microlax para a senhora colocar?	2	19
B2	Na altura do parto faz a tricotomia dos pelos púbicos da senhora?	1	20
B3a	Durante o TP é frequente colocar soro?	1	20
B5c	Durante o TP recomenda à parturiente para se mobilizar [levantar, deitar, andar, agachar, sentar-se...]?	13	8
B9	Para realizar o Parto coloca a parturiente em posição ginecológica (deitada de barriga para cima, pernas colocadas em apoios/estribos ou segurando-as)?	-	21
B10a	No 2º Estádio do TP “comanda” a parturiente nos esforços expulsivos dizendo-lhe quando deve sustar a respiração, fazer força prolongada [Manobra de Valsalva]?	1	20

		Não	Sim
C3	Utiliza por vezes durante o período expulsivo a Manobra de Kristeller [pressionar no abdómen, na região do fundo uterino, para ajudar a expulsão do nascituro]?	3	18
C4	Utiliza manobras para proteger o períneo e controla o polo cefálico fetal no momento do nascimento?	1	19
C7	Executa o corte do cordão umbilical imediatamente após a expulsão do feto?	3	16

		Não	Sim
D8	Sugere às parturientes que peçam a Epidural, sem as próprias terem a iniciativa de a pedir?	16	5
D6	A cervicometria é avaliada com frequência e por mais que uma colega no mesmo turno, durante o TP?	6	15
D8a	Quando a dilatação está completa a parturiente é transferida para outra sala para ocorrer o parto?	3	18
D9a	O esvaziamento vesical é uma prática habitual durante o TP e Parto Normal sem Epidural?	17	4
D9b	O esvaziamento vesical é uma prática habitual durante o TP e Parto com Epidural?	-	21
D10	Quando a dilatação está completa/quase encoraja a mulher a fazer força antes de ela ter vontade de fazer?	14	7
D13	A episiotomia é uma prática que usa habitualmente na altura do parto?	9	12

Posições durante o TP e Parto.

Apresentam-se os resultados referentes à opinião das enfermeiras relativamente ao nível de ajuda, que varias posições podem ter para a mulher em trabalho de Parto e Parto, numa escala de 0 a 9;

As posições utilizadas e recomendadas às parturientes são também apresentadas em frequências.

Deitada de lado				Andar e estar de pé apoiada no acompanhante				Balanceio na Bola				Movimentos ritmicos sentada				Gatas			
																			
Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max
6.7	7	0	9	6.4	7	0	9	5.9	5	0	9	6.1	6	0	9	5.6	6	0	9
Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/	
-		21		13		6		18		3		18		3		18		3	

Agachamento				Inclinação com costas livres				Inclinação sobre a perna de apoio				Apoyo balanceado na Bola			
															
Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max
6.3	8	0	9	5.9	5	0	9	4.6	5	0	9	5.7	5	0	9
Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/	
17		4		17		4		20		1		18		3	

Medidas de alívio da dor no Trabalho de Parto.

Apresentam-se os resultados referentes à opinião das enfermeiras quanto ao nível de alívio da dor no Trabalho de Parto, face a três medidas passíveis de ser instituídas.

Referem-se também as frequências sobre a aplicação que as enfermeiras fazem destas medidas de alívio.

Duche quente				Presença constante da Enfermeira				Massagem			
											
Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max
7	8	0	9	5.3	6	0	9	6.3	7	1	9
Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/	
6		15		15		6		15		6	

Posição para “Puxar”

Apresenta-se a opinião das enfermeiras face ao nível de ajuda que supõem ter 12 posições para o “puxo”. Referem-se as frequências com que estas posições são aplicadas em parturientes as posições para puxar.

“Puxo” de joelhos				“Puxo” deitada de lado				“Puxo” sentada			
											
Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max
6.1	7	1	9	7	8	4	9	7.3	9	4	9
Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/	
21		-		4		17		8		13	

Posição durante o Parto.

Através dos resultados seguintes descreve-se a opinião das enfermeiras face ao nível de ajuda que supõem que estas posições podem ter para a parturiente. Apresentam-se também as frequências da sua utilização.

Parto em posição ginecológica				Parto vertical de cócoras				Parto vertical em Pé			
											
Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max
5.7	8	0	9	6.4	7	3	9	5.9	6	2	9
Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/	
-		21		21		-		20		1	

Semi-sentada em cama propria				Parto vertical de joelhos				Parto horizontal lateral			
											
Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max
6.9	6	4	9	5.2	5	0	9	4.8	4	0	8
Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/	
15		5		20		1		21		-	

Parto de Joelhos				Parto em imersão				Parto horizontal na cama			
											
Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max	Media	Moda	Min	Max
5.5	4	1	9	5.5	7	1	9	5.8	7	0	8
Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/		Ñ usa; Ñ recom/		Usa; recom/	
21		-		21		-		3		18	

Apêndice J: Resultados do Questionário aplicado a Parturientes

Características Sociodemográficas das participantes

Participaram 125 clientes, com idades³ compreendidas entre os 17 e os 43 anos e média de 30,8 anos (DP=5,45), referida à data de preenchimento do Questionário.

IdadeAtual	
Mean	30,84
Mode	31
Std. Deviation	5,45
Minimum	17
Maximum	43

Nas 125 clientes, o tempo decorrido entre a entrada na maternidade⁴ e o parto foi em média de 14,5 horas, com um mínimo de 0,17h [aprox. 10 minutos] e um máximo de 94,58h [3,9 dias].

Tempo Entrada-Parto	
Mean	14,52
Mode	4,00
Std. Deviation	14,88
Minimum	0,17
Maximum	94,58

Características dos Recém-nascidos

Os filhos das 125 clientes pesavam em média 3,207 Kg, com uma moda de 3,050 Kg, variando entre um mínimo de 2,080 Kg e um máximo de 4,050 Kg.

Tempo Entrada-Parto	
Mean	3,207
Mode	3,050
Std. Deviation	0,379
Minimum	2,080
Maximum	4,050

Ao 1º Minuto a grande maioria dos RN apresentava um Índice de APGAR de 9 [n=52; 41,6%] ou 10 [n=55; 44%].

	Frequency	Valid Percent
3,00	1	,8
5,00	4	3,2
7,00	2	1,6
8,00	11	8,8
9,00	52	41,6
10,00	55	44,0
Total	125	100,0

³ SPSS: Transform Compute: na Function group "Data Extraction + na Function and special variables" "Xdate.Year e depois a função: XDATE.YEAR(DataQuestionario) - XDATE.YEAR(DataMulherNasc)

⁴ SPSS: Transform Compute: na Function group "Data Extraction + na Function and special variables" "Xdate.Time e depois a função é: (DataHoraParto - DataHoraEntrada)/3600

Ao 5º Minuto a grande maioria dos RN apresentava um Índice de APGAR de 10 [n=119; 95,2%].

A maioria das clientes apresentou uma gravidez de baixo risco [n=106; 84,8%]; figuram com médio risco 11 [8,8%] e alto risco 8 [6,4%].

	Frequency	Valid Percent
Baixo	106	84,8
Médio	11	8,8
Alto	8	6,4
Total	125	100,0

Exceto 3 casos, quase todas as participantes recorreram a vigilância da gravidez.

	Frequency	Valid Percent
Não	3	2,4
Sim	122	97,6
Total	125	100,0

Os locais mais representativos de vigilância da gravidez são respetivamente no HESE (n=47; 37,6%) e clinica privada (n=46; 36,8%).

	Frequency	Valid Percent
Hosp S.Sebast e HESE	1	,8
CPrivada	46	36,8
CPrivada e HESE	16	12,8
CS	2	1,6
CS e HESE	9	7,2
CUF e HESE	1	,8
HESE	47	37,6
HESE CPrivada e CS	2	1,6
HMisericordia Évora	1	,8
Total	125	100,0

Em média as participantes realizaram 7 consultas, com um mínimo de 2 e um máximo de 20.

C6NºConsultaGravidez		
N	Valid	125
	Missing	0
Mean		7,05
Median		7,00
Mode		7
Std. Deviation		2,479
Minimum		2
Maximum		20

Constata-se que com 3 consultas ou menos [fraca/não vigilância] se encontram 8 participantes.

	Frequency	Valid Percent
2	1	,8
3	7	5,6
4	9	7,2
5	12	9,6

6	23	18,4
7	24	19,2
8	17	13,6
9	22	17,6
10	1	,8
10	3	2,4
11	1	,8
12	2	1,6
13	1	,8
15	1	,8
20	1	,8
Total	125	100,0

A Dor (46.3% de enunciado), a REBA (32.5% de enunciado) e o sinal de parto (26% de enunciados) são os motivos mais frequentes da resolução para a ida para a Maternidade.

\$Ida Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$Ida ^a	C8Bolsa	40	24,7%	32,5%
	C8SinalParto	32	19,8%	26,0%
	C8Dores	57	35,2%	46,3%
	C8Data	20	12,3%	16,3%
	C8Semanas41	13	8,0%	10,6%
Total		162	100,0%	131,7%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

As 40 semanas são a idade gestacional mais representativa à data de entrada na Maternidade.

	Frequency	Valid Percent
34,00	1	,8
36,00	4	3,2
37,00	5	4,0
38,00	18	14,4
39,00	26	21,6
40,00	47	37,6
41,00	23	18,4
Total	125	100,0

De acordo com a percepção das participantes, a cervicometria à hora de entrada na Maternidade era superior a 4cm em 21 casos (18,2%).

Os dados mais representativos estão nas participantes cuja percepção sobre a dilatação está abaixo de 4cm.

		Frequency	Valid Percent
Valid	0	36	31,3
	1	16	13,9
	2	26	22,6
	3	16	13,9
	4	11	9,6
	5	3	2,6
	6	2	1,7
	8	2	1,7
	9	1	,9
	10	2	1,7

10 participantes não responderam à questão.

	Total	115	100,0
Missing	System	10	
Total		125	

De acordo com a percepção das participantes, a rotura de membranas foi provocada em 69 casos (57.5%).

		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	69	57,5
	Não	51	42,5
	Total	120	100,0
Missing	System	5	
Total		125	

5 participantes não responderam.

Considerando as 69 participantes que referem ter sido realizada a rotura de membranas, das 61 que responderam à questão, a maioria apercebeu-se que tal ocorreu quando a dilatação se encontrava entre 6-8 cm.

		Frequency	Valid Percent
Valid	0	2	3,3
	2-3 cm	7	11,5
	4-5 cm	13	21,3
	6-8 cm	28	45,9
	9-10 cm	11	18,0
	Total	61	100,0
Missing	System	8	
Total		69	

A maior parte das participantes teve recurso a analgesia Epidural (n=77; 62.1%).

		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	77	62,1
	Não	47	37,9
	Total	124	100,0
Missing	System	1	
Total		125	

A maior parte das participantes refere ter ocorrido parto normal/vaginal (n=82; 66.1%).

Em 25% das participantes o parto

		Frequency	Valid Percent
Valid	Normal Vaginal	82	66,1
	Ferros/Ventosa	31	25,0
	Cesariana	11	8,9

vaginal ocorreu com aplicação de fórceps/ventosa (n=31).

	Total	124	100,0
Missing	System	1	
Total		125	

Em média, numa escala de 0 a 100, o nível médio de dor recordado pelas participantes é de 77,98 (DP=21.96).

C15DorTP		
N	Valid	125
	Missing	0
Mean		77,98
Median		80,00
Mode		100
Std. Deviation		21,964
Minimum		0
Maximum		100

Cerca de 43% participantes refere um nível de dor ≥ 90 .

		Frequency	Valid Percent
Valid	0	1	,8
	10	3	2,4
	35	2	1,6
	40	1	,8
	45	2	1,6
	50	10	8,0
	55	1	,8
	60	10	8,0
	65	3	2,4
	70	9	7,2
	75	3	2,4
	80	21	16,8
	85	4	3,2
	87	1	,8
	90	17	13,6
	92	2	1,6
	95	1	,8
	97	1	,8
	100	33	26,4
Total		125	100,0

Em média, numa escala de 0 a 100, o nível médio recordado pelas participantes quanto ao apoio proporcionado pelas enfermeiras durante o Trabalho de Parto é de 74,62 (DP=26,35).

C16ApoioEnFTP		
N	Valid	125
	Missing	0
Mean		74,62
Median		80,00
Mode		100
Std. Deviation		26,355
Minimum		0
Maximum		100

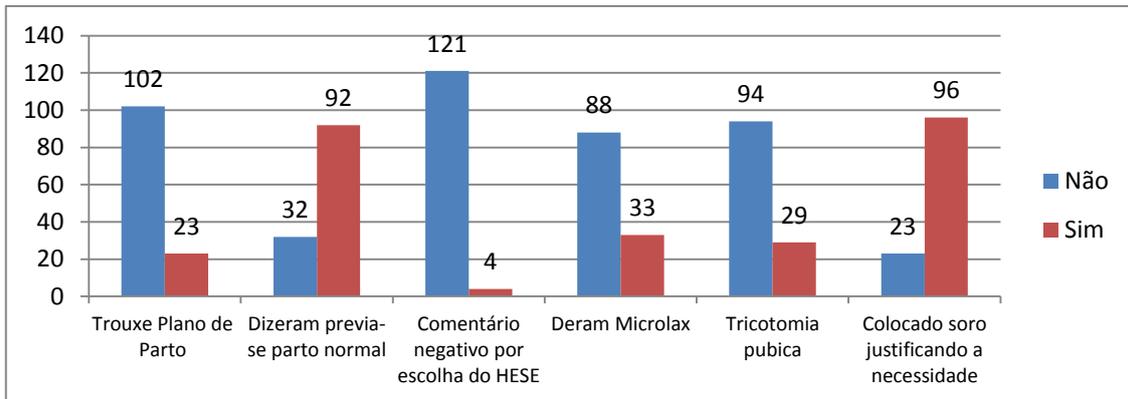
Cerca de 40.8% participantes refere um nível de apoio das enfermeiras no Trabalho de Parto ≥ 90 .

		Frequency	Valid Percent
Valid	0	3	2,4
	10	1	,8
	20	2	1,6
	25	4	3,2
	30	1	,8
	40	4	3,2
	45	3	2,4
	50	12	9,6
	55	2	1,6
	59	1	,8
	60	9	7,2
	70	3	2,4
	75	2	1,6
	80	21	16,8
	85	6	4,8
	90	10	8,0
	97	2	1,6
	100	39	31,2
Total	125	100,0	

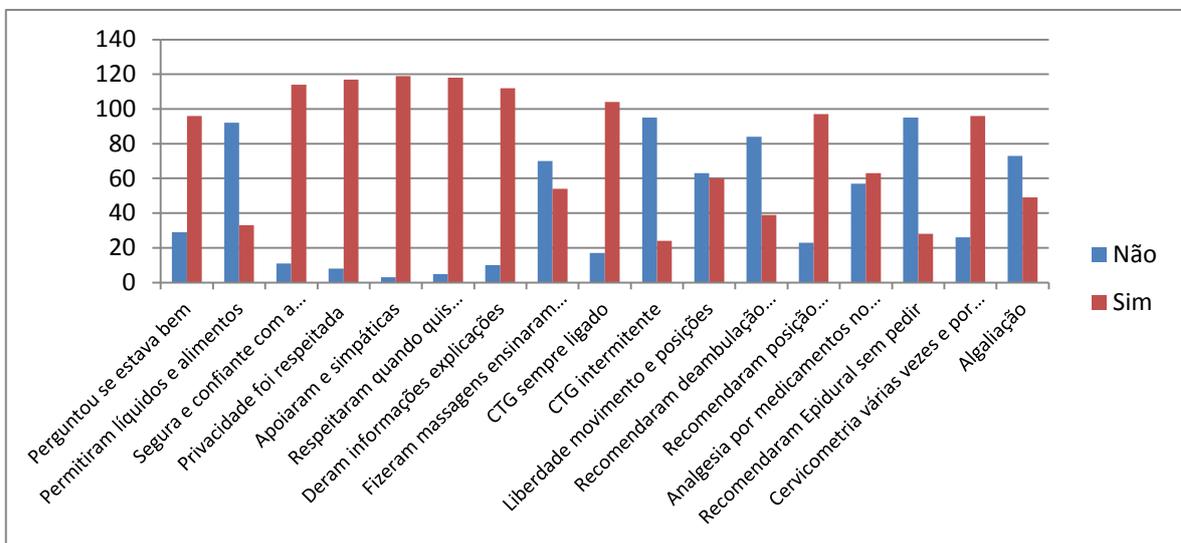
Em média, numa escala de 0 a 100, o nível médio recordado pelas participantes quanto ao apoio proporcionado pelas enfermeiras durante o Trabalho de Parto é de 74,62 (DP=26,35).

C16ApoioEnFTP		
N	Valid	125
	Missing	0
Mean		74,62
Median		80,00
Mode		100
Std. Deviation		26,355
Minimum		0
Maximum		100

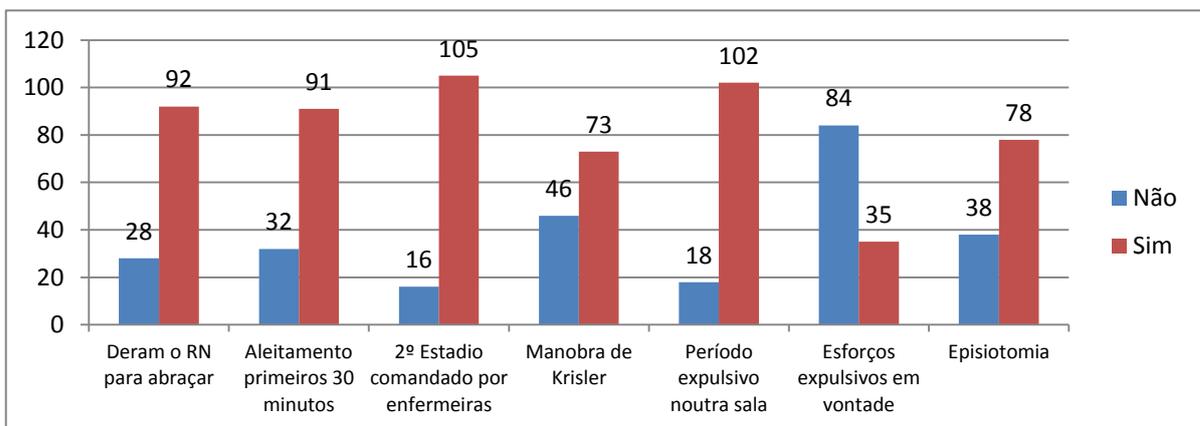
Procedimentos na Admissão



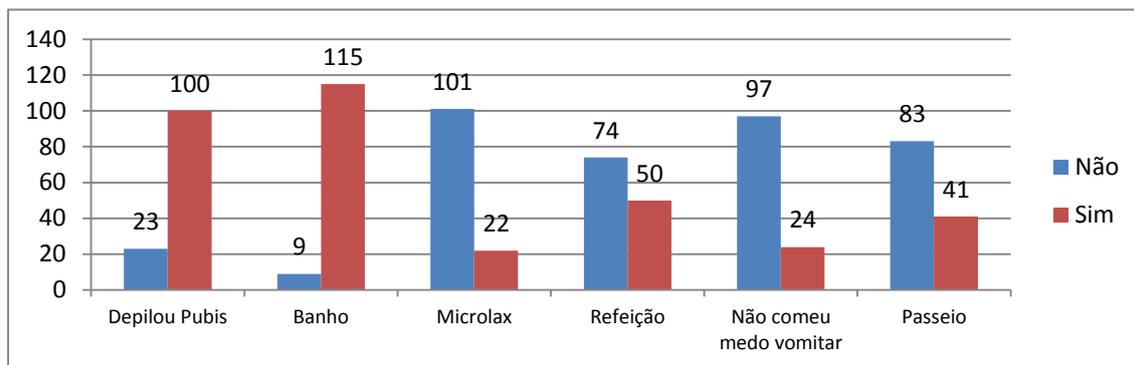
Procedimentos durante o Trabalho de parto



Procedimentos após o período expulsivo



Práticas preparatórias do parto realizadas pelas participantes por iniciativa própria antes da Admissão na maternidade.



Posições durante o Trabalho de Parto

Numa escala de 0-9, **as médias acima de 5**, quanto ao nível de ajuda que as parturientes supõem úteis na postura durante o TP encontram-se 1) no decúbito lateral, 2) andar e estar de pé apoiada no acompanhante, 3) Balanceio na bola, 4) movimentos rítmicos sentada.

Numa escala de 0-9, **as médias abaixo de 5**, quanto ao nível de ajuda que as parturientes supõem úteis para aliviar a dor, encontram-se 1) gatas, 2) agachamento, 3) inclinação de costas livre, 4) inclinação sobre a perna e 5) apoio balanceado.

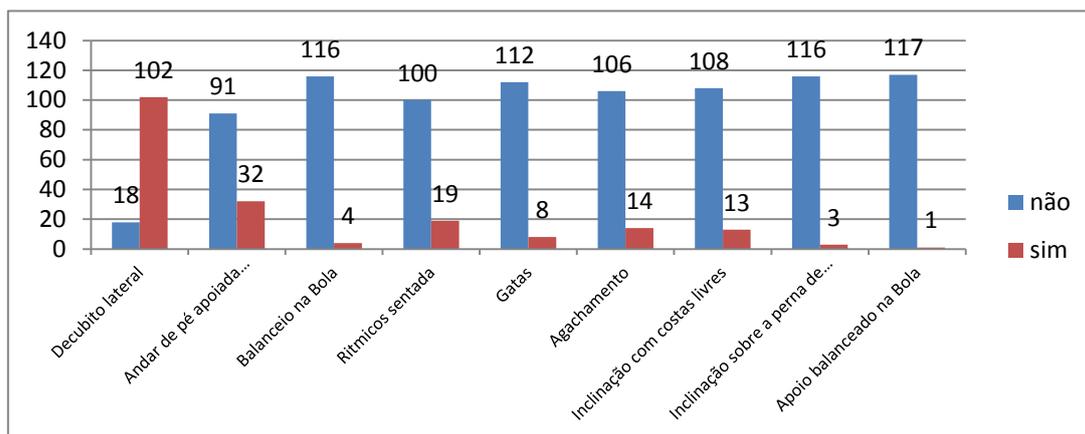
	Decúbito Lateral	Andar e estar de pé	Balanceio na Bola	Rítmicos sentada	Gatas	Agachamento	Inclinação com costas livres	Inclinação sobre a perna	Apoio balanceado	
N	Valid	105	85	76	80	81	80	79	77	77
	Missing	20	40	49	45	44	45	46	48	48

Posições durante o Trabalho de Parto

A maior parte das participantes utilizou o decúbito lateral como posição durante o TP.

Os restantes comportamentos não foram utilizados pela maioria das participantes.

Mean	6,54	5,46	5,09	5,05	4,56	4,73	4,85	4,38	4,68
Median	7,00	6,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Mode	9	9	5	5	5	5	5	5	5
Std. Deviation	2,465	2,843	2,738	2,540	2,725	2,658	2,418	2,529	2,541



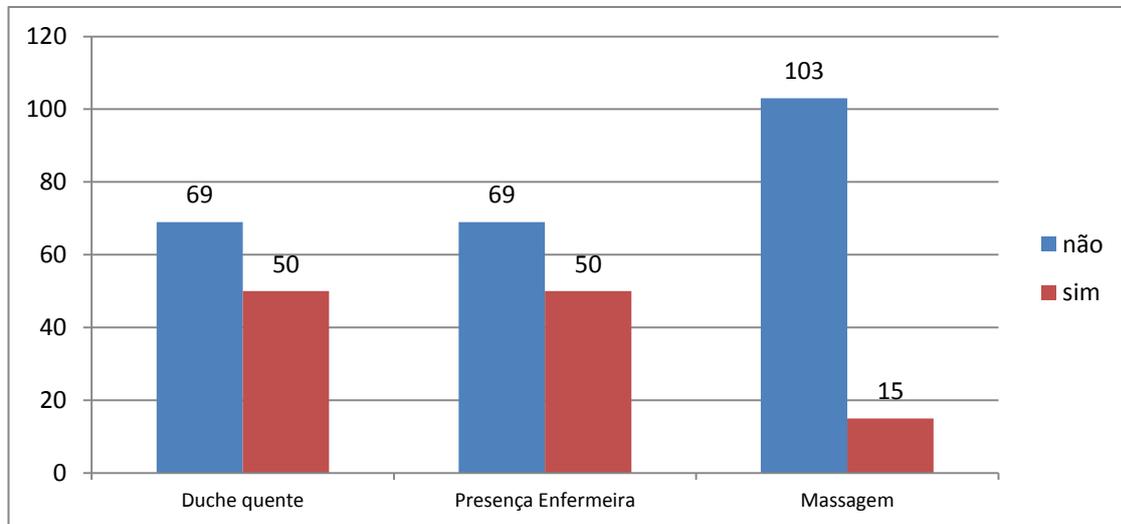
Medidas de alívio da dor no trabalho de Parto.

Numa escala de 0-9, **as medias acima de 5**, quanto ao alívio da dor que as parturientes supõem uteis encontram-se 1) no duche quente, 2) Presença constante da enfermeira, 3) Massagem.

		Med3-Duche quente	Med3-Presença constante	Med3-Massagem
N	Valid	89	91	83
	Missing	36	34	42
Mean		6,47	6,44	6,07
Median		7,00	7,00	6,00
Mode		9	9	9
Std. Deviation		2,262	2,367	2,512
Minimum		0	0	0
Maximum		9	9	9

Medidas de alívio da dor no trabalho de Parto.

A maior parte das parturientes não obteve como medidas de alívio da dor 1) duche quente, 2) presença constante da enfermeira 3) massagem.



Posição para "Puxar"

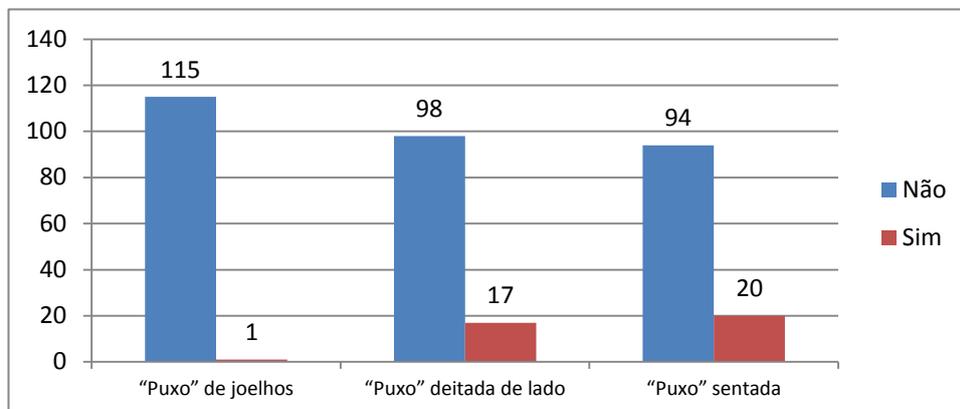
Numa escala de 0-9, **a média acima de 5**, quanto às posições de ajuda no puxo que as parturientes supõem úteis encontra-se 1) na posição de sentada.

Numa escala de 0-9, **as médias abaixo de 5**, quanto às posições de ajuda no puxo que as parturientes supõem úteis encontra-se 1) na posição de joelhos e 2) em decúbito lateral.

		Puxo1-jelhos	Puxo2-deitada de lado	Puxo3-sentada
N	Valid	71	76	74
	Missing	54	49	51
Mean		4,62	4,71	5,54
Median		5,00	5,00	6,00
Mode		5	5	6
Std. Deviation		2,648	2,612	2,445
Minimum		0	0	0
Maximum		9	9	9

Posição para “Puxar”

A maioria das parturientes não realizou o “Puxo” 1) de joelhos, 2) decúbito lateral e 3) sentada.



Posição durante o Parto

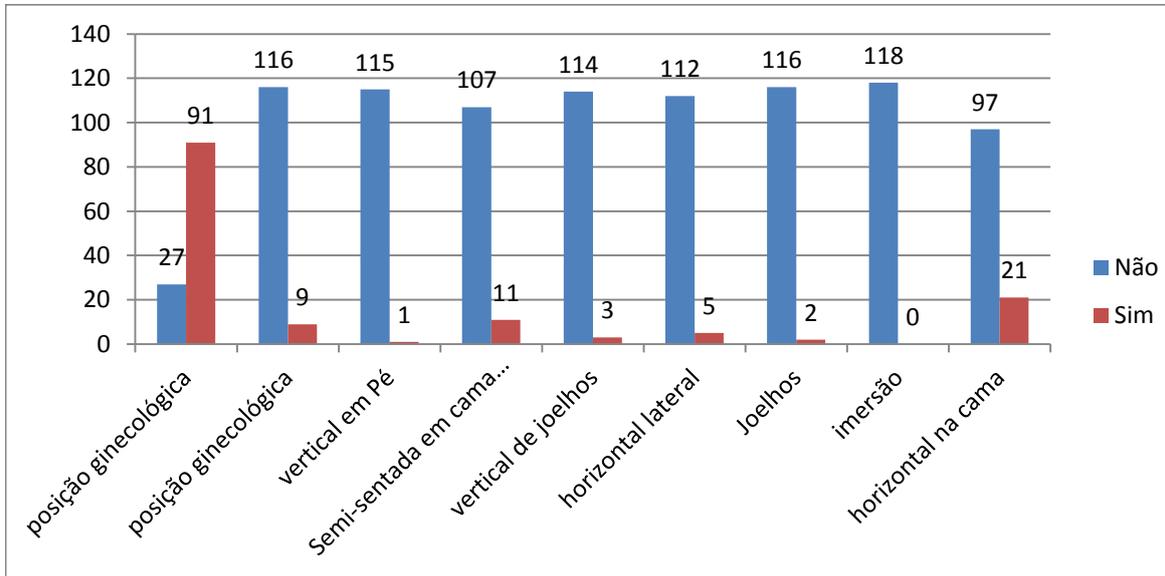
Numa escala de 0-9, **as médias acima de 5**, quanto ao nível de ajuda que as parturientes supõem úteis na postura durante o período expulsivo encontram-se 1) posição ginecológica, 2) semi-sentada, 3) Banho de imersão, 4) horizontal na cama.

Numa escala de 0-9, **as médias abaixo de 5**, quanto ao nível de ajuda que as parturientes supõem úteis na postura durante o período expulsivo encontram-se 1) vertical cócoras, 2) vertical em pé, 3) vertical de joelhos, 4) horizontal lateral 5) joelhos.

		posição ginecológica	vertical de cócoras	vertical em Pé	Semi-sentada	vertical de joelhos	horizontal lateral	Joelhos	imersão	horizontal na cama
N	Valid	100	70	71	75	72	73	72	73	77
	Missing	25	55	54	50	53	52	53	52	48
	Mean	7,03	4,79	3,49	5,24	3,88	3,86	3,89	5,67	5,35
	Median	8,00	5,00	3,00	5,00	4,00	4,00	4,00	6,00	5,00
	Mode	9	5	3	4	4	5	5	9	5
	Std. Deviation	2,213	2,593	2,437	2,546	2,545	2,502	2,532	2,724	2,507
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Maximum	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Posição durante o Parto

A maior parte das parturientes realizou o parto em posição ginecológica.



Apêndice K: Pedido de autorização do projeto ao HESE

Ex.mo Sr. Presidente do Conselho de Administração do HESE-EPE

Maria João Gouveia Alves Pimenta Marques, Enfermeira graduada, com o título de Pós-Licenciatura na Especialização em Enfermagem na área de Saúde Materna e Obstetrícia, a exercer funções nesta instituição, no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, vem por este meio solicitar autorização para a implementação do projeto “Parto normal/natural assistido: Projeto para a Assistência em Meio Hospitalar no HESE-EPE”, no âmbito do 3.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem, S. João de Deus – Évora. O objetivo geral deste projeto visa preparar a criação de um espaço de nascimento em meio hospitalar para a assistência ao parto normal/natural assistido.

O projeto é norteado por orientações da Organização Mundial de Saúde e converge para os atuais paradigmas de assistência ao parto.

Agradecendo antecipadamente, sem outro assunto.

Évora, 15 de Abril de 2013

Maria João Pimenta Marques

Apêndice L: Apresentação do Projeto



PARTO NORMAL/NATURAL ASSISTIDO: PROJETO PARA ASSISTÊNCIA EM MEIO INTRA-HOSPITALAR NO HESE-EPE

Mestranda: Enf.ª Maria João Pimenta Marques
Orientadora: Prof.ª Margarida Sim Sim

JUNHO 2013

OBJETIVO

- Informar a equipa de Enfermagem, Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia sobre o tema e conteúdo do projeto
- Sensibilizar a equipa para a implementação do projeto

- O parto do que é possível conjecturar através da interpretação histórico-antropológica ancestral, era um ato solitário, produto de um cruzamento ocasional entre dois seres de sexo oposto (Montenegro & Rezende, 2011).
- Com a evolução da espécie, numa perspectiva postural, a necessidade de ajuda e assistência ter-se-á insinuado a partir do bipedismo já presente no *Homo Ergaster* e *Homo Erectus* há cerca de 2,5 a 1,8 Ma (Harcourt-Smith & Aiello, 2004).

- Acompanhando o bipedismo instalaram-se outras transformações, nomeadamente a redução do diâmetro corporal ântero-posterior, a inclinação e configuração da bacia, atualmente designada como ginecóide e diferente das bacias das restantes fêmeas primatas.
- Na sequência do tempo, a Revolução do Neolítico, há cerca de 10.000 anos, com a passagem da recolheção à agricultura, levou ao sedentarismo humano.

- Modificou-se a interação na comunidade, aumentou-se a proteção dos seus elementos e particularmente da espécie, dada a maior assistência oferecida pelo grupo, à mulher em trabalho de parto.
- O parto tornou-se um acontecimento com dimensão social, tanto pelo novo elemento na comunidade, como pela figura de apoio e ajuda à mulher em parto.
- O sedentarismo trouxe melhoria na nutrição da mulher, conseqüente robustez do feto.

- Factos a considerar no percurso do móbil fetal, ao enfrentar os 20cm mais dramáticos da existência, perante um canal de parto com concavidades e diferentes diâmetros, onde terá que ocorrer rotação, acomodação cefalo-pélvica, numa apresentação predominantemente occipito-posterior (Rosenberg & Trevathan, 2002; Montenegro & Rezende, 2011).

- Resulta desta forma que o parto, por razões sociobiológicas, constitui nos humanos um evento que justifica a presença de ajuda do exterior, na figura da parteira (Montenegro & Rezende, 2011).
- Os cuidados materno-obstétricos surgem assim no momento em que o parto/nascimento passou a ser um acontecimento assistido além do processo biológico (Kitzinger, 1996; Montenegro & Rezende, 2011).

- As EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS têm vindo a demonstrar que a fisiologia do parto necessita ser respeitada, sendo tal defendido pela Organização Mundial de Saúde [OMS], desde há cerca de 17 anos (OMS, 1996).
- Estando esta perspectiva fisiológica ameaçada, criam-se movimentos com vista a promover o parto normal, realçando o atendimento eficaz e de acordo com as necessidades básicas de cada mulher em trabalho de parto.

- 
- Estes movimentos nacionais e internacionais surgem como apoiantes e promotores de Centros de Parto Normal, Casas de parto.
 - Em Portugal surge a iniciativa da Confraria de Partoiras e a associação de enfermeiras Obstetras.
 - Numa visão alternativa do parto, procura-se uma assistência personalizada, com atenção à informação da mulher, para que seja o centro em todo este processo (Kitzinger, 2004).

- 
- Os serviços de saúde convencionais desvalorizam a participação ativa da parturiente e continua-se a atuar com procedimentos rotineiros e dispensáveis, aumentando-se a intervenção clínica, que redonda não raras vezes em cesariana.
 - De facto a taxa de cesarianas em Portugal é uma preocupação (i.e. em 2010 36,6%; em 2011 31,0%) existindo mesmo uma Comissão recentemente nomeada para estudo, definição de normas e orientações (Portugal, 2013).
 - Ou seja nas últimas décadas o parto tem sido centrado no profissional de saúde e nas normas institucionlizadas (Rocha, Novaes, 2010).

- 
- A OMS num esforço de várias décadas que se iniciaram com a Declaração de Fortaleza em 1985, seguindo para a publicação do Manual "Care in Normal Birth" em 1996.
 - Defende e continua a recomendar a assistência à mulher sem risos, uma perspetiva não medicalizada do trabalho de parto e parto (OMS, 1996).

- 
- Na publicação de 1996, a OMS define, mesmo as práticas obstétricas em quatro categorias baseadas em evidências científicas, dominando uma perspetiva menos interventiva sobre a mulher e mais pró-ativa da parte desta. Ou seja, o profissional de saúde, na verdade assiste à mulher.

- 
- Como profissional que assiste, a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia [EESMO] é reconhecida por esta entidade nas suas competências (OMS, 1996).
 - No modelo assistencial da OMS, é definido um conjunto de práticas, abordando a promoção do parto e nascimento saudáveis e prevenção da mortalidade materna e perinatal.

CLASSIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS NO PARTO NORMAL. (OMS, 1996)

- 
- A – Práticas que são útilmente demonstradas e que deveriam ser encorajadas.
 - B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas.
 - C – Práticas cuja evidência científica é insuficiente para suportar uma clara recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais as clarificam a ser utilizadas.
 - D – Práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada.

- 
- As práticas obstétricas visam o respeito pelo processo fisiológico e pela dinâmica de cada nascimento, assim como as intervenções cuidadosas, evitando excessos e utilizando criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (Schneck & Riesco, 2006).

- Para tal as EESMO têm preparação.

- 
- Parto Normal, como o parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento, no qual a criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição.

- Parto Natural Assistido, o parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, assistido por profissional de saúde (OMS, 1996; Ordem dos Enfermeiros, 2012).

OBJETIVO GERAL DO PROJETO

- Preparar a criação de um espaço de nascimento em meio hospitalar para a assistência ao parto normal/natural assistido.

AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

➢ Referem que os centros alternativos de parto normal integrados em Instituição Hospitalar estão associados a:

- Menor taxa de intervenção medicalizada
- Maior probabilidade de parto vaginal espontâneo
- Maior satisfação materna
- Maior probabilidade de aleitamento materno exclusivo medido aos 1º e 2º meses pós-parto, sem aumento de risco para as mães e crianças.

➢ É importante considerar que as utentes e instituições devem ser informadas sobre os benefícios dos contextos de cuidados que proporcionam um apoio ao parto normal (Hodnett, Downe & Walsh, 2012).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a atitude das EESMO relativamente ao Parto Normal/natural assistido como método alternativo de cuidados em meio hospitalar.
- Informar a equipa sobre as correntes atuais do Parto Normal/Natural assistido.

- (Re) Criar instrumentos de apoio à vigilância ao Parto Normal/Natural assistido.
- Realizar a orçamentação de material necessário ao Parto Normal/Natural assistido.
- Divulgar o Projeto de Modelo assistencial ao Parto Normal/Natural assistido.

PARA MUDAR O MUNDO

PRIMEIRO É PRECISO

MUDAR A FORMA DE NASCER

Odent, Michel (2013)

Referências Bibliográficas

- Documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal (2010). Uma visão partilhada», subscrito pela Direção Geral da Saúde, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, Ordem dos Enfermeiros.
- Hodnett, E., Downe, S. & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.cd009092.pub4/a/abstract>
- Kitzinger, S. (1996). Mães - Um estudo antropológico da Maternidade. Lisboa: Editorial Presença;
- Kitzinger, S. (2004). El nuevo Gran Libro del Embarazo y del Parto, alternativas y retos. Barcelona: Ediciones Medica.
- Montenegro, C. & Rezende Filho, J. (2011) Resende Obstetria. Rio de Janeiro: Guanabara Kuogan

- OMS (1996). Cuidados no parto normal: um guia para a prática. Departamento de Investigação e Saúde Reprodutiva. Genebra
- Portugal (2013) Despacho nº 3482/2013. Diário da República 2ª série, nº 45 de 5 de Março 8174-8175.
- Rezende, J. (1995). Obstetria, sétima edição. Rio de Janeiro: Guanabara Kuogan S.A.
- Rocha J. A., Novaes P.B. (2010). Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização mundial de saúde para parto normal, vol.38, n.º 3, Belo Horizonte
- Schneek, C.A., Riesco, M.L.G. (2006). Revista Mineira de Enfermagem, v.10, n.º 3, Belo Horizonte
- World Health Organization (1996). Care in Normal Birth: a practical guide. Geneva: Department of Reproductive Health & Research.

Apêndice M: Relatório da Visita ao Hospital S. João no Porto

Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

RELATÓRIO
VISITA AO BLOCO DE PARTOS DO HOSPITAL DE S. JOÃO
[HSJ] DO PORTO

Mestranda: Maria João Pimenta Marques

Évora
2013

INDÍCE

1. INTRODUÇÃO -----	3
2. DESCRIÇÃO DA VISITA -----	3
2.1. Recepção-----	3
2.2. Casuística de Partos-----	3
3. DESCRIÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO -----	4
3.1. Equipamento de assistência/monitorização do trabalho de parto-----	4
3.2. Cuidados durante o Trabalho de Parto-----	4
3.3. Recursos Humanos em Enfermagem-----	4
3.4. Recursos de Urgência-----	5
3.5. Recursos Disponíveis para Utilização durante o Trabalho de Parto-----	6
3.6. Ocupação do Quarto de Parto Normal-Natural-----	7
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	8
Apêndices -----	9
Apêndice A: Plano de Visita-----	10
Apêndice B: Esclarecimenyo/consentimento informado-----	12

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do 3.º Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia [SMO] e a desenvolver um Projeto com o título **Parto normal/natural assistido: Projeto para Assistência em Meio Intra-Hospitalar no HESE-EPE** e de acordo com um dos objetivos específicos realizou-se a visita ao Hospital de S. João [HSJ], mais propriamente ao Bloco de Partos [BP].

A visita decorreu no dia 26 de Junho de 2013. Foi acompanhada pela orientadora pedagógica.

Em fase prévia delineou-se um plano de visita, conforme presente no Apêndice A, aquando do pedido de autorização à Instituição visitada, através do gabinete de formação permanente.

Traçaram-se os seguintes objetivos:

- Conhecer a estrutura física da sala de partos e o modelo assistencial no parto Normal/Natural;
- Recolher informação sobre procedimentos, normas, protocolos na assistência à grávida de baixo risco durante o trabalho de parto [TP].

No presente documento, antes de descrever o espaço/reservado para o parto normal/natural/não medicalizado faz-se uma sucinta descrição da estrutura física, bem como dos recursos humanos existentes. Apresentam-se também outras informações apuradas durante a sua visita.

2. DESCRIÇÃO DA VISITA

De maneira sintética e organizando o discurso em secções, passa a descrever-se a visita realizada ao BO do HSJ.

2.1. Receção

A visita foi conduzida por a Enfermeira Alexandra Amaral (EESMO) responsável pela unidade. Posteriormente a Enfermeira Chefe Carmo Prucha deu-lhe continuidade e ambas se mostraram disponíveis e atenciosas.

2.2. Casuística de Partos

A Enfermeira Chefe informou-nos que no ano 2012 ocorreram 2800 partos e 1220 cirurgias.

3. DESCRIÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO

O Bloco de Partos [BP] situa-se no 4.º Piso do HSJ. À entrada dispõe de um dispositivo codificado que dá acesso aos funcionários. No amplo corredor da entrada, as paredes pintadas em cor-de-rosa choque estão decoradas com fotos de crianças de tenra idade.

Na ala esquerda situam-se duas salas, uma para o médico obstetra e uma outra para o Anestesiologista de serviço durante as 24 horas. Este espaço integra ainda, duas salas destinadas ao bloco operatório [BO] onde se realizam cirurgias do foro ginecológico, urológico, cesarianas de emergência ou eletivas, histeroscópias e laparoscópias. Numa outra sala situa-se o gabinete enfermagem.

3.1. Equipamento de assistência/monitorização do trabalho de parto

A Sala de Enfermagem está equipada com uma central para análise computadorizada de cardiocografia [ACC]; é utilizado nesse programa o Partograma. Existe uma central de ACC no gabinete médico e outra no corredor.

São utilizados cinco sistemas informáticos diferentes, dois deles relativos à classificação de doentes e Alert®.

3.2. Cuidados durante o trabalho de parto

Os cuidados durante o trabalho de parto são realizados em várias dependências. Uma sala destina-se à unidade de cuidados intermédios, para induções de trabalho de parto (maturação do colo), retenções ovulares, abortamento, pré-eclampsias e para outras situações clínicas do foro obstétrico e ginecológico da urgência. Existem ainda, cinco salas com duas camas que estão destinadas às mulheres em TP. Em cada uma destas salas existe uma porta que acede a um corredor exterior ao BP. O circuito (entrada e saída) é partilhado pelos acompanhantes e não interfere com a restante funcionalidade do serviço.

As grávidas em TP têm direito à permanência de um acompanhante até ao nascimento do seu filho.

3.3. Recursos Humanos em Enfermagem

Relativamente aos recursos humanos de enfermagem, no turno da manhã dez elementos asseguram os cuidados (cinco elementos para o BO e cinco para o BP). É distribuída ainda uma EESMO para cada duas salas com grávidas em TP ativo.

Ao fundo do corredor e na ala esquerda encontra-se o espaço reservado às mulheres que escolheram ter o seu filho naturalmente.

Na admissão é fornecido à grávida um documento de esclarecimento/consentimento informado sobre parto natural/não medicalizado (Apêndice B).

O espaço arquitetónico assemelha-se a um quarto de ambiente familiar. Está mobilado com uma cama de solteiro (cama idêntica às do BP da sala de partos do HESE), uma mesa-de-cabeceira, um candeeiro e um sofá (Figura 1).



Figura 1 Cama articulada

3.4. Recursos de Urgência

Os recursos de urgência estão presentes, na seguinte disposição. De ambos os lados da cama encontram-se dois armários fechados, onde estão materiais de intervenção em caso de urgência, tais como: Aspirador de secreções, Bomba infusora, Doppler para auscultação cardio-fetal, aparelho cardiotocógrafo, pemeiras e cordas de suspensão para o TP (Figura 2).



Figura 2 Armário com Recursos e Equipamentos

Em frente da cama e encostada à parede está uma cómoda de madeira, de aparência caseira, com dependências várias (Figura 3). Na parte superior da cómoda encontra-se fixada uma bancada almofadada, destinada aos cuidados imediatos do recém-nascido [RN]. As referidas gavetas dispõem de todo o material essencial para a assistência do RN (Figura 4).



Figura 2 Aparência exterior de Cômada



Figura 3 Materiais contidos nas gavetas

A parturiente durante o TP tem liberdade de movimentos, deambula pelo quarto ou pelo corredor (que dá acesso aos acompanhantes). O TP e parto são assistidos por uma EESMO.

3.5. Recursos Disponíveis para Utilização durante o Trabalho de Parto

O quarto dispõe de uma casa de banho privada, delimitada por uma porta. Neste espaço existe uma ampla banheira e uma bola de parto (Figura 5), que a parturiente poderá utilizar como medidas de alívio da dor durante o TP.



Figura 4 Banheira e Bola de Parto

Numa das paredes está afixado um *Poster* ilustrado e informativo relativo às posições que a parturiente poderá adotar com a bola de parto (Figura 6).



Figura 5 Informações para Uso da Bola de Parto

Este espaço comporta ainda, um banco de partos, que poderá vir a ser utilizado pela parturiente se desejar que o parto ocorra em posição sentada (Figura 7) e uma sanita (Figura 8).



Figura 6 Banco de Partos [Comadre]



Figura 7 Sanitário

3.6. Ocupação do Quarto de Parto Normal-Natural

De acordo com a Enfermeira Chefe a procura desse espaço pelas utentes corresponde a dois partos mensais.

As boas práticas recomendadas pela OMS, são certamente cumpridas desde que o bem-estar materno/fetal esteja assegurado.

No terminar da visita foram facultados documentos tais como: Folheto informativo sobre o guia de acolhimento, protocolo de procedimentos à grávida no momento da admissão, na fase latente/ativa do TP, parto, pós-parto e entre outros. Houve ainda oportunidade de visitar o serviço de internamento do puerpério precoce e às consultas externas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cerca das 15 horas terminou a visita. Resta enaltecer à equipa de enfermagem pela forma calorosa como fomos recebidas.

Para finalizar e a título pessoal/profissional acrescenta-se, que foi uma experiência gratificante e enriquecedora, visto ter tido a oportunidade de conhecer uma outra realidade e única no nosso País.

Apêndices

Apêndice A: Plano de Visita

PLANO DE VISITA AO BLOCO DE PARTOS DO HOSPITAL DE S. JOÃO

(mês de Junho)

OBJETIVOS	ATIVIDADES	MÊS
Conhecer a estrutura física da sala de partos e o modelo assistencial no parto Normal/Natural	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observar a estrutura física da sala de partos; ▪ Perceber o espaço arquitetónico criado para a privacidade da grávida durante o TP e parto; ▪ Localizar na sala os recursos materiais de intervenção em caso de necessidade; ▪ Examinar a dimensão da cama e materiais de recurso (não farmacológicos), para o alívio da dor em TP; ▪ Compreender através da experiência dos profissionais de saúde a necessidade/utilidade do espaço físico para o parto Normal/Natural; ▪ Identificar as boas práticas recomendadas pela OMS para o parto Normal/Natural. 	Junho
Recolher informação sobre normas, protocolos na assistência à grávida de baixo risco durante o TP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultar documentos relativos à aquisição de material da sala de partos; ▪ Analisar folhetos informativos existentes sobre parto Normal/Natural. 	

Apêndice B: Esclarecimento/consentimento informado



Hospital de S. João, E.P.E.

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – Urgência /Bloco de Partos

PARTO "NATURAL" (não medicalizado) Decisão Informada

Estas informações são para si, grávida que deseja ter um parto não medicalizado.

Este tipo de parto destina-se a mulheres sem risco. Quer isto dizer que grávidas com patologia associada (diabetes, hipertensão, doenças infecciosas, entre outras) ou patologia específica da gravidez (atraso de crescimento fetal, parto pré-termo, entre outros) terão de ter um controlo mais apertado, que não se coaduna com algumas das atitudes do parto "natural".

É de esperar que tenha tido um acompanhamento pré-natal adequado, que tenha esclarecido todas as suas dúvidas durante esse período e que tenha assistido a aulas de preparação para o parto. Deverá ter feito um plano do parto que entregará à entrada neste serviço e que ficará anexo ao processo clínico. O facto de não ter feito preparação para o parto e de não se ter esclarecido previamente junto de profissionais competentes sobre as várias etapas do trabalho de parto, pode ser prejudicial para a tão desejada naturalidade de todo o processo. O facto de ter lido alguns artigos na Internet sobre o parto natural não é de modo algum suficiente para lhe dar esta preparação.

O parto é um processo que na maior parte dos casos decorre espontânea e naturalmente. Geralmente, não acarreta qualquer risco nem para a mãe nem para o bebé, mas mesmo nos partos classificados de baixo risco, em cerca de 33% dos casos é necessária intervenção médica.

Também em mulheres que desejam o parto "natural", cerca de 20% das grávidas em trabalho de parto têm dores muito intensas que não resolvem com os meios não farmacológicos e necessitam de algum tipo de analgesia para alívio das mesmas.

Uma vez que decidiu ter um parto "natural" deve saber que a 1ª fase do trabalho de parto (período durante o qual se dá a dilatação e extinção do colo do útero) pode variar de mulher para mulher. Em média num 1º filho esta fase dura cerca de 8 h e não deverá durar mais do que 18 h. Nas múltiparas (já tiveram filhas) a primeira fase pode durar cerca de 5 h e não deverá ultrapassar as 12 h. Se a evolução da 1ª fase não decorrer desta forma e/ou se a dilatação cervical for inferior a 2 cm durante um período de 4 horas ou se houver alterações da frequência e duração das contrações uterinas, considera-se que o trabalho de parto estacionou e poderá ser necessária intervenção médica.

Depois da dilatação estar completa e de iniciar os esforços expulsivos, o parto, num 1º filho, deverá decorrer num período de 3 horas. Se ao fim de 2 h o parto não tiver ocorrido podrá ser necessária intervenção médica. Nas mulheres

que, já tiveram filhos o período expulsivo não deverá durar mais do que 2 h e ao fim de uma hora de esforços expulsivos adequados sem ter ocorrido o parto poderá ser necessária a intervenção médica.

A 3ª fase do parto (expulsão da placenta) é considerada prolongada quando excede 1 h. Nestes casos é necessário intervenção médica, assim como se surgir hemorragia abundante.

Existem situações em que é necessário a administração de antibióticos durante o trabalho de parto. As mais frequentes são o rastreio do estreptococos positivo (deverá ter feito este teste antes do parto), a rotura de membranas superior a 12 h em mulheres que desconhecem o rastreio do estreptococos, e o aparecimento de febre intra-parto.

Se optou pela avaliação dos ruídos cardíacos fetais com auscultação intermitente deve saber que há situações em que é necessário monitorização cardiotocográfica contínua. Estas situações são:

- Presença de líquido amniótico com mecónio (tingido de verde)
- Anormalia dos ruídos cardíacos fetais à auscultação
- Febre (38° uma vez ou 37,5° em duas medições sucessivas)
- Perda de sangue por via vaginal
- Se for necessário o uso de ocitocina
- Por falta de recursos humanos para auscultação intermitente, nomeadamente na 2ª fase do trabalho de parto

Se optou por não fazer episiotomia (corte no períneo) deve saber que a atitude dos profissionais deste Serviço é de não realização de episiotomia a não ser que seja necessário. Deve saber que há situações em que esta é justificável, nomeadamente:

- Se houver necessidade clínica de parto instrumentado
- Se houver sofrimento fetal
- Se houver risco de laceração perineal

Se optar por se alimentar durante o trabalho de parto deve saber que em caso de necessitar de uma intervenção emergente esta terá de ser com anestesia geral e o facto de não ter jejum poderá aumentar os riscos.

Eu _____
desejo ter uma parto "natural", e depois de ter lido atentamente estas informações e ter esclarecido todas as dúvidas sobre as questões abordadas, declaro que permitirei a intervenção médica nas situações adequadas.

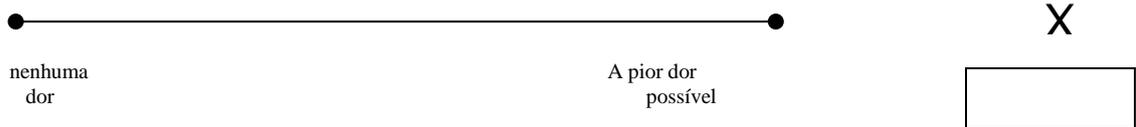
Assinatura _____

Apêndice N: Questionário aplicado no Domicílio

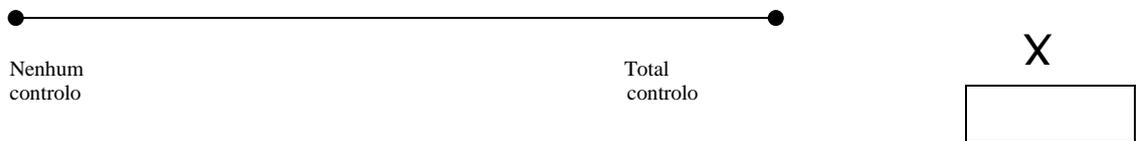
	Concordo Totalmente	Concordo Muito	Discordo muito	Discordo Totalmente
1.O trabalho de parto e o nascimento aconteceram como eu esperava	4	3	2	1
2.Senti-me forte durante o trabalho de parto e o nascimento.	4	3	2	1
3. Senti- me assustada durante o trabalho de parto e o nascimento.	4	3	2	1
4.Senti capacidades durante o trabalho de parto e o nascimento	4	3	2	1
5.Estava cansada durante o trabalho de parto e o nascimento	4	3	2	1
6.Senti-me feliz durante o trabalho de parto e o nascimento.	4	3	2	1
7.Tenho muitas lembranças positivas do parto.	4	3	2	1
8.Tenho muitas recordações negativas do parto.	4	3	2	1
9.Algumas das minhas recordações sobre o parto fazem-me sentir deprimida.	4	3	2	1
10.Eu senti que poderia ter escolhido se queria estar levantada ou deitada	4	3	2	1
11.Eu senti que poderia ter decidido qual a posição do parto.	4	3	2	1
12.Eu senti que poderia ter escolhido as formas de aliviar a dor.	4	3	2	1
13.A minha parteira dedicou-me o tempo necessário.	4	3	2	1
14.A minha parteira dedicou o tempo necessário ao meu marido/companheiro	4	3	2	1
15.A minha parteira foi-me informando sobre o que ia acontecendo durante o trabalho de parto e nascimento.	4	3	2	1
16.A minha parteira compreendeu as minhas necessidades.	4	3	2	1
17.Senti-me muito bem cuidada pela minha parteira.	4	3	2	1
18.A minha impressão sobre as competências dos profissionais de saúde fez-me sentir segura.	4	3	2	1
19.Senti que lidei bem com a situação.	4	3	2	1

20.Globalmente qual foi a intensidade da dor que sentiu no parto?

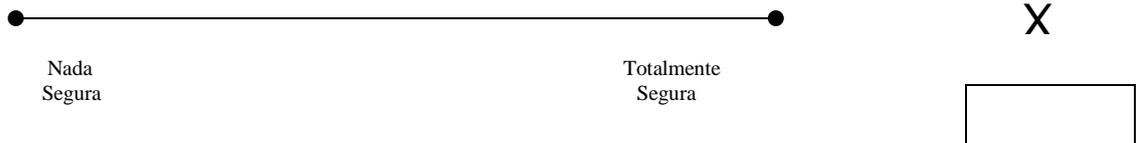
Desloque o X para cima da reta ou escreva de 0 a 100 o valor correspondente no quadrado debaixo do X



21.Globalmente qual foi o nível de controlo que sentiu durante o parto?



22.Globalmente qual foi o nível de segurança que sentiu durante o parto?



Comentários adicionais que queira fazer:

Como teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor marque um X ou sombreie a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas	1. Tanto como dantes	2. Menos que dantes	3. Muito menos que dantes	4. Nunca
2. Tenho tido esperança no futuro	1. Tanta como sempre tive	2. Menos do que costumava ter	3. Muito menos do que costumava ter	4. Quase nenhuma
3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal	1. Sim a maioria das vezes	2. Sim algumas vezes	3. raramente	4. Não nunca
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo	1. Não nunca	2. Quase nunca	3. Sim, por vezes	4. Sim, muitas vezes
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada sem motivo	1. Sim, muitas vezes	2. Sim, por vezes	3. Não raramente	4. Não nunca
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim	1. Sim a maioria das vezes não consigo resolvê-las	2. Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las	3. Não a maioria das vezes resolvo-as facilmente	4. Não, resolvo-as tao bem como dantes
7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal	1. Sim, quase sempre	2. Sim por vezes	3. raramente	4. Não nunca
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz	1. Sim quase sempre	2. Sim, muitas vezes	3. Só às vezes	4. Não nunca
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro	1. Sim quase sempre	2. Sim, muitas vezes	3. Só às vezes	4. Não nunca
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma	1. Sim muitas vezes	2. Por vezes	3. Muito raramente	4. Nunca

6. O seu Estado Civil:

1. Solteira.
 2. Casada ou união de facto
 3. Divorciada
 4. Viúva

7. A sua Escolaridade

0. Instrução primária
 1. Completou o 9º Ano
 2. Completou o 12º Ano
 3. Bacharelato ou Licenciatura
 4. Doutoramento

8. Profissão

Apêndice O: Resultados do Questionário aplicado no Domicílio

Questionário de Experiência de Parto

Os resultados apresentados seguidamente referem-se ao segundo episódio de recolha de dados, tendo-se obtido uma sub-amostra de 50 puérperas.

Nas 50 clientes, o segundo questionário foi preenchido em média cerca dos 5,2 meses após o parto, variando entre 1,3 mês e 7,9.

MesPuerperio2ºQuest	
Mean	5,213
Mode	3,6ª
Std. Deviation	1,6790
Minimum	1,3
Maximum	7,9

Relativamente à experiência de parto, apresentam-se seguidamente as frequências e representação percentual.

Para a maioria das clientes (n=38; 76%) o parto e o nascimento decorreram conforme as expectativas

CEQ1-O trabalho de parto e o nascimento aconteceram como eu esperava		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	5	10,0
Discordo muito	7	14,0
Concordo muito	20	40,0
Concordo Totalmente	18	36,0
Total	50	100,0

A maior parte das clientes (n=37; 74%) refere que se sentiu forte durante o Trabalho de Parto e nascimento.

CEQ2-Senti-me forte durante o trabalho de parto e o nascimento		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	3	6,0
Discordo muito	10	20,0
Concordo muito	20	40,0
Concordo Totalmente	17	34,0
Total	50	100,0

Relativamente a sentimentos de susto durante o TP e nascimento, a categoria com maior representação (n=18; 36%) é “concordo muito”; contudo a maioria das clientes discorda de ter vivido este sentimento (n=26; 52%).

CEQ3-Senti-me assustada durante o trabalho de parto e o nascimento		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	14	28,0
Discordo muito	12	24,0
Concordo muito	18	36,0
Concordo Totalmente	6	12,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes sentiu capacidades durante o período de TP e nascimento (N=34; 86%).

CEQ4-Senti capacidades durante o trabalho de parto e o nascimento		
	Percent	Valid Percent
Discordo Totalmente	1,6	4,0
Discordo muito	4,0	10,0
Concordo muito	18,4	46,0
Concordo Totalmente	16,0	40,0
Total	40,0	100,0

A maioria das clientes sentiu cansaço durante o período de TP e nascimento (N=26; 52%).

CEQ5-Estava cansada durante o trabalho de parto e o nascimento		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	7	14,0
Discordo muito	9	18,0
Concordo muito	26	52,0
Concordo Totalmente	8	16,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes sentiu-se feliz durante o período de TP e nascimento (N=35; 70%).

CEQ6-Senti-me feliz durante o trabalho de parto e o nascimento.		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	2	4,0
Discordo muito	3	6,0
Concordo muito	10	20,0
Concordo Totalmente	35	70,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes possui lembranças positivas do período de TP e nascimento (N=32; 64%).

CEQ7-Tenho muitas lembranças positivas do parto.		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	4	8,0
Discordo muito	2	4,0
Concordo muito	12	24,0
Concordo Totalmente	32	64,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes discorda de ter recordações negativas do período de TP e nascimento (N=33; 84%).

CEQ8-Tenho muitas recordações negativas do parto.		
	Percent	Valid Percent
Discordo Totalmente	21,6	54,0
Discordo muito	12,0	30,0
Concordo muito	2,4	6,0
Concordo Totalmente	4,0	10,0
Total	40,0	100,0

A maioria das clientes recusa a ideia de ficar deprimida face a recordações do parto (N=29; 74%).

CEQ9-Algumas das minhas recordações sobre o parto fazem-me sentir deprimida		
	Percent	Valid Percent
Discordo Totalmente	29,6	74,0
Discordo muito	7,2	18,0
Concordo muito	1,6	4,0
Concordo Totalmente	1,6	4,0
Total	40,0	100,0

A maioria das clientes refere que não sentiu ter a possibilidade de escolha quanto ao facto de estar levantada ou deitada durante o período de TP e nascimento (N=29; 58%).

CEQ10-Eu senti que poderia ter escolhido se queria estar levantada ou deitada		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	29	58,0
Discordo muito	12	24,0
Concordo muito	6	12,0
Concordo Totalmente	3	6,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes refere que não sentiu a possibilidade de escolha quanto à posição do parto (N=30; 60%).

CEQ11-Eu senti que poderia ter decidido qual a posição do parto.		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	30	60,0
Discordo muito	14	28,0
Concordo muito	6	12,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes refere que não sentiu a possibilidade de escolha das formas de alívio da dor (N=33; 66%).

CEQ12-Eu senti que poderia ter escolhido as formas de aliviar a dor.		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	24	48,0
Discordo muito	9	18,0
Concordo muito	14	28,0
Concordo Totalmente	3	6,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes refere que a parteira lhe dedicou o tempo necessário (N=28; 56%).

CEQ13-A minha parteira dedicou-me o tempo necessário		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	5	10,0
Discordo muito	4	8,0
Concordo muito	13	26,0
Concordo Totalmente	28	56,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes refere que a parteira lhe dedicou o tempo necessário (N=28; 56%).

CEQ14-A minha parteira dedicou o tempo necessário ao meu marido/companheiro		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	7	14,0
Discordo muito	7	14,0
Concordo muito	18	36,0
Concordo Totalmente	18	36,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes refere que a parteira a informou do progresso e acontecimentos durante o TP e nascimento (N=34; 68%).

CEQ15-A minha parteira foi-me informando sobre o que ia acontecendo durante o trabalho de parto e nascimento		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	10	20,0
Discordo muito	6	12,0
Concordo muito	14	28,0
Concordo Totalmente	20	40,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes refere que a parteira lhe dedicou o tempo necessário (N=28; 56%).

CEQ16-A minha parteira compreendeu as minhas necessidades		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	6	12,0
Discordo muito	2	4,0
Concordo muito	23	46,0
Concordo Totalmente	19	38,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes refere que se sentiu muito bem cuidada pela parteira (N=41; 82%).

CEQ17-Senti-me muito bem cuidada pela minha parteira		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	3	6,0
Discordo muito	6	12,0
Concordo muito	19	38,0
Concordo Totalmente	22	44,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes refere que a impressão que possui sobre os profissionais de saúde a fez sentir-se segura (N=28; 56%).

CEQ18-A minha impressão sobre as competências dos profissionais de saúde fez-me sentir segura		
	Frequency	Valid Percent
Discordo Totalmente	3	6,0
Discordo muito	7	14,0
Concordo muito	12	24,0
Concordo Totalmente	28	56,0
Total	50	100,0

A maioria das clientes sentiu que lidou bem com a situação (N=24; 90%).

	Percent	Valid Percent
Discordo Totalmente	,8	2,0
Discordo muito	4,0	10,0
Concordo muito	18,4	46,0
Concordo Totalmente	16,8	42,0
Total	40,0	100,0

Nas dimensões da Experiência do Parto, a média mais elevada encontra-se na segurança sentida (M=3.27; DP=.680) e a média mais baixa na dimensão Participação (M=1.70; DP=.726).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
DimCapacidade	50	1,38	3,88	2,9000	,53273
DimApoioProf	50	1,00	4,00	3,0800	,80812
DimSegurança	50	1,17	4,00	3,2733	,68077
DimParticipação	50	1,00	3,67	1,7000	,72609
Valid N (listwise)	50				

Observa-se uma correção inversa entre a Dimensão Segurança e o intervalo de tempo entre a entrada na maternidade e o parto. Quanto maior é este período de tempo menor a segurança sentida pelas clientes.

		Dim Capacidade	Dim ApoioProf	Dim Segurança	Dim Participação	T1 EntradaParto
T1EntradaParto	Pearson Correlation	-,180	-,075	-,348*	-,092	1
	Sig. (2-tailed)	,210	,604	,013	,524	
	N	50	50	50	50	125
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).						
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).						

Apêndice P: Apresentação dos Resultados à Equipa de Enfermagem



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS EESMO

- OPINIÕES E PRÁTICAS -

ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO (TP) E PARTO [P]

Mestranda: Enf.ª Maria João Pimenta Marques
Orientadora: Prof.ª Margarida Sim-Sim

DEZEMBRO
2013

OBJETIVOS

- > Enunciar as práticas habituais da EESMO nos cuidados à Parturiente, em situações de gravidez de baixo risco, sem sinais de complicação no TP e Parto
- > Informar sobre as Recomendações da OMS face ao Parto

CARATERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES

- > 21 EESMO
- > Idades: 28-52 Anos
- > Média: 41 Anos
- > Sexo: feminino

Idade		
N.º	Válido	21
	Em falta	0
	Média	40.9
	Mediana	45
	Moda	45
	Desvio padrão	8.2
	Mínima	28
	Máxima	52

- > 15 EESMO tem filhos
- > 6 EESMO não tem filhos

Filhos	Frequência	%
Válido	Não	6 28.6
	Sim	15 71.4
	Total	21 100

DADOS DA CARREIRA

- > Bacharelato - 14 enfermeiras
- > Média exercício profissional - 21 anos
- > Licenciatura: 19 casos (desde há 6-15 anos)

Anos Enfermeira			Anos Licenciatura		
N.º	Válido	14	N.º	Válido	19
	Em falta	7		Em falta	2
	Média	21.1		Média	11.2
	Mediana	23		Mediano	11.2
	Moda	14		Moda	10
	Desvio padrão	5.4		Desvio padrão	2.7
	Mínimo	13		Mínimo	6
	Máximo	28		Máximo	15

DADOS DA CARREIRA

- > Especialização em ESMO – desde 1998 (há 15 anos)
- > Conclusão da Especialização em ESMO –2013

Terminus	Especialização	Frequência	%
Válido	1998	3	14.3
	1999	4	19
	2005	1	4.8
	2006	1	4.8
	2007	1	4.8
	2008	5	23.8
	2010	2	9.5
	2012	3	14.3
	2013	1	4.8
	Total	21	100

MODELO ASSISTENCIAL DA OMS

- > Conjunto de práticas, aborda a promoção do parto e nascimento saudáveis e prevenção da mortalidade materna e perinatal.
- > As práticas obstétricas visam o respeito pelo processo fisiológico e pela dinâmica de cada nascimento, assim como as intervenções cuidadosas, evitando excessos e utilizando criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (Schneck & Riesco, 2006).

CLASSIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS NO PARTO NORMAL (OMS, 1996)

- > A - Práticas que são útilmente demonstradas e que deveriam ser encorajadas.
- > B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas.
- > C - Práticas cuja evidência científica é insuficiente para suportar uma clara recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais as clarificam a ser utilizadas.
- > D - Práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada.

OPINIÕES E PRÁTICAS

A	QUESTÕES BASEADAS NAS ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA OMS (1996)	Práticas que são útilmente demonstradas e que deveriam ser encorajadas.	
		NÃO	SIM
A1	O Plano de Parto é um instrumento que os enfermeiros devem valorizar na assistência à parturiente?	4	16
A2	Na admissão na maternidade quando observa a parturiente revê os fatores de risco da gravidez?	-	21
A4	Durante o TP e Parto dá à parturiente líquidos (água, chá, sumos de fruta...)?	9	12
A7	A privacidade da parturiente é respeitada durante o TP e Parto?	4	17
A8	É desejável que a parturiente seja acompanhada por pessoa por ela designada durante as 24 horas do dia?	7	14
A10	Dá à parturiente todas as informações e explicações que ela lhe solicita durante o TP e Parto?	-	21
A15a	Aplica frequentemente métodos invasivos e farmacológicos para alívio da dor durante o TP e Parto?	5	16
A15b	Acompanha a parturiente durante todo o TP fazendo-lhe massagens?	19	2
A16	Acompanha a parturiente durante todo o TP ensinando a relaxar?	1	20
A12a	Durante o TP coloca a monitorização externa [CTG] de forma intermitente?	9	12

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA OMS (1986)

A - Práticas que são útilmente demonstradas e que deveriam ser encorajadas.
Métodos invasivos e farmacológicos para alívio da dor durante o TP e Parto

A tarefa principal de assistência no nascimento é ajudar a mulher a lidar com a dor. Isto pode ser alcançado através de fármacos para o alívio da dor.
O mais importante e fundamental de abordarmos métodos não farmacológicos, começa durante os cuidados pré-natais, fornecendo e assegurando informação à mulher grávida, companheiro e se necessário à sua família.

O suporte empático antes e durante o TP

- Reduz a necessidade de fármacos para o alívio da dor
- Aumenta a satisfação da experiência do nascimento.

Para além do apoio dado durante o TP (fator mais importante), existem muitos outros métodos para aliviar a dor no TP.

1.ª - Oportunidade para assumir qualquer posição que a mulher desejar (na cama, fora dela, durante o TP).

- Restrição na cama e posições supinas
- Posturas verticais (sentada, de pé ou caminhar)

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS, NÃO INVASIVOS PARA ALÍVIO DA DOR

- Hidroterapia (água quente, chuveiro/imersão)
- Toque e massagem (estimula diferentes recetores sensoriais que reduzem os estímulos dolorosos)
- Técnicas de relaxamento
- Técnicas respiratórias
- Musicoterapia (ambiente relaxante)
- Aromaterapia (essências de plantas, óleos, compressas quentes, vaporizadores, ou velas)
- TENS (aparelho envia impulsos elétricos suaves que vão bloquear os estímulos da dor e estimular a produção de endorfinas)
- Aplicação de calor e frio superficial
- Acupuntura
- Hipnose
- Injeção intradérmica de água estéril

OPINIÕES E PRÁTICAS

QUESTÕES BASEADAS NAS ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA OMS (1986)		NÃO	SIM
A	Práticas que são útilmente demonstradas e que deveriam ser encorajadas.		
A1b	Durante o TP mantém a monitorização externa (CTG) de forma contínua?	6	13
A5	Dá liberdade à parturiente para ela se movimentar e escolher as posições durante o TP e Parto?	13	7
A6	Estimula as posições não supinas [não deitadas de costas] durante o TP e Parto?	3	13
A7	Monitoriza o progresso do TP usando por exemplo o Partograma da OMS?	20	1
A8	Aplica gestão ativa no 3.º Estádio do TP na mulher em risco de hemorragia pós-parto [administra utero-tónicos ao 1º minuto após expulsão RN, tração controlada do cordão, massagem uterina pós-dequitação?]	18	2
A1a	Após o parto antes do corte do cordão dá imediatamente o RN à mãe para promover vincutação precoce?	9	12
A2b	Ajuda a mulher e assiste à pega do RN nos primeiros 30 minutos de vida?	2	19

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA OMS (1986)

A - Práticas que são útilmente demonstradas e que deveriam ser encorajadas.

PARTOGRAMA - OMS recomenda a utilização do partograma para o acompanhamento do TP, com o objetivo de melhorar a assistência e reduzir a morbilidade e mortalidade fetal.

- Aparece uma linha de alerta e uma de ação
- Permite avaliar de forma adequada a progressão do parto

GESTÃO ATIVA DO 3.º ESTÁDIO OU CONDUITA ATIVA - prevenção de hemorragia pós-parto

- Administração profilática de fármacos uterotónicos (1 min. depois do nascimento do RN)
- corte precoce do cordão umbilical
- tração controlada do cordão e massagem uterina

OPINIÕES E PRÁTICAS

QUESTÕES BASEADAS NAS ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA OMS (1986)		NÃO	SIM
B	Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas.		
B1	Fornece à mulher à entrada na Maternidade [sala de admissão] um Microtas para a senhora colocar?	2	18
B2	Na altura do parto faz a tricotomia dos pelos púbicos da senhora?	1	20
B3a	Durante o TP é frequente colocar soro?	1	20
B3c	Durante o TP recomenda à parturiente para se mobilizar [levantar, deitar, andar, agachar, sentar-se...?]	13	8
B8	Para realizar o Parto coloca a parturiente em posição ginecológica [deitada de barriga para cima, pernas colocadas em apoios/estribos ou segurando-as?]	1	21
B10a	No 2.º Estádio do TP "comanda" a parturiente nos esforços expulsivos dizendo-lhe quando deve sustentar a respiração, fazer força prolongada [Manobra de Valsalva?]	1	20

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA OMS (1986)

B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas.

ENEMA

- Risco de lesão intestinal
- Não afeta a duração do TP
- Infecção neonatal ou perineal
- Desejo da parturiente

TRICOTOMIA

- Desconforto da puérpera
- Não diminui o risco de infeção
- Pode aumentar o risco de infeção de HIV/HBS

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA OMS (1986)

B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas.

SOROS - As restrições orais conduzem a situações de desidratação e cetose. É comum o tratamento com infusões de glicose intravenosas [IV] e fluidos, que tem riscos para o feto.

- Os níveis de insulina materna aumentam durante o TP se a mulher consumir 25 gr. de glicose IV.
- Pode ocorrer hiperinsulina no feto e hipoglicémia neonatal e aumentar os níveis de lactato no sangue.
- O excessivo uso de soluções (sem sal) IV pode levar à hiponatremia na mãe e na criança.

ESFORÇOS EXPULSIVOS /MANOBRA DE VALSALVA

- Diminui a duração do 2.º estágio
- Compromisso da oxigenação materno-fetal
- Incentivar esforços voluntários

OPINIÕES E PRÁTICAS

QUESTÕES BASEADAS NAS ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA OMS (1986)		NÃO	SIM
C	Práticas cuja evidência científica é insuficiente para suportar uma clara recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais as clarificam a ser utilizadas.		
C3	Utiliza por vezes durante o período expulsivo a Manobra de Kristeller [pressionar no abdómen, na região do fundo uterino, para ajudar expulsão do nascituro?]	3	16
C4	Utiliza manobras para proteger o perineo e controlar o polo cefálico fetal no momento do nascimento?	1	16
C7	Executa o corte do cordão umbilical imediatamente após a expulsão do feto?	3	16

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA OMS (1986)

C - Práticas cuja evidência científica é insuficiente para suportar uma clara recomendação e que deverão ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais as clarificam a ser utilizadas

MANOBRAS DE KRISTELLER

- Desconforto materno
- Lesões uterinas
- Lesões no perinéu
- Lesões no feto

PROTEÇÃO DO PERÍNEO E CONTROLE DO PÓLO CEFÁLICO FETAL

- Pode prevenir lacerações do perinéu
- Impede o movimento de extensão do polo cefálico
- Pode aumentar lesões perineais

CORTE DO CORDÃO UMBILICAL (até o cordão deixar de pulsar)

- Mecanismo fisiológico
- Prevem volume sanguíneo necessário (pulmões, intestinos, rins e pele)
- Prevenção de deficiências de ferro-anemias no RN

OPINIÕES E PRÁTICAS

D - QUESTÕES BASEADAS NAS ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA OMS (1986)
Práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada.

	NÃO	SIM
D6 Sugere às parturientes que peçam a Epidural, sem as próprias terem a iniciativa de a pedir?	16	5
D6 A cervicometria é avaliada com frequência e por mais que uma colega no mesmo turno, durante o TP?	6	15
D6a Quando a dilatação está completa a parturiente é transferida para outra sala para ocorrer o parto?	3	18
D6b O esvaziamento vesical é uma prática habitual durante o TP e Parto Normal sem Epidural?	17	4
D6b O esvaziamento vesical é uma prática habitual durante o TP e Parto com Epidural?	-	21
D10 Quando a dilatação está completa/quase encoraja a mulher a fazer força antes dela ter vontade de fazer?	14	7
D13 A episiotomia é uma prática que usa habitualmente na altura do parto?	9	12

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA OMS (1986)

D - Práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada

CERVICOMETRIA - 1.º estágio de TP - Uma vez de 4 em 4 horas é suficiente

EPISIOTOMIA seletiva

- Não praticar rotineiramente
- Maior ocorrência de lacerações de 3.º e 4 grau
- Maior hemorragia/infeção
- Suspeita de sofrimento fetal

POSIÇÕES NO TP E SUPOSTA PREFERÊNCIA PESSOAL DAS ENFERMEIRAS

> Das 15 enfermeiras que tem filhos, 11 responderam à questão

	Preferência	Frequência	%
Válido	Deitada de Lado	4	36.4
	Balaceo na bola	3	27.3
	Agachamento	1	9.1
	Inclinação Costas livres	2	18.2
	Apoio balanceado na Bola	1	9.1
	Total	11	100

PREFERÊNCIAS PESSOAIS PARA A EXPERIÊNCIA DO TP MAIS REPRESENTATIVAS

> 1.º - DECÚBITO LATERAL



> 2.º - ANDAR E ESTAR EM PÉ COM O ACOMPANHANTE E MOVIMENTOS RÍTMICOS SENTADA




POSIÇÕES NO PARTO E SUPOSTAS PREFERÊNCIAS PESSOAIS DAS ENFERMEIRAS

> Das 15 enfermeiras que tem filhos, 9 e 7 responderam às questões

1.ª Preferência	Frequência	%	2.ª Preferência	Frequência	%
Posição Ginecológica	3	33.3	Posição Ginecológica	1	14.3
Vertical de cócoras	1	11.1	Vertical de cócoras	2	28.6
Semi-sentada em cama	3	33.3	Semi-sentada em cama	1	14.3
Imersão na água	1	11.1	Imersão na água	1	14.3
Horizontal na cama	1	11.1	Horizontal na cama	2	28.6
Total	9	100	Total	7	100

PREFERÊNCIAS PESSOAIS E EXPERIÊNCIA DO PARTO MAIS REPRESENTATIVAS

1.ª - POSIÇÃO GINECOLÓGICA E SEMI SENTADA EM CAMA PRÓPRIA




2.ª - VERTICAL DE CÓCORAS E HORIZONTAL NA CAMA




- ORGANIZAÇÕES E INSTITUIÇÕES**
- Várias são as instituições, organizações de referência que promovem o parto normal através de propostas e orientações baseadas nas evidências científicas, tais como:
- > American College of Obstetricians and Gynecologists
 - > American College of Nurses-midwives
 - > Associação Portuguesa das Enfermeiras Obstetras (APEO)
 - > Confraria das Partearas Portuguesas
 - > Federação de Associação das Matronas de Espanha (FAME)
 - > International Conferences of Midwives (ICM)
 - > National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
 - > Ordem dos Enfermeiros
 - > Organização Mundial de Saúde (OMS)
 - > Royal College of Midwives (RCM)

Apêndice Q: Capa do Manual de Boas-Práticas. Parto Normal

Hospital
Espírito Santo e.p.e.

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NO PARTO NORMAL



2014



Apêndice R: Capa do Guia Informativo

GUIA INFORMATIVO

POSIÇÕES DE CONFORTO PARA O ALIVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO



Liberte os seus movimentos

Adote a posição mais confortável

Caminhe para o parto normal

Mestranda: Maria João Pimenta Marques Orientadora: Prof.ª Dr.ª Margarida Simão

2014



Apêndice S: Cartaz informativo para Clientes

Liberdade de Movimentos

Escolha as posições mais confortáveis

Alívio da dor no Trabalho de Parto



Mestranda: Maria João Pimenta Marques
Orientadora: Prof. Margarida Sim-Sim
Dezembro-2013



Apêndice T: Autorização para a implementação do projeto de estágio.

Para Prof. Filomena Mendes
Bom dia com o projeto
Évora 129
30.04.2013

As Srs. Enfermeiras
Directora, José Chora,
João Pimenta

Ex.mo Sr. Presidente do Conselho de Administração do HESE-EPE
José Chora
Enfermeiro Director

2013/04/24

Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho de Administração

Maria João Gouveia Alves Pimenta Marques, Enfermeira graduada, com o título de Pós-Licenciatura na Especialização em Enfermagem na área de Saúde Materna e Obstetrícia, a exercer funções nesta instituição, no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, vem por este meio solicitar autorização para a implementação do projeto "Parto normal/natural assistido: Projeto para a Assistência em Meio Hospitalar no HESE-EPE", no âmbito do 3.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem, S. João de Deus - Évora. O objetivo geral deste projeto visa preparar a criação de um espaço de nascimento em meio hospitalar para a assistência ao parto normal/natural assistido.

O projeto é norteado por orientações da Organização Mundial de Saúde e converge para os atuais paradigmas de assistência ao parto.

Agradecendo antecipadamente, sem outro assunto.

Autorizada, de
acordo com o
parecer do Sr. Dr.
Enfermeiro Director.

2013/05/08

Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho de Administração

Évora, 15 de Abril de 2013

Maria João Pimenta Marques

Maria João Pimenta Marques

HESE-EPE	
RECEBIDO	EM 15/4/13 N.º 785
RESPONDIDO	EM _____ N.º _____

Apêndice U: Pedido de aplicação dos Questionários

- 1) Solicito informações sobre a pertinência do projeto ao Dr. Vítor Soares e Prof.ª Luzia Ambrosio
- 2) Solicito parecer de pareceres técnicos

J. Chora 12/5
2006-2013

Ex.mo Sr. Presidente do Conselho de Administração do HESE-EPE

José Chora
Enfermeiro Diretor

Maria João Gouveia Alves Pimenta Marques, Enfermeira graduada, com o título de Pós-Licenciatura na Especialização em Enfermagem na área de Saúde Materna e Obstetrícia [SMO], a exercer funções nesta instituição, no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, vem por este meio solicitar autorização para a aplicação de dois questionários a partir de Junho 2013. Trata-se da realização de uma das atividades do projeto "Parto normal/natural assistido: Projeto para a Assistência em Meio Hospitalar no HESE-EPE".

O primeiro questionário é destinado às enfermeiras especialistas em SMO a exercerem funções na sala de partos e tem como principal objetivo caracterizar as boas práticas de enfermagem à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. O segundo destina-se às puérperas e visa compreender o seu grau de satisfação relativamente ao nascimento do seu filho, ou seja, as suas expectativas e o acontecido.

*Para Dr. Vítor Soares
Solicito informações
sobre a responsabilidade
do projeto*

Agradecendo antecipadamente, sem outro assunto.

J. Chora 12/5
2006-2013
José Chora
Enfermeiro Diretor

Évora, 22 de Maio de 2013

Maria João Pimenta Marques

Maria João Pimenta Marques

*Dr. Eng.º António
Gonçalves*

Manuel Carvalho
Diretor Clínico

o projeto a que a enfermeira Maria João Marques se propõe realizar é um projeto interessante e pertinente. A criação de um espaço de nascimento em meio hospitalar para a assistência ao parto/natural assistido não será fácil devido a estrutura e organização do serviço no entanto poderia ser exequível e o esforço e dedicação de toda a equipa multidisciplinar

*Luzia Ambrosio
Enf. Responsável SMO* 132

Évora, 22/5/2013

No que se refere ao projecto apresentado pela Dra. Maria João Marques, deve referir dois aspectos fundamentais:

1) O actual espaço físico do Serviço não parece permitir criar um quarto "especial" para o parto Natural (Não medicalizado) em exclusivo, pelo q

HESE-EPE	
R	RECIBIDO { EM 22/5 2013 N.º 1001
	RESPONDIDO { EM ____ N.º ____

12-06-13

(Continuação)

este "espaço" tem que ser em alternativa com os outros "Patos" no Serviço (uma das 3 salas de 2 camas, que o Serviço dispõe);

2) A entrada no Serviço, será facultada à Grávida que deseja ter um parto não medicado, em falta de "DECISÃO INTEGRADA", que deverá assumir, manifestando essa vontade.

(junto anexa, FOLHETO DE DECISÃO INTEGRADA)

Com o melhor cumprimento


SERVIÇO DE GINECOLOGIA
E OBSTETRICIA
DIRECTOR DO SERVIÇO

DR. VITOR CAIIRO

Apêndice V: Autorização para realização da sessão formativa

Ex. Sr. Presidente do Conselho de Administração do HESE-EPE
Recordo assim a solicitação
proferida que o Gabinete de Formação
avalie a proposta de modo a
definir o pagamento

21/09/2013

Ao Sr. Esp. Pimenta Marques,
e os devidos efeitos

Carlos Mateus Gomes
2013/10/03

Ex.mo Sr. Presidente do Conselho de Administração do HESE-EPE

José Chora
Enfermeiro Diretor

Maria João Gouveia Alves Pimenta Marques, Enfermeira graduada, com o título de Pós-Licenciatura na Especialização em Enfermagem na área de Saúde Materna e Obstetrícia, a exercer funções nesta instituição, no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia.

Encontra-se, atualmente, a desenvolver um projeto cujo tema é: "Parto normal/natural assistido: Projeto para a Assistência em Meio Hospitalar no HESE-EPE", no âmbito do 3.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem, S. João de Deus - Évora.

No âmbito desse projeto vão ser desenvolvidas atividades de formação. O tema de uma das ações de formação às enfermeiras especialistas do serviço, a levar a cabo na 2.ª quinzena do mês de Novembro (num dos dias a determinar), é "posições no trabalho de parto e parto". No âmbito dessa ação é de todo o interesse solicitar a participação da Enfermeira Especialista Rosália Marques (chefe do bloco de partos no Hospital Garcia da Orta, Almada) como formadora, face à sua experiência no assunto, que já manifestou a sua disponibilidade.

Assim, requer autorização superior para esse efeito bem como para suportar os custos da deslocação, nomeadamente despesas de transporte e ajudas de custos da sua deslocação.

Agradecendo antecipadamente,

Pede deferimento,

Ao Gabinete de Formação
e proceder ao seu depósito
no Sr. Esp. Pimenta Marques

Carlos Mateus Gomes

Évora, 30 de Setembro 2013

Maria João Pimenta Marques

Carlos Mateus Gomes
2013/10/03

Maria João Pimenta Marques

VCA.
Carlos Mateus Gomes
Vogal Especialista
2013/11/14

AutORIZAÇÃO EXCEPCIONALMENTE
FEITA PARA A REALIZAÇÃO DOS CURSOS
PARA AS ENFERMEIRAS DO SERVIÇO DE
OBSTETRÍCIA

Acta n.º 44 em 21/11/2013
Ponto n.º 1.º
O Conselho de Administração do HESE-EPE

HESE-EPE	
RECEBIDO	EM 21/10/13 N.º 1708
ESPANHOLO	EM N.º

Manuel Carvalho
Presidente
José Ventura
Vogal
Carlos Mateus Gomes
Vogal
José Chora
Enfermeiro Diretor

Apêndice W: Autorização e apresentação de Resultados do questionário à Equipa

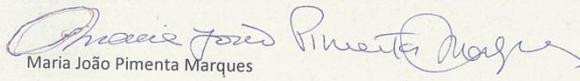
Sr.ª Enfermeira Luzia Ambrósio

Chefe do Serviço de Obstetrícia /Ginecologia
do HESE-EPE

Na sequência do projeto de Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia que se encontra a realizar, recolhi alguns dados sobre opiniões e práticas da equipa. Tendo os dados tratados sou a propor a V.ª Ex.ª se considera de interesse a sua apresentação à equipa. Em caso afirmativo solicita a indicação de uma data a determinar.

Sem outro assunto

Pede deferimento


Maria João Pimenta Marques

Évora 19 de Novembro de 2013

recebido

Luzia Ambrósio 19-11-13