

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**GESTÃO DA DOR: ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR EM
GRÁVIDAS A INDUZIR O PARTO**

Maria da Conceição Ferreira da Silva Ponte

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ORIENTADOR

Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

Évora

2011

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**GESTÃO DA DOR: ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR EM
GRÁVIDAS A INDUZIR O PARTO**

Maria da Conceição Ferreira da Silva Ponte

**Relatório apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em
Enfermagem**

ORIENTADOR

Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

**Évora
2011**

“Aprender a aprender é a capacidade de aprender a vida toda”

Melro, 1997

À Professora Doutora Ana Frias, pela sua confiança, pelo incentivo nos momentos que mais necessitávamos, pela disponibilidade, pelo seu apoio incondicional.

Ao meu filho e marido, pelos seus apoios, pelo encorajamento demonstrado desde o início deste meu percurso académico e pelo amor incondicionais.

À Ana Cândido pela sua paciência, pelas suas palavras encorajadoras e motivadoras.

O meu muito OBRIGADA.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	13
2.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final	15
2.2. Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais	16
2.3. Descrição e Fundamentação do processo de aquisição de Competências	17
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	23
3.1. Caracterização Geral da População/Utentes.....	23
3.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo	33
3.3. Estudos sobre Programas de Intervenção com a População Alvo	34
3.4. Recrutamento da População Alvo	38
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS.....	40
4.1. Objectivos de Intervenção Profissional	40
4.2. Objectivos a Atingir com a População Alvo	50
5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	51
5.1. Fundamentação das Intervenções	52
5.2. Metodologia.....	54
5.3. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Accionadas	55
5.4. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos	60
5.5. Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas.....	61
5.6. Cumprimento do Cronograma.....	61
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	64
6.1. Avaliação dos Objectivos	64
6.2. Avaliação da Implementação do Programa.....	65
6.3. Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas correctivas	66
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
Anexo A. Proposta de candidatura/projecto.....	79
Anexo B. Folha do registo de Sinais e Sintomas Vitais.....	83

Anexo C. Questionário para levantamento de dados do estudo inicial	85
Anexo D. Questionário inicial.....	92
Anexo E. Pedidos de Autorizações	96
Anexo F. Documento da Comissão de Ética.....	100
Anexo G. Plano da Acção de Formação.....	103
Anexo H. Cartaz da acção de formação. Dor 5º Sinal Vital.....	106
Anexo I. Powerpoint da acção de formação. Dor 5º Sinal Vital	108
Anexo J. Folha de registo para quantificar a dor para as grávidas a induzir o parto.....	125
Anexo L. Folha final de registo.....	131
Anexo M. Folha de avaliação das formações.....	133
Anexo N. Solicitação à Universidade Évora - Departamento de Enfermagem para a Professora Doutora Ana Frias realizar palestra na Maternidade Alfredo da Costa.....	135
Anexo O. Cartaz da acção de formação. Benefício dos métodos não farmacológicos no alívio da dor no trabalho de parto	137
Anexo P. Álbum seriado	139
Anexo Q. Documento para integrar o Manual de Procedimentos.....	143
Anexo R. Folheto com informação sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor.	150

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Serviço de Medicina Materno Fetal (Adaptado de Amaral, 2008, p.2)</i> -----	15
<i>Figura 2. Gráfico de registo das grávidas internadas no Serviço de Medicina Materno Fetal</i> -----	23
<i>Figura 3. Gráfico de Induções do Trabalho de Parto</i> -----	24
<i>Figura 4. Gráfico da distribuição das grávidas em função da idade</i> -----	26
<i>Figura 5. Gráfico da distribuição das grávidas em função da Nacionalidade</i> -----	27
<i>Figura 6. Gráfico da distribuição das grávidas em função do Estado civil</i> -----	28
<i>Figura 7. Gráfico da distribuição das grávidas em função das Habilitações literárias</i> -----	28
<i>Figura 8. Gráfico da distribuição das grávidas em função da participação nas aulas de preparação para o parto</i> -----	29
<i>Figura 9. Nº total de respostas da questão "Como avalia a intensidade da sua dor quando inicia a indução do trabalho de parto?"</i> -----	30
<i>Figura 10. Nº total de respostas da questão "Como avalia a intensidade da sua dor após a aplicação do 1º comprimido de Misoprostol?"</i> -----	30
<i>Figura 11. Nº total de respostas da questão "Como avalia a intensidade da dor após a aplicação 2º comprimido de Misoprostol?"</i> -----	31
<i>Figura 12. Nº total de respostas da questão "Como avalia a intensidade da dor após a aplicação do 3º comprimido de Misoprostol?"</i> -----	31
<i>Figura 13. Nº total de respostas da questão "Como avalia a intensidade da dor após a aplicação do 4º comprimido de Misoprostol?"</i> -----	32
<i>Figura 14. Nº total de respostas da questão "Pretende fazer epidural?"</i> -----	33
<i>Figura 15. Escala Visual Analógica (DGS, 2003, p.2)</i> -----	42
<i>Figura 16. Escala Numérica (DGS, 2003, p.2)</i> -----	42
<i>Figura 17. Escala Qualitativa (DGS, 2003, p.2)</i> -----	43
<i>Figura 18. Escala de Faces (DGS, 2003, p.3)</i> -----	43
<i>Figura 19. Cronograma</i> -----	63

RESUMO

A dor durante o trabalho de parto resulta das contracções, do apagamento e dilatação do colo e origina comportamentos diversos nas parturientes, muitos, como resultados de uma herança cultural. Para a maioria das mulheres a dor do trabalho de parto e parto é considerada como uma das piores experiências da sua vida. Não havendo mensuração da dor referida pelas parturientes, no serviço de Medicina Materno Fetal onde desempenhamos funções, foi necessário sensibilizar a equipa de enfermagem para se registar a intensidade da dor, aplicando a escala numérica da dor, o que permite avaliá-la como o 5º Sinal Vital. Elaboramos uma folha de registo para as parturientes a induzir o parto, um álbum seriado, que é sustentado por um documento sobre os métodos não farmacológicos, que podem ser recomendados às parturientes pelos enfermeiros, autonomamente, no controlo e alívio da dor, proporcionando bem-estar e conforto.

Palavras-chave: Trabalho parto; registo da dor; métodos não farmacológicos

ABSTRACT

Pain management: Strategy for pain relief for pregnant woman to induce labor

Pain during labour results from contractions, effacement and dilatation of the cervix and causes different behaviours in pregnant women, many as a consequence of a cultural heritage. For most women the pain during labour and childbirth is regarded as one of the worst experiences of their life. As there is no measurement of the pain reported by women, in the Department of Maternal Fetal Medicine, in which we work, it became necessary to sensitize the nursing staff to register pain intensity, applying the numerical pain scale, which allows us to evaluate it as the 5th Vital Sign. We developed a chart for pregnant women who are inducing labour, a flipchart, which is supported by a document on non-pharmacological methods, which can be recommended to pregnant women by nurses, autonomously, in what concerns control and pain relief, providing well-being and comfort.

Keywords: labour, pain registration, non-pharmacological methods

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um acontecimento natural sendo um processo que envolve o corpo, a mente e as pessoas que estão à volta da grávida. O momento do parto é uma situação difícil para a maioria das grávidas e em especial se for o primeiro filho. A mulher sente contracções com ou sem dor, encontra-se num ambiente estranho e junto de pessoas que não conhece e pode manifestar reacções como choro, gritar ou sorrir. Qualquer destas situações é normal e não deve ser recriminada, são na maioria das vezes, resultado de uma herança cultural (Kitzinger, 1984). O trabalho de parto, apesar de ser um processo fisiológico e natural, é acompanhado de dor intensa para a maioria das mulheres, sendo considerada por muitas como a experiência mais dolorosa das suas vidas (Davim, 2007; Graça, 2010; Mamede, 2005).

A dor enquanto experiência subjectiva/individual deve ser avaliada e descrita como o 5º sinal vital, como referenciado na circular normativa nº 9 da Direcção Geral da Saúde (2003). Importa registar a dor no mesmo ambiente em que são registados os outros sinais vitais, pulso, respiração, temperatura e pressão arterial pois permitirá ao profissional de saúde empreender uma conduta terapêutica. Mencionado no Plano Nacional da Luta contra a Dor (2001) “o profissional de saúde tem a obrigação e o privilégio de avaliar a dor” (p.46). Os enfermeiros são elementos essenciais na equipa multidisciplinar pelas intervenções que têm na gestão eficaz da dor. O termo gestão neste enquadramento refere-se ao acto de orientar, de executar. Rosa (1997) parafraseando Mccloskey e Bulecchek, refere-se à gestão da dor como o alívio ou redução da dor a um nível de conforto aceitável para a grávida.

Inserida numa equipa multidisciplinar no Serviço de Medicina Materno Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa desempenhamos actividades como especialista de Saúde Materna e Obstetrícia a grávidas com patologias maternas/fetais. Diariamente são internadas neste serviço, grávidas para induzirem o parto. Provenientes das consultas de alto risco, do serviço de urgência, são confrontadas com a necessidade de se induzir o parto de forma a garantir a sua segurança e do feto (s) Graça, (2010). A indução do trabalho de parto consiste em estimular artificialmente as contracções

uterinas antes do início espontâneo do mesmo, com o fim de desencadear o parto (Lowdermilk, & Perry, 2008).

Compete aos enfermeiros especialistas do Serviço de Medicina Materno Fetal iniciar as induções e acompanhar/avaliar a parturiente no decorrer do trabalho de parto, durante a fase latente, até que o colo uterino esteja com três centímetros e proceder à sua transferência para a sala de partos (Amaral, 2008). A parturiente manifesta comportamentos diferentes perante a intensidade da dor, sendo necessário prestar cuidados de enfermagem congruentes com a dor por ela referida. A aplicação da escala numérica, permite à parturiente referir-se à intensidade da sua dor atribuindo-lhe uma classificação numérica de 0 a 10, o que permite a aplicação de métodos não farmacológicos e farmacológicos, baseada na dor sentida. As intervenções dos enfermeiros pautam-se por intervenções autónomas e interdependentes (Regulamento para a Prática do Exercício Profissional, 1996) e nas autónomas, os enfermeiros são responsáveis pela sua prescrição, realização e avaliação.

A utilização de métodos não farmacológicos, como o duche, a deambulação, a respiração, as massagens no alívio da dor, contribui para o bem-estar e conforto da parturiente. Estas medidas não farmacológicas, também recomendadas Organização Mundial de Saúde, através do “Manual Maternidade Segura”, contribuem para um parto mais humanizado (Davim 2007; Frias & Franco 2008).

Percorrendo mais um percurso da nossa etapa pessoal e académica surge este relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem, realizado em contexto de prática, que permitiu o desenvolvimento de competências numa área tão específica e sensível: a dor durante o trabalho de parto nas parturientes a induzir o parto. Sensibilizada para a dor vivenciada pelas parturientes, desde o início das nossas funções no serviço, surgiu com o projecto de intervenção e posteriormente com a elaboração do relatório, o aprofundamento de conhecimentos na área da dor e da dor durante o trabalho de parto. Mobilizamos competências, que nos permitiram demonstrar perante os outros profissionais do Serviço de Medicina Materno fetal da necessidade de utilizarmos a escala numérica para avaliar a dor em documento próprio, e de empregarmos os métodos não farmacológicos

A elaboração deste relatório tem como objectivo dar a conhecer, as actividades desenvolvidas, para que os objectivos delineados no projecto fossem alcançados (Anexo A). Pretendemos com este relatório descrever as intervenções realizadas, a sua análise,

alicerçadas na nossa reflexão pessoal, sustentada nas evidências científicas de estudos realizados neste âmbito.

O relatório está estruturado de acordo com o preconizado pelo Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora, nomeadamente: uma introdução, no segundo capítulo, a análise de contexto do estágio final, com a caracterização do ambiente, recursos materiais e humanos e a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências. No terceiro capítulo aporta à análise da população/utentes, com uma caracterização da mesma, os cuidados e necessidades da população, estudos efectuados relevantes para a temática, e como foi efectuado o recrutamento da população alvo. No quarto capítulo, abordamos a análise reflexiva dos objectivos, posteriormente no quinto capítulo a análise reflexiva sobre as intervenções, no sexto capítulo, a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo. No sétimo capítulo uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e a adquiridas, terminando este relatório com a conclusão, as referências bibliográficas e os anexos.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

Como Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (SMO), exercemos funções na Maternidade Dr. Alfredo da Costa no Serviço de Medicina Materno Fetal. Esta maternidade tem vindo ao longo dos anos a desempenhar um papel fundamental na área dos cuidados de saúde materno-infantis e ginecológicos conseguindo adaptar-se, nem sempre com facilidade, às mudanças. Foi inaugurada solenemente no dia 31 de Maio, de 1932, abrindo as portas ao público no dia de 5 de Dezembro desse mesmo ano, em homenagem ao Dr. Alfredo da Costa, médico, que dedicou grande parte da sua carreira ao ensino da obstetrícia na escola médico-cirúrgica da Faculdade de Lisboa e à prática clínica na antiga enfermaria de Santa Bárbara (hospital de São José) onde lutou para melhorar as condições de assistência às grávidas e puérperas (Almeida, 1983). O autor menciona, que a lotação inicial da Maternidade era de 300 camas, 250 das quais destinadas a Obstetrícia e 50 a Ginecologia. Entretanto, observou-se um movimento muito rápido de crescimento e o número de grávidas com assistência médica pública sextuplicou logo no primeiro ano.

Desde a sua abertura, até ao ano de 2009 nasceram na Maternidade Dr. Alfredo da Costa mais de 570 mil crianças, número que tem feito desta instituição a maior de Portugal. Tendo inicialmente a capacidade de efectuar 3 mil partos por ano (efectivaram-se 2707 no primeiro ano), actualmente nascem, por ano, cerca de 6 mil crianças, são assistidas cerca de 32 mil utentes na Urgência e são realizadas cerca de 68 mil consultas (Saúde, 2010).

Geograficamente a Maternidade Dr. Alfredo da Costa situa-se no centro da cidade de Lisboa, na freguesia de São Sebastião da Pedreira, e pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A sua área de influência abrange as freguesias Coração de Jesus, Marvila, Olivais, Pontinha, Sacavém, São João, Sete Rios dos concelhos de Lisboa, dos concelhos de Loures e Odivelas e é um hospital de referência a outras regiões do país, tais como: litoral sul, baixo Alentejo, Algarve e Ilhas. Salientamos que a maternidade serve todas as grávidas que aí desejem ter o seu filho, independentemente da sua área de residência.

A Maternidade Dr. Alfredo da Costa é considerada uma referência nacional, sendo classificada, no âmbito do Programa de Saúde Materna e Infantil, como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, pelo que subjazem grandes responsabilidades, enquanto instituição de referência para hospitais mais modernos.

A 6 de Janeiro de 2010 a Maternidade Dr. Alfredo da Costa foi reconhecida como Hospital Amigo dos Bebés como reconhecimento do seu empenho na promoção do Aleitamento Materno. A maternidade cumpre através dos seus profissionais, que exercem funções nos diversos serviços, as dez medidas, consideradas indispensáveis, para o apoio à amamentação, nomeadamente: 1) existência de normas escritas; 2) formação aos profissionais; 3) informação às grávidas; 4) ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento; 5) mostrar como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos; 6) não administra nenhum outro alimento, além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico; 7) prática o alojamento conjunto 24 horas por dia; 8) incentiva o leite materno por livre demanda; 9) não utiliza bicos artificiais, chupetas a bebés amamentados até que esteja estabelecida a amamentação; 10) estimula o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação (Levy & Bertolo, 2007).

O principal objectivo da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, prende-se com o “proporcionar um serviço especializado na área de saúde materno-infantil, assim como responder a uma procura crescente de cuidados de saúde nesta área” (Saúde, 2010, p.1). A maternidade tem um papel fundamental na área dos cuidados de saúde materno-infantis e ginecológicos e tem como missão primordial cuidar da saúde integral da mulher, bem como a segurança da gravidez e no parto e a extrema competência receptiva do recém-nascido para a vida (Saúde, 2010).

A Maternidade Dr. Alfredo da Costa, tem acompanhado a evolução científica adaptando-se aos novos desafios do Século XXI. Disponibiliza actualmente aos seus utentes os serviços de Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria, Anestesiologia, Patologia Clínica, Imuno-hemoterapia, Anatomia Patológica, Radiologia, Psicologia e Serviço Social, proporcionando uma abordagem multidisciplinar às situações que deles carecem.

2.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final

A intervenção realizada e que será descrita neste relatório, decorreu no Serviço de Medicina Materno Fetal que se integra no Departamento de Medicina Materno Fetal e situa-se no 1º andar, ala nascente- norte, da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Tem uma lotação de vinte e quatro camas, distribuídas por três enfermarias, como se pode observar na figura 1, onde está representado a estrutura física do Serviço de Medicina Materno Fetal.

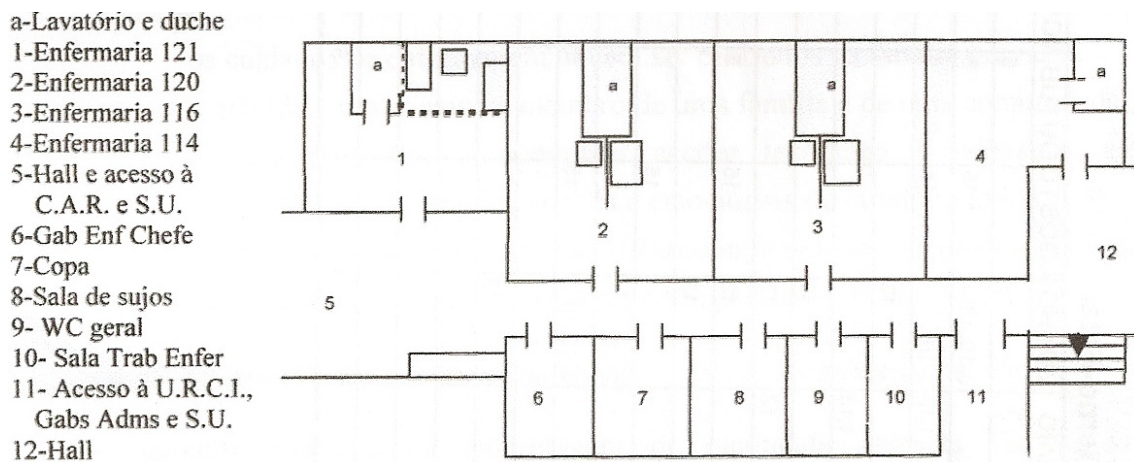


Figura 1. Serviço de Medicina Materno Fetal (Adaptado de Amaral, 2008, p.2)

A enfermaria 114 comporta seis camas; enfermaria 116 tem capacidade para oito camas; na enfermaria 120, sete camas e por fim a enfermaria 121, com três camas. Todas as salas têm um balneário só com chuveiro e lavatórios, ficando a casa de banho (com três sanitários e um duche) situada ao meio do corredor do serviço. Fazem ainda parte da estrutura do Serviço de Medicina Materno Fetal, gabinete da enfermeira chefe, uma copa, sala de sujos, sala de trabalho dos enfermeiros, e um corredor que permite o acesso à unidade de cuidados intermédios, consulta de alto risco, e acesso ao serviço de puérperas II.

O Serviço de Medicina Materno Fetal tem como principal objectivo a vigilância materno-fetal, o tratamento e o controle de patologias associadas à gravidez sejam elas maternas e/ou fetais, em situação de risco, de modo a diminuir a morbilidade e a mortalidade materno fetal (Amaral, 2008). É um serviço direccionado para a prestação de cuidados diferenciados a grávidas de alto-risco. O objectivo prioritário do Serviço

de Medicina Materno Fetal é garantir uma qualidade assistencial, tendo por base que:

- 1) As grávidas/família têm o direito de exigir cuidados de enfermagem de qualidade, centrados nas suas necessidades de saúde e nos quais possam participar como seres responsáveis;
- 2) Que os conhecimentos técnicos e científicos, só têm o seu valor absoluto, se se tiver em conta o respeito e a aceitação do outro como pessoa humana e que o sucesso e insucesso de toda a terapêutica, depende muito da forma como a grávida/família é acolhida (Amaral, 2008).

As grávidas que ficam internadas são provenientes da Consulta de Alto Risco, e do Serviço de Urgência sendo distribuídas pelas enfermarias de acordo com as camas disponíveis, independentemente da patologia. Realçamos que para a enfermaria 121, só são internadas grávidas para interrupções médicas da gravidez e interrupções voluntárias da gravidez, previstas pela lei.

2.2. Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais

Recursos Humanos

Em todas as instituições são sempre necessários recursos humanos constituídos por profissionais competentes que humanizam e prestam cuidados adequados às características individuais de cada utente. Parafraseando (Lopo, Clemente & Afonso, 1994) “os recursos humanos constituem o recurso mais rico de uma organização e são eles que gerem os restantes recursos para que os objectivos definidos pela organização possam ser atingidos” (p. 87). Dos recursos humanos do Serviço de Medicina Materno Fetal faz parte uma equipa de enfermagem, sendo constituída por dezanove enfermeiros, entre os quais: 1) onze especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia (incluindo a enfermeira chefe), estando duas enfermeiras em acumulação de funções, 2) três enfermeiros detentores do título de enfermeiros especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia, 3) cinco enfermeiros generalistas. A enfermeira chefe e uma enfermeira especialista de Saúde Materna e Obstetrícia têm horário fixo, realizando apenas manhãs, de segunda a sexta-feira. Os restantes elementos funcionam em horário rotativo de 35 horas semanais, divididos em manhã, tarde e noite.

Em relação aos horários dos enfermeiros no turno da manhã, estão escalados sempre três enfermeiros, por vezes quatro, mais a enfermeira chefe; no turno da tarde, três enfermeiros e no turno da noite dois/ três enfermeiros, havendo sempre em cada equipa pelo menos um enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia. Os enfermeiros estão distribuídos por cinco equipas. A equipa médica está presente na

enfermaria de segunda a sexta-feira, entre as 9 e as 14 horas. Como elementos da equipa multidisciplinar os enfermeiros estão em constante inter-acção com outros profissionais, nomeadamente assistentes operacionais, psicólogos, nutricionistas, técnicos do serviço social, fisioterapeutas, assistentes sociais, secretária de unidade. A articulação entre os diferentes grupos profissionais que exercem funções no Serviço de Medicina Materno Fetal permite que, em conjunto, todos participem no processo de cuidar da grávida, prestando cuidados no âmbito das suas competências.

Recursos materiais

Os recursos materiais são os instrumentos necessários ao funcionamento de um serviço. Constituem o “conjunto de equipamentos, máquinas, ferramentas, instrumentos, instalações, matérias-primas, tecnologia, que uma organização dispõe e que deve gerir para poder atingir os seus objectivos”, Lopo, et al. (1994, p. 88). Destacamos a estrutura física do Serviço de Medicina Materno Fetal, que já referimos anteriormente, com salas para internamentos, sendo duas amplas, com chuveiros, e um corredor que permite a deambulação das parturientes. Por as salas comportarem seis, sete, oito grávidas, não existe muita privacidade para a grávida/família, tendo colmatando-se essa necessidade, utilizando cortinas em redor das camas. Existe também material necessário ao desempenho das nossas actividades como, nove cardiográficos que permite a avaliação do tónus uterino e a frequência cardíaca do feto ao longo do dia, um aparelho portátil para avaliação da frequência cardíaca dos fetos (Doppler), dois Dinamap para avaliação da pressão arterial das grávidas, um ecógrafo, sendo utilizado pela equipa médica só nas grávidas internadas. No serviço de Medicina Materno Fetal, existem protocolos e normas de actuação (manuseamento de material, administração de fármacos, por exemplo) encontrando-se na intranet da Maternidade Dr. Alfredo da Costa outros protocolos, o que possibilita uma uniformização dos cuidados e uma melhoria da qualidade dos mesmos.

2.3. Descrição e Fundamentação do processo de aquisição de Competências

Os conhecimentos adquiridos sobre a anatomia e fisiologia humana, o desenvolvimento do feto e do mecanismo de parto, têm permitido uma intervenção mais eficiente durante a gravidez e parto (González-Merlo & González-Bosquet, 2003). O conhecimento científico, bem como a tecnologia, associado ao desempenho e empenho

dos profissionais têm contribuído para a redução das taxas de mortalidade e morbidade em Portugal, sendo estas, indicadores muito importantes do estado de saúde das populações (Alto Comissariado da Saúde, 2010). Menciona também, que Portugal tem sido uma referência a nível mundial muito positiva no desenvolvimento da Saúde Materna e Infantil e que a Organização Mundial de Saúde em 2008, considerou Portugal um dos países com mais sucesso na diminuição das taxas de mortalidade e morbidade.

As estratégias de saúde implementadas pelos vários governos, através de programas de saúde específicos (programa de Saúde Materna e Infantil), com orientações técnicas e as intervenções necessárias, foram decisivos para a qualidade dos cuidados a prestar durante a gravidez e parto, associado a factores como, aumento das condições económicas das famílias, do desenvolvimento da rede de cuidados de saúde primários e hospitalares (Alto Comissariado da Saúde, 2010).

Ocorreu simultaneamente um investimento na formação de recursos humanos, nomeadamente em Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia. Dotados de competências clínicas especializadas têm contribuído para a qualidade dos cuidados prestados durante a gravidez e parto, pois como alvo da sua intervenção, “a mulher no âmbito do ciclo reprodutivo, como a entidade beneficiadora de cuidados de enfermagem (...) tendo como pressuposto a de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade” (Diário da República, 2011, p. 8662).

Galhardo (2005), acerca das competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, refere que estes têm um papel fundamental no nível de saúde da população, principalmente na área da saúde da mulher; salienta a autora o planeamento familiar e a saúde materna. Esse contributo tem sido demonstrado pelos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia que cuidam da mulher e família no seu processo de gravidez e parto, não esquecendo que a essência da enfermagem assenta no cuidar da pessoa como ser holístico, desenvolvendo autonomamente ou em equipa, actividades de promoção, prevenção de complicações, e recuperação da saúde, da pessoa, da família, da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Sendo a gravidez um fenómeno fisiológico que se inicia com a fecundação do óvulo, com uma duração de 40 semanas (Lowdermilk e Perry, 2008), altura em que ocorre o trabalho de parto e expulsão do feto, acontece que não ocorrendo o início do trabalho de parto espontâneo, há que induzi-lo artificialmente. O termo Indução do Parto é utilizado para todos os procedimentos que podem provocar contracções uterinas

e conseqüentemente o trabalho de parto. A indução do trabalho de parto consiste em estimular artificialmente as contracções uterinas antes do início espontâneo das mesmas, com o fim de desencadear o parto, (Lowdermilk, & Perry, 2008; Souza, Costa, Coutinho, Neto, & Amorim, 2010). O objectivo da indução do trabalho de parto é de promover o parto vaginal através da modificação das condições do colo do útero, tornando-o dilatável, permitindo que ocorram contracções uterinas para desencadear o trabalho de parto. Induz-se o parto, quando a continuação da gravidez significa risco do bem-estar materno-fetal sendo necessário garantir a segurança da grávida e do feto (s) (Graça, 2010).

O momento do parto é uma situação de grande ansiedade para a maioria das grávidas, em especial se for o primeiro filho e quando confrontadas com a necessidade de internamento para se induzir o parto, são comuns sentimentos ambíguos, pois ao longo dos nove meses de gravidez idealizaram que o trabalho de parto começaria espontaneamente (Lowdermilk, & Perry, 2008).

Com o internamento hospitalar, emergem sentimentos como a ansiedade, o stress, medo de como se irá processar a indução, medo da dor do trabalho de parto. A ansiedade surge frequentemente associada ao temor do que pode acontecer ao feto e à mãe, (Rubin, 1975 citado por Lowdermilk, & Perry, 2008). O medo do parto é um dos sentimentos mais comuns entre as grávidas. A sociedade actual propicia que estes sentimentos se acentuem, pois o que é verbalizado é que o trabalho de parto e parto foi demorado, de horas intermináveis e com dores muito fortes.

“Parirás na dor” é uma frase muito usada e foi interiorizada por muitas mulheres pois, a dor está culturalmente ligada ao parto como é mencionado no provérbio “Nascido sem dor, criado sem amor”. Uma grande parte daquilo que é considerado natural na gravidez, não o é, mas sim é o resultado da cultura da sociedade onde se está inserido (Kitzinger, 1984). O medo associado ao trabalho de parto tem sido culturalmente transmitido de mães para filhas, assim como histórias de dor e sofrimento podem ser visionadas no cinema e na literatura específica para mulheres grávidas.

O comportamento que a grávida antecipa ter durante o trabalho de parto e parto é originado por um conjunto de factores, que estão relacionados com dimensões de ordem individual, experiência própria, experiências de pessoas que lhe são próximas, mas também ancoradas nas normas que prevalecem na sociedade, e na sua herança cultural. Conscientes das dúvidas e receios que surgem durante o processo de gravidez, os enfermeiros reconhecem que o momento da admissão na enfermaria é fundamental. A

maneira como a grávida/família são acolhidos, poderá influenciar a sua integração e serenidade, o que poderá ser decisivo para se estabelecer um clima de confiança necessário ao desenvolvimento de uma relação terapêutica (Lopes, 2006). Esta implica que o enfermeiro se relacione com a grávida/família, como um ser holístico, atendendo às características biológicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais e perceber que quando uma destas características se encontra alterada, o comportamento da grávida pode não ser o esperado. Silva citada em Graça (2010), aborda que para existir relação terapêutica tem que ocorrer empatia, que implica que o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia tem de compreender o outro, tem que se colocar no seu lugar, imaginariamente, o que permitirá prestar cuidados individualizados a cada grávida.

Ao Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia compete cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e mobilizando esta competência, compete-lhe no Serviço de Medicina Materno Fetal iniciar as induções e acompanhar/avaliar a parturiente no decorrer do trabalho de parto, durante a fase latente, até que o seu colo esteja com 3cm de dilatação e proceder à sua transferência para a sala de partos (Amaral, 2008).

Trabalho de parto para Machado referenciado em (Graça, 2010) “é o conjunto de fenómenos que uma vez postos em marcha conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto”, (p.370). A dor difere consoante os quatro estadios do trabalho de parto. Na fase latente a dor resulta principalmente das contracções uterinas, da dilatação do colo e da distensão do segmento inferior (Graça, 2010), e é devido à presença das contracções uterinas que ocorre a dilatação do colo (Lowdermilk, & Perry, 2008).

Actualmente para se induzir o trabalho de parto são utilizados métodos farmacológicos como prostaglandinas, por via oral, bucal e vaginal, e a occitocina, em infusão intravenosa. A sua escolha é efectuada pelo obstetra, mediante as condições do colo uterino e tempo de gestação, (Graça, 2010). O Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, ao começar a indução do trabalho de parto, está a provocar o início do trabalho de parto por meio de métodos artificiais (Bueno, 2006).

No decorrer do trabalho de parto a parturiente manifesta dores derivado às contracções uterinas, como referido. Sabendo que a dor tem um carácter subjectivo e como refere Margot McCaffery, (1968) citada pela Ordem dos Enfermeiros (2008) dor ” é aquilo que a experiência da pessoa diz que é, existindo onde a pessoa diz que existe”

(p. 15), só a pessoa que sente dor pode verdadeiramente referir como é, pois está sob o efeito de uma sensação real e perturbadora, competindo-lhe definir a dor que sente. A maioria das parturientes têm dores durante o trabalho de parto, mas o comportamento perante a dor é muitíssimo diferente entre elas, condicionando-as de forma negativa para este momento tão significativo das suas vidas, porque o medo da dor do trabalho de parto apavora a maioria das mulheres (Carvalho e Cunha, 2007) Cientes desta interferência, as intervenções prestadas pelos enfermeiros, no seu processo de cuidar, devem incluir a avaliação, o controlo e o ensino, (Ordem dos Enfermeiros, 2008). No âmbito das nossas competências, temos de avaliar e registar a intensidade da dor da parturiente durante o trabalho de parto tendo presente que cada parturiente compreende e experiencia a dor de forma própria e que esta dor deve ser compreendida de acordo com a descrição da parturiente (Lowdermilk & Perry, 2008). A dor enquanto experiência subjectiva/individual deve ser avaliada e descrita como o 5º Sinal Vital como referenciado na circular normativa nº 9 da Direcção Geral da Saúde (DGS) de 2003. Importa registar a dor no mesmo ambiente em que são registados os outros sinais vitais, pulso, respiração, temperatura e pressão arterial pois permitirá ao profissional de saúde empreender uma conduta terapêutica. Schweitzer, referenciado em Saúde, 2001 cita que “o profissional de saúde tem a obrigação e o privilégio de avaliar a dor” (p.43).

Segundo o Manual da Maternidade Segura, uma das funções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia é ajudar as mulheres a suportar a dor, (Organização Mundial de Saúde, 1996). A dor do trabalho de parto é universal e não é possível prever a intensidade da dor das parturientes em fase de trabalho de parto porque a dor é subjectiva e vivenciada de forma diferente em cada mulher.

Mobilizar os conhecimentos assimilados durante a formação pós-licenciatura em contexto profissional é um desafio pois a competência não se traduz somente no possuir saberes, mas no saber utiliza-los (Festas 2006). Competência implica um saber agir responsável, integrando conhecimentos, recursos e habilidades em contexto de trabalho. Compete ao Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, avaliar a progressão do trabalho de parto, proporcionar medidas de alívio da dor, através de métodos não farmacológicos, como a deambulação, ventilação, duche, como realçado no manual Maternidade Segura da Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde, 1996) É substancial que estes sejam explorados pelos profissionais, por serem mais seguros e conseqüentemente implicarem menos intervenções durante o trabalho de parto e parto. A aplicação dos métodos não farmacológicas em parturientes

a induzir o parto, proporciona alívio da dor e também contribuem para a redução da necessidade de fármacos (métodos farmacológicos), permitindo que a parturiente e família vivenciem a experiência do trabalho de parto e parto de forma mais positiva (Organização Mundial de Saúde 1996).

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

O parto é o culminar de uma gravidez, tornando-se na maioria das vezes o momento mais temido pelas grávidas/família. Mas para que o mesmo possa ocorrer, é necessário que o trabalho de parto se inicie. Quando este processo não acontece naturalmente, no término da gravidez (ao fim das 40 semanas), ou por haver riscos de saúde para o feto e para a mãe há que induzir o trabalho de parto, ficando as grávidas da área de influência da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, internadas no Serviço de Medicina Materno Fetal.

3.1. Caracterização Geral da População/Utentes

No ano de 2008 estiveram internadas no Serviço de Medicina Materno Fetal 1198 grávidas com as mais diversas patologias maternas/fetais. Deste número de grávidas, que já se encontravam internadas ou que foram internadas no próprio dia, 392 iniciaram a indução do trabalho de parto. Mil setecentos e quarenta e dois foi o número de grávidas internadas no Serviço de Medicina Materno Fetal durante o ano de 2009 e iniciou-se a indução do trabalho de parto a 565 grávidas. Em 2010 foram internadas 1713 grávidas e foram iniciadas 494 induções (Livro de registos de entradas do Serviço de Medicina Materno Fetal, 2008, 2009, 2010).

Sendo a Maternidade Dr. Alfredo da Costa um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, uma das suas competências é de ter capacidade de assistência multidisciplinar a todas as situações com patologia associada ou coexistente com a gravidez (Saúde, 2006).

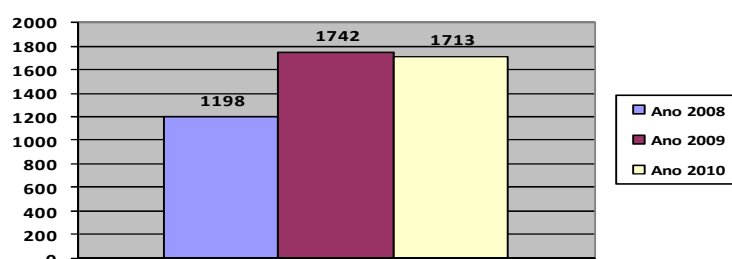


Figura 2. Gráfico de registo das grávidas internadas no Serviço de Medicina Materno Fetal

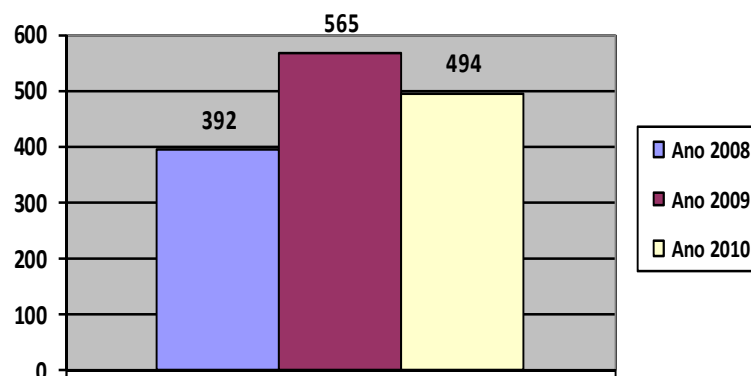


Figura 3. Gráfico de Induções do Trabalho de Parto

Da análise dos gráficos (Figuras 2 e 3), verifica-se que no ano de 2009, houve mais grávidas internadas, sendo também neste ano, que houve o maior número de grávidas a induzir o parto. A indução do trabalho de parto consiste em estimular as contracções uterinas de modo artificial para se iniciar o trabalho de parto, garantindo -se a segurança da mãe e do feto (s) (Lowdermilk, & Perry, 2008). Com o início do trabalho está na maioria das vezes, a dor provocada pelas contracções, que permite que o feto faça a sua progressão pelo canal de parto.

Ao longo da nossa permanência enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia no Serviço de Medicina Materno Fetal, temos constatado que as parturientes apresentam comportamentos diferentes, resultantes de factores como a dor sentida durante a fase latente do trabalho de parto. Este processo é vivido com muita ansiedade, angústia, medo, sendo factores reconhecidos pela equipe de enfermagem que presta o apoio necessário, para que a parturiente consiga superar as dificuldades decorrentes deste processo.

Dor, segundo a definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, (2008), é caracterizada por:

“o aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tonus muscular, comportamento de auto protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite” (p.60).

A Dor considerada como o 5º Sinal Vital, não está a ser mensurada pela equipa de enfermagem do serviço de Medicina Materno Fetal como preconizado pela Direcção

Geral de Saúde, Circular Normativa de 2003, embora na folha de registo dos sinais vitais (Anexo B) se encontre impressa a escala numérica da dor para registo e avaliação da dor referida pela grávida, e como referido na circular “ o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito de quem dela padece e um passo fundamental para a humanização dos cuidados” (p.1). Uma das competências do enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia é a de “assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto” (Diário da República, 2011 p. 8662) e o controlo da dor está inerente no processo de cuidar da parturiente. Da nossa prática diária, constatamos o sofrimento vivenciado pela parturiente durante a indução do trabalho de parto originada a maioria das vezes pela dor sentida e como referenciado por Frias & Franco (2010) “a dor do trabalho de parto é um desafio a ultrapassar” (p. 53). Compete-nos como enfermeiros desenvolver estratégias de promoção, prevenção e controlo da dor em colaboração com outros profissionais (Diário da República, 2011).

Perante este facto, não haver registo da mensuração da dor nas folhas de registo de sinais vitais, procedeu-se a um levantamento de dados sobre quantificação da dor, aplicando a escala numérica nas grávidas que foram ou que já se encontravam internadas no Serviço de Medicina Materno Fetal para induzir o parto, de 17 de Janeiro de 2011 a 18 de Fevereiro de 2011.

Pretendemos avaliar a dor no momento de internamento, ou seja antes de se iniciar a indução, após a primeira aplicação de misoprostol, a segunda aplicação, na terceira e quarta aplicação, durante 24 horas. Do processo de internamento foram retirados, a idade, e as habilitações literárias. Em relação à nacionalidade, ao estado civil foi perguntado directamente à grávida assim como se tinha frequentado aulas de preparação para o parto e se quando fosse transferida para a sala de partos se pretendia analgesia epidural. Estes elementos eram posteriormente colocados no questionário elaborado pela enfermeira para poder efectuar o levantamento dos dados. (Anexo C) Neste contexto, este levantamento de dados teve como objectivo geral:

- Verificar qual o nível de intensidade a dor assumido pela grávida internada no Serviço de Medicina Materno Fetal quando iniciam a indução do trabalho de parto. Em relação ao específico, foi definido o seguinte objectivo:
- Verificar a intensidade da dor assumida pela grávida após a aplicação do comprimido de misoprostol.

Foram questionadas, 31 grávidas que foram internadas ou que já estavam internadas para a indução de trabalho de parto no Serviço de Medicina Materno Fetal.

Verifica-se na Figura 4, que 2 das participantes têm idades inferiores a 20 anos e salientamos que ambos tinham 19 anos, 4 participantes têm idades entre os 21 e 25 anos, o grupo etário entre os 26 e 30 anos é o mais representativo, com 9 grávidas. Observa-se também que participaram 8 grávidas com idades entre os 31 e 35 anos, com idades entre os 36 e 40 anos, 7, e por último 1 grávida com idade superior a 40 anos. Referimos que tinha 42 anos.

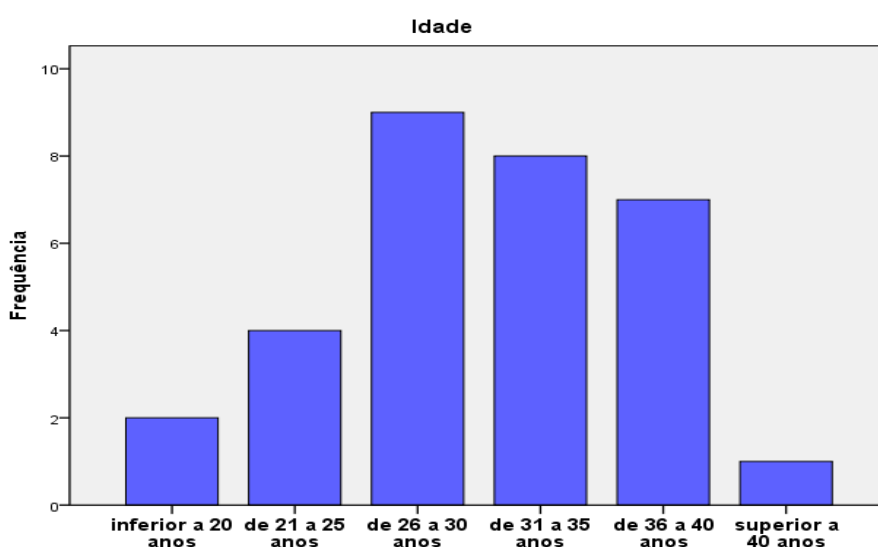


Figura 4. Gráfico da distribuição das grávidas em função da idade

A Figura 5 ilustra a caracterização da amostra em função da nacionalidade e revelamos que 18 das grávidas são de nacionalidade Portuguesa, 8 são Brasileiras, e as restantes são de outras nacionalidades (Angolana, Finlandesa, Guineense, Indiana e São Tomense). Perante esta evidência, Portugal país tradicionalmente emigrante, passou a ser um país receptor das migrações internacionais.

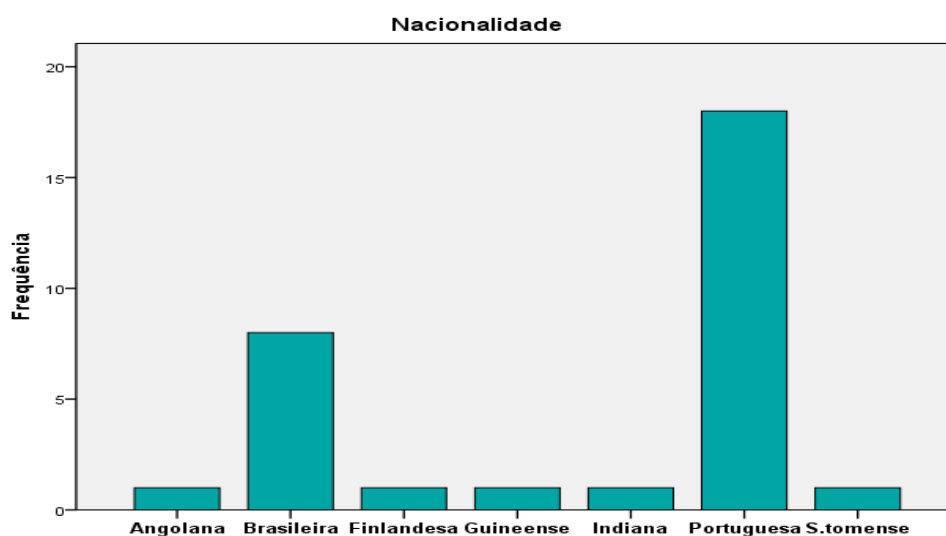


Figura 5. Gráfico da distribuição das grávidas em função da Nacionalidade

A Maternidade Dr. Alfredo da Costa é uma instituição que se encontra no centro da cidade de Lisboa. Sendo a capital do nosso país, destacamos a diversidade populacional que caracteriza a cidade. Lisboa serve uma população, nos últimos anos, cada vez mais imigratória, destacando-se a existência de diferentes comunidades, nomeadamente, do Leste, Brasil, Índia, Angola, Guiné, Cabo Verde, Senegal e China.

No relatório do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras de 2007, está mencionado que neste ano estavam identificados, a residir em Portugal 435.736 imigrantes, e a maioria concentra-se no distrito de Lisboa, 188. 516. "As nacionalidades estrangeiras com maior destaque em Portugal, reportam – se aos nacionais do Brasil, Cabo Verde, Ucrânia, Angola e Guiné – Bissau" (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, p.21) e o grupo etário mais representativo situa-se entre os 20 e 39 anos. Em relação aos imigrantes Brasileiros, a população feminina apresenta valores superiores à população masculina.

Quanto ao estado civil, os dados das grávidas questionadas indicaram que a esmagadora maioria são casadas ou estão em união de facto cerca de 28 grávidas, e apenas 3 grávidas são solteiras, conforme se pode ver na Figura 6.

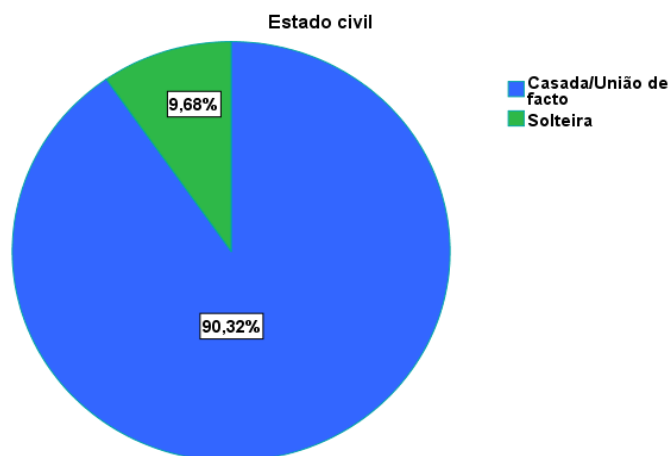


Figura 6. Gráfico da distribuição das grávidas em função do Estado civil

No que concerne às habilitações literárias, 12 grávidas possuíam o 3º Ciclo do Ensino básico (9ºano), 11 o Ensino secundário (12ºano), 7, o Ensino superior e apenas 1 grávida possui o 2ºCiclo do Ensino básico (6ºano), tal como se pode verificar na Figura7.

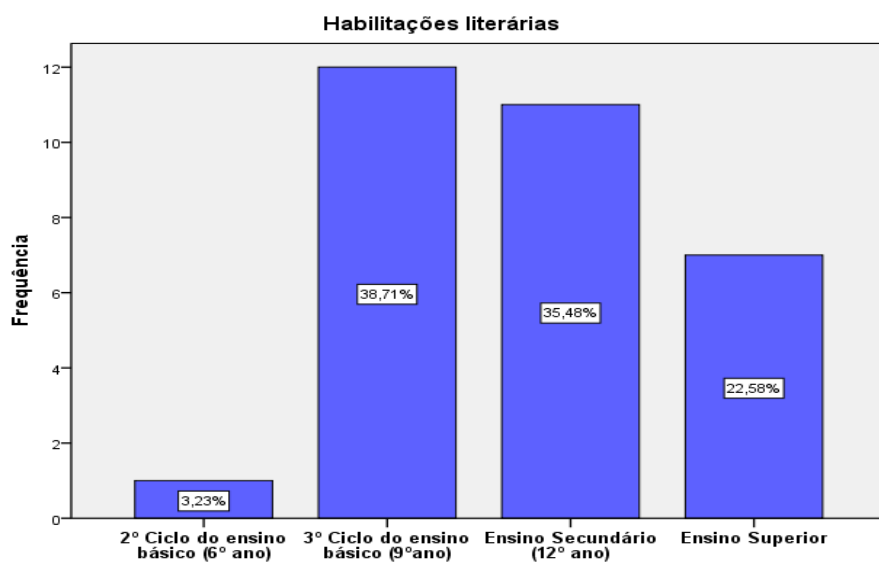


Figura 7. Gráfico da distribuição das grávidas em função das Habilitações literárias

Relativamente à participação das grávidas nas aulas de preparação para o parto, 25 não frequentaram aulas e apenas 6 grávidas foram às aulas de preparação para o parto, tal como se pode verificar na Figura 8.



Figura 8. Gráfico da distribuição das grávidas em função da participação nas aulas de preparação para o parto

Aplicando a escala unidimensional de dor validada pela Direcção Geral de Saúde em 2003, as grávidas foram questionadas para descrever a intensidade de sua dor, quantificando-a numa escala de 0 a 10, obedecendo ao seguinte esquema: 0- Ausência de dor; 1-3 Dor de fraca intensidade; 4-6 Dor de intensidade moderada; 7-9 Dor de forte intensidade; 10 – Dor de intensidade insuportável.

A análise individual de cada questão permitiu-nos observar que, a grávida quando inicia a indução de trabalho de parto normalmente não sente dor, cerca de 15 respondem ter ausência de dor, seguido de 11 grávidas que sentem uma dor de fraca intensidade, e apenas 5 referiram dor de intensidade moderada como se pode verificar no gráfico seguinte:

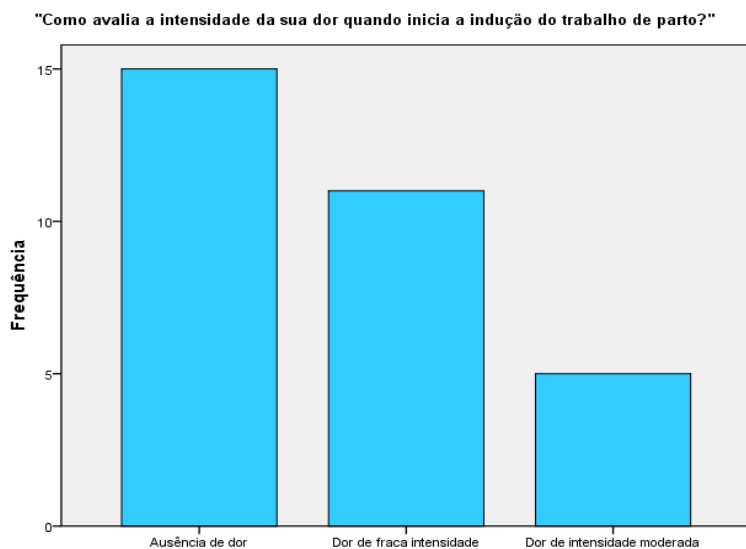


Figura 9. Nº total de respostas da questão "Como avalia a intensidade da sua dor quando inicia a indução do trabalho de parto?"

Após a aplicação do 1º comprimido de misoprostol, as respostas assumidas pelas parturientes já sofreram alterações relativamente à percepção da dor. 5 parturientes referiram ter ausência de dor, 11, dor de fraca intensidade, 14 parturientes referiram ter uma dor de intensidade moderada, existindo mesmo uma parturiente que responde ter uma “dor de forte intensidade”, conforme se pode observar na Figura 10

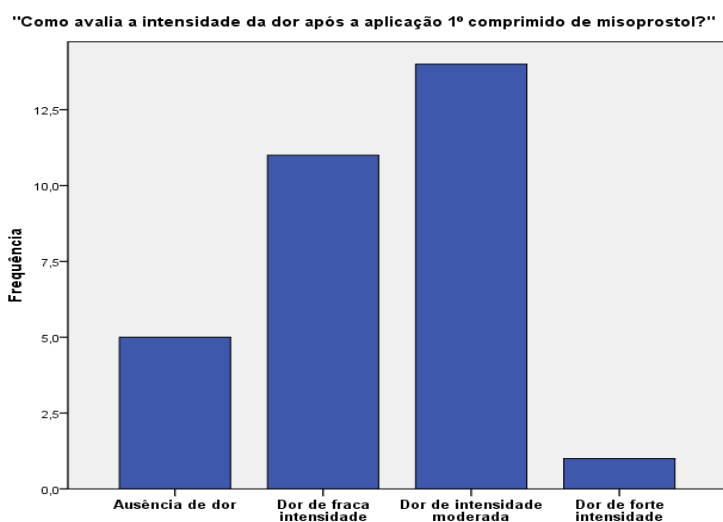


Figura 10. Nº total de respostas da questão "Como avalia a intensidade da sua dor após a aplicação do 1º comprimido de Misoprostol?"

À medida que se continua a aplicação dos comprimidos de misoprostol (aplicação do segundo e terceiro comprimido), a dor sentida pelas parturientes também aumenta de intensidade, assumindo uma maior percentagem na escala de “dor de intensidade moderada” e de “dor de forte intensidade”, tal com se pode verificar nas Figuras 11 e 12.

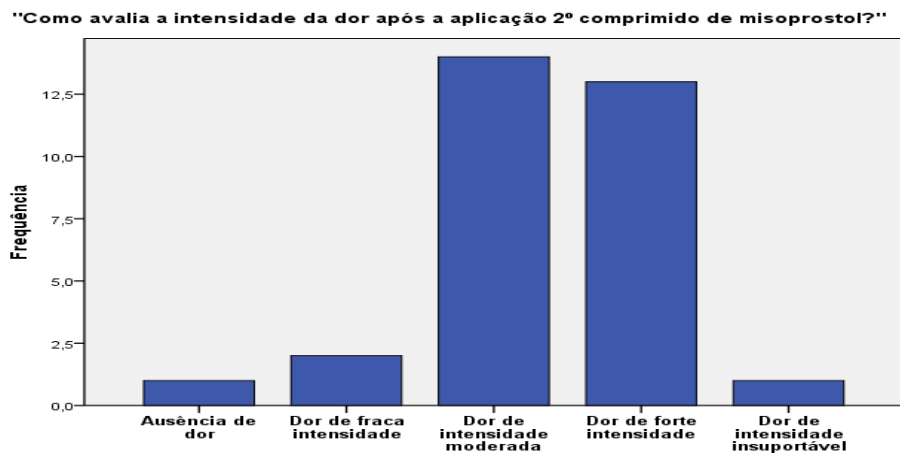


Figura 11. Nº total de respostas da questão "Como avalia a intensidade da dor após a aplicação 2º comprimido de Misoprostol?"

Em relação à 3ª aplicação do comprimido de Misoprostol, apenas foi aplicado a 22 parturientes, porque as outras mulheres foram transferidas para a sala de partos, por já se encontrarem na fase activa do trabalho de parto.



Figura 12. Nº total de respostas da questão "Como avalia a intensidade da dor após a aplicação do 3º comprimido de Misoprostol?"

Só foi aplicado o 4º comprimido de Misoprostol a 17 parturientes. Verifica-se que a intensidade de dor assumida pela grávida assume valores diferentes de quando iniciam o trabalho de parto, ou seja, nesta fase nenhuma mulher referiu ter ausência de dor ou mesmo dor de fraca intensidade, tal como acontecia no início da indução sem aplicação dos comprimidos de Misoprostol. O que nos permite assumir que, com a progressão do trabalho de parto, ocorrendo o apagamento e dilatação do colo, a dor sentida pela grávida também aumenta. A Figura13 apresenta os resultados referentes à questão “Como avalia a intensidade da dor após a aplicação do 4º comprimido de Misoprostol?”

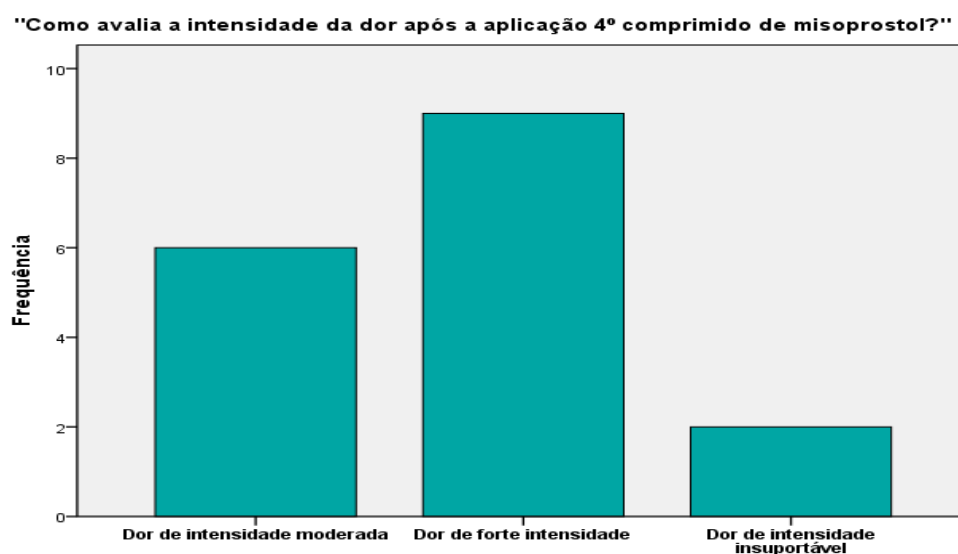


Figura 13. Nº total de respostas da questão "Como avalia a intensidade da dor após a aplicação do 4º comprimido de Misoprostol?"

Verifica-se pela análise dos gráficos que a dor durante o trabalho de parto vai aumentando consoante a sua progressão.

Na abordagem inicial foi perguntado à grávida se pretendia analgesia epidural, mas não houve oportunidade de confirmar a todas as mulheres inquiridas, antes de serem transferidas para a sala de partos se mantinham a mesma opinião, porque os enfermeiros que efectuaram a transferência não questionaram a parturiente, porque algumas referiam algias intensas e não colaboraram. Neste levantamento de dados, quando se colocou a questão se pretende fazer epidural, 24 grávidas responderam sim, 4 referiram que não e 3 que não sabiam, tal como se pode verificar na Figura 14.

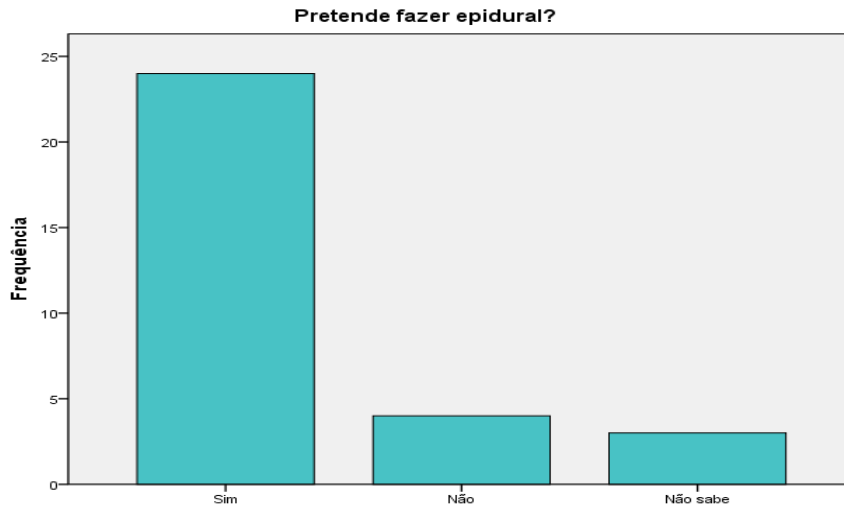


Figura 14. Nº total de respostas da questão “Pretende fazer epidural?”

Com este levantamento de dados, efectuamos registos que nos permitiram recolher dados sobre a evolução da dor vivenciada pelas parturientes durante a indução do trabalho de parto. Verifica-se que esta aumenta de intensidade consoante a progressão do trabalho de parto, e perante estes dados efectuamos a caracterização e o diagnóstico da situação.

3.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo

As intervenções a realizar nas grávidas devem ser individualizados e centrados na grávida/parturiente/ família. Como enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, desempenhamos funções específicas na área da nossa especialidade e o alívio da dor durante o trabalho de parto requer uma abordagem multidisciplinar perante a dor referida pela parturiente, e as nossas intervenções devem ser direccionadas para as necessidades referidas pela mulher no seu processo de trabalho de parto, pois como alvo das funções “a saúde da mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade e da reprodução, incluindo o produto de concepção durante o período de gestação e neonatal” Ordem dos Enfermeiros, (2007, p.11).

Compete-nos mobilizar os saberes adquiridos para responder às necessidades identificadas da grávida/ família contribuindo para a uma assistência de qualidade. Assente nesta premissa constituímos como população alvo os enfermeiros do serviço de

Medicina Materno Fetal, porque o controlo da dor durante o trabalho de parto e parto é um dever dos profissionais e um direito das grávidas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

3.3. Estudos sobre Programas de Intervenção com a População Alvo

Rever a literatura sobre estudos efectuados corresponde a fazer um balanço do que foi estudado, os resultados do estudo realizado (Polit, Beck, Hungler, 2001). Esta pesquisa pode ser efectuada através da consulta de livros, teses e dissertações, artigos periódicos como mencionado pelos autores, corresponde a fazer uma pesquisa da bibliografia do que foi escrito referente ao tema que se está a abordar. Nesta linha de pensamento Fortin (2009) afirma que “ a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação” (p. 74). Menciona a autora que um dos objectivos da revisão bibliográfica é identificar o que já foi escrito sobre o tema, permitindo perceber o que falta explorar. Moreira (2004), completa, referindo que a revisão da literatura, permite aos autores dos trabalhos a realizar, aumentar os conhecimentos acerca da temática em estudo.

São diversos os artigos, trabalhos de investigação já efectuados por enfermeiros e assim como por outros profissionais de saúde que se encontram referenciados em bases de dados informatizados, ou seja, em bibliotecas virtuais como, a Scielo, a Medline, acerca da dor durante o trabalho de parto, dos instrumentos utilizados para mensurar a dor e das medidas não farmacológicas como contributo para o alívio da dor das parturientes. Os livros consultados foram também contributos importantes para a percepção dos temas abordados neste relatório. Salientamos que apesar da revisão bibliográfica efectuada não estar directamente relacionada com a população alvo os textos consultados relevam contributos importantes sobre a dor, o alívio da dor durante o trabalho de parto e os métodos não farmacológicos que podem ser utilizados.

A dor do trabalho de parto tem origem nas contracções do útero e a dilatação do colo cervical pode durar durante na fase latente, nas primíparas em média 8,6 horas e nas múltiparas 5,8 horas (Branden, 2000).

A dor durante o trabalho de parto é própria de cada parturiente. Frias (2009) refere que a dor “ é percebida como uma sensação dolorosa e a reacção difere tanto na mesma pessoa como entre pessoas distintas” (p. 25). Não é possível prever a intensidade da dor durante o decurso do trabalho de parto. Num estudo realizado por Melzack e col,

referenciado por Brazão em Graça 2010, foi demonstrado que comparativamente a outros tipos de dor, a dor do trabalho de parto é uma das mais dolorosas, daquelas que a mulher conhece e já suportou. Segundo este estudo, a dor é insuportável para 20% das parturientes, muito intensa para 30%, moderada para 35% e mínima ou inexistente para 15% das parturientes. Também foi demonstrado por estes autores, que a dor do trabalho de parto é maior nas primíparas do que a dor nas múltíparas, podendo depreender-se que a dor acompanha as parturientes durante a normal progressão do trabalho de parto. Brenden (2000) menciona igualmente o mesmo estudo, salientando que cada parturiente entende a dor do trabalho de parto como uma dor pessoal, alicerçada nas suas experiências físicas, nos antecedentes psicológicos.

Davim (2007) referindo - se ao estudo de Lowe, (2002), evidencia que antes dos 5 cm de dilatação, as primíparas referem em média uma dor mais intensa que as múltíparas.

Montenegro, Braga e Filho, citados em Rezende (2010) relatam que 70% das parturientes mencionam a dor da contracção uterina no hipogástrico, 20% na região lombo-sagrada e 10% em ambos os lugares.

O trabalho de parto apesar de ser um processo fisiológico e natural, é acompanhado de dor intensa para a maioria das mulheres, sendo considerada por muitas como a experiência mais dolorosa das suas vidas (Graça, 2010; Mamede, 2005; Davim, 2007). Neste contexto, Moura, (2007), no seu estudo sobre dor no trabalho de parto, descreve que a maior parte das mulheres entrevistadas mencionaram a dor do parto “como intolerável e que “63% das parturientes referiram que a dor sentida foi maior que a esperada e que isso contribui para que as mulheres se sentissem mal com a experiência do trabalho de parto” (p.23).

Evenise (2009), refere que a intensidade da dor no percurso do trabalho de parto ocorre no contexto fisiológico e psicológico próprio de cada grávida inserida no ambiente e na cultura que a rodeia. Leninguer (1984), aborda expressamente o papel da cultura com uma influência na dinâmica entre as enfermeiras e as pacientes. Define o cuidado cultural como um cuidado prestado dentro do limite das expectativas, das crenças, e dos valores de um grupo. O medo associado ao trabalho de parto e parto, tem sido transmitido de mães para filhas, histórias de dor e sofrimento podem ser visionadas no cinema e na literatura Kitzinger (1984). O cuidar da parturiente durante o trabalho de parto e parto envolve a sensibilidade para as necessidades individuais de cada parturiente, muitas vezes fruto da sua herança cultural (Lowdermilk, & Perry 2008). Os

enfermeiros deverão estar habilitados a transmitir à parturiente e família a confiança e segurança essenciais ao seu bem-estar físico, psíquico e espiritual nesta etapa da sua vida

Reis e Patrício (2005), mencionados por Frias (2009), abordam os factores que contribuem para o aumento da percepção da dor, como “a tensão, o medo, a solidão, o stress, o cansaço, o desconhecimento da situação e o ambiente hospitalar” (p.111) e que a deficiente informação sobre o parto, aumenta a ansiedade da parturiente, aumentando a dor sentida durante o trabalho de parto.

A dor é um fenómeno complexo, pessoal e intransmissível que tem sido alvo de estudo nas últimas décadas em diversos países através de trabalhos de investigação que procuraram perceber os factores físicos, psicológicos e sociais da dor como (Scople, Alencar, Cruz, 2007). Factores, como stress, a memória de experiências passadas, a coexistência de outros estímulos dolorosos, o contexto psicológico individual, interferem de um modo significativo como um determinado acontecimento doloroso interiorizado e no tipo de reacções que pode desencadear. A este respeito a Ordem dos Enfermeiros (2008), alude através do guia orientador da dor que o entendimento e a forma como a dor é expressada, diferem de pessoa para pessoa, como resultado de histórias de vida, das características individuais de cada pessoa, do ambiente e do seu processo de saúde/doença.

Portugal já editou o primeiro (2001) e o segundo programa de controlo da dor (2008), através da Direcção Geral de Saúde, onde se definiram estratégias de controlo da dor, nomeadamente em obstetrícia.

A Circular Normativa nº9 da Direcção Geral de Saúde, 2003 menciona as escalas de avaliação da dor a utilizar nas unidades de saúde pelos profissionais de saúde para mensuração da dor. A avaliação da dor é necessária, para a escolha da forma mais adequada para o controlo algico, através de medidas não farmacológicas e medidas farmacológicas. Também a avaliação da dor durante o trabalho de parto, requer uma abordagem da quantificação vivenciada pela parturiente.

A dor referida pela parturiente durante a fase de dilatação é muitas vezes menosprezada, ou seja, vista pelos profissionais como parte integrante de um processo fisiológico normal, o que intensifica ainda mais o desconforto sentido pela mulher, como refere Cerqueira (2010) no seu artigo, análise da humanização da assistência de enfermagem no parto. Duke 2009, cita que “Os profissionais de saúde que, no seu dia-a-dia, estão envolvidos no acompanhamento da gravidez ou na assistência ao parto

conhecem o sofrimento que muitas vezes se associa à dor no trabalho de parto. O alívio da dor ajuda a evitar a descoordenação, bem como a diminuição do fluxo de sangue uterino, os quais condicionam prejuízos na reserva de oxigénio placentar (...) " (p.10)

Perante o exposto, concordamos com Saúde (2001, p.46), “ que o parto sem dor adquire contornos de direito universal, ao qual todas as mulheres devem ter igualdade de acesso”.O alívio da dor durante o trabalho de parto permite que a parturiente esteja mais colaborante com a equipa de saúde, contribuindo também para uma melhoria da oxigenação do feto.

Diversos métodos não farmacológicos e farmacológicos contribuem para o alívio da dor da parturiente, e devem ser utilizados pelos profissionais como referenciado pela OMS em 1996, através do Manual Maternidade Segura, com por exemplo, banho de chuveiro, massagens, ventilação adequada, deambulação.

Foram efectuados diversos estudos para comprovar a eficácia nas medidas não farmacológicas. Moraes, Rolim, Enders, Farias & Davim (2007) através de uma revisão da literatura analisando trabalhos científicos, concluíram que aplicando métodos não farmacológicos, o processo do trabalho de parto poderá ser menos doloroso, verificando-se um alívio da dor na maioria das parturientes.

Knobel, (2004) menciona que os vários métodos não farmacológicos devem ser aconselhados, mesmo que as grávidas não os pretendam utilizar.

A utilização de métodos não farmacológicos durante a fase latente do trabalho de parto permite, controlar a dor, diminuir o sofrimento e aumentar a colaboração da parturiente no decorrer do trabalho de parto. São uma opção para a grávida/família/acompanhante, podendo ser aplicados de forma isolada ou combinada.

Na revisão bibliográfica efectuada, salientamos a sua importância, evidenciando-se que os enfermeiros têm de estar consciencializados para a importância do controle da dor durante o trabalho de parto, e que as nossas intervenções contribuem para o bem-estar físico e psíquico da parturiente no seu processo de trabalho de parto e parto. Assim toda a formação efectuada sobre esta temática visa contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem sendo a formação em serviço um contributo para que os enfermeiros cuidem com qualidade numa prática que vise a mudança e a inovação (Costa, 1998).

3.4. Recrutamento da População Alvo

Quando elaboramos o nosso primeiro projecto de intervenção pretendíamos efectuar um estudo que permitisse comparar a eficácia das medidas não farmacológicas como o duche, a massagem, a ventilação, a deambulação com os estudos efectuados nesse âmbito, o que permitiria perceber, se as mesmas contribuía para o alívio da dor nas parturientes a induzir o parto no Serviço de Medicina Materno Fetal, tendo-o delineado nesse sentido e para o qual elaboramos o projecto e um questionário, mas neste relatório apresentamos só o questionário (Anexo D). Para se efectuar o estudo e aplicar o questionário realizando-se primeiro o pré-teste, para se proceder a adaptações, foi solicitado por escrito autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Maternidade Alfredo da Costa, à directora do serviço de Obstetrícia e à enfermeira chefe do Serviço de Medicina Materno Fetal (Anexo E), no dia 17 de Novembro. Neste documento era referido o objecto do estudo.

Após 15 dias fomos informadas pela enfermeira directora, que a autorização para se efectuar o estudo dependia da Comissão de Ética da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Comparecemos perante a Presidente da Comissão pela primeira vez no dia 6 de Dezembro que solicitou vinte e um documentos (Anexo F) para proceder à apreciação e avaliação do estudo, tendo informado que naquele mês já não submeteria os documentos à Comissão, porque a reunião iria acontecer no dia a seguir à entrevista. Reuniram-se os documentos solicitados que foram entregues 3 dias após a entrevista. Fomos informadas no início de Janeiro que os documentos não estavam em conformidade com o solicitado. Reformularam -se os mesmos e após a nova análise, a presidente da comissão de ética referiu que o estudo teria que ser supervisionado por um médico e que deveria ser enviado para a médica, novo dossier com os vinte e um documentos mas mencionou novamente que continuava com documentos em falta, não referindo quais. Esta ocorrência aconteceu no dia 6 de Janeiro de 2011 e a próxima reunião da Comissão de Ética efectuar-se-ia no dia 9 de Fevereiro. Como não estávamos a conseguir concretizar as intervenções programadas no projecto inicial, houve necessidade de reunirmos com a nossa professora orientadora, Ana Frias, com a enfermeira Manuela, chefe do Serviço de Medicina Materno Fetal, expondo-lhes as dificuldades surgidas e devido à escassez de tempo, não seria exequível a concretização

dos objectivos delineados e assim reformulou-se o projecto, constituindo-se os enfermeiros do Serviço de Medicina Materno Fetal a nossa população alvo.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

Para que os objectivos pudessem ser concretizados, foi necessário proceder a uma pesquisa bibliográfica, da qual emergiu o suporte teórico, para que os objectivos fossem corporalizados.

4.1. Objectivos de Intervenção Profissional

A vivência da dor na parturiente na fase latente do trabalho de parto é uma realidade no Serviço de Medicina Materno Fetal, geradora de *stress* para a parturiente mas também para os enfermeiros que cuidam da parturiente. Cuidar da parturiente com dor torna-se por vezes uma situação complexa e temos que prestar cuidados tendo em consideração a sua individualidade, a sua personalidade, a idade, as suas crenças, os seus valores, o seu comportamento e o ambiente onde está inserida (Diário da Republica, 2011).

As reacções à dor durante o trabalho de parto, difere de mulher para mulher manifestando-se através de reacções como choro, gritar ou sorrir. Qualquer destas situações é normal e não deve ser recriminada. Para Frias (2009), há vários factores que podem aumentar a intensidade da dor e a sua percepção difere de parturiente para parturiente que foram identificados por Vellay (1998), nomeadamente psicológicos, funcionais e emocionais.

A dor do trabalho de parto, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2006, p.38) é um tipo de dor com as seguintes características: “sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contracções do útero e à dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto”. A dor do trabalho de parto tem origem nas contracções do útero e dilatação do colo cervical podendo durar durante na fase latente nos primíparas em média 6 a 8 horas (Lowdermilk, & Perry 2008). Brazão, referenciado em Graça, (2010) menciona, que consoante a progressão do trabalho de parto as contracções intensificam-se e difundem-se para a região infra-umbilical, lombar e sagrada.

A International Association for Study of Pain (IASP, 1994) define dor como “uma experiência sensorial e emocional, desagradável, associada a lesão tecidual potencial ou real ou descrita em termos de tal lesão” (p.210). Esta definição reconhece a dor como uma evidência percebida e uma experiência indesejável. Nesta definição está subjacente o carácter individual e multidimensional da dor revelando a importância da percepção da dor como indicador objectivo do processamento da informação algica. Ressalta da definição que a dor é uma impressão desagradável subjectiva, com repercussões emocionais.

Partindo desta premissa, e de que o alívio da dor na parturiente é uma das competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, delineamos como objectivo geral para este trabalho, **contribuir para a melhoria das intervenções de enfermagem nas grávidas a induzir o parto, no alívio da dor** não esquecendo que a dor do trabalho de parto é considerada como universal não sendo possível prever a intensidade da dor das parturientes, porque esta é subjectiva e vivenciada de forma diferente para cada pessoa (Organização Não Governamental-Amigas do Parto, 2010)

Os objectivos são os resultados que se procuram alcançar, são factores de clarificação do trabalho a desenvolver (Marconi & Lakatos, 2001). Interpretámos a palavra objectivo como um enunciado claro e explícito dos resultados que se espera atingir com acções previamente estabelecidas. É do conhecimento que a sua formulação permite direccionar as actividades que se pretendem incrementar ao longo do trabalho a desenvolver. Ao delinear os objectivos pretendemos analogamente ampliar o conhecimento sobre o tema a estudar, como exposto por Marconi & Lakatos (2001).

Ao planearmos os objectivos específicos, pretendemos operacionalizar o objectivo geral. Conforme Mão-de-Ferro, (1999) “ o objectivo específico é o resultado da desmultiplicação de um objectivo geral”(p.155). Definimos como objectivos específicos:

Demonstrar a importância da utilização da escala numérica da dor.

A dor está ligada ao homem desde os primórdios da humanidade. O significado que lhe vem sendo atribuído varia com a cultura, as crenças e valores da pessoa, mas a dor é conhecida por todas as pessoas A dor é uma experiência individual, subjectiva, verificando-se comportamentos diferentes nas pessoas que alteram consoante a sua cultura, a sua individualidade, o ambiente no qual estão inseridos, impossibilitando a maioria das vezes, a pessoa de descrever a própria dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A dor representa uma experiência única, multidimensional e porque “o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das unidades de saúde”, (Saúde 2003, p.1) é importante a utilização de escalas para mensuração da dor. Investigadores que se têm dedicado ao estudo da dor, com o objectivo de caracterizar a experiência da dor, de orientar a selecção de estratégias de intervenção adequadas, e de averiguar a eficácia das medidas de alívio, desenvolveram instrumentos que permitem quantificar e qualificar a dor, (Fernandes, 2000).

Em 2003, a Direcção Geral de Saúde emitiu a Circular Normativa, 9º onde se encontra referenciado, as escalas a utilizar pelos profissionais de saúde para avaliar a dor. Pretende-se com a utilização das escalas, quantificar a intensidade da dor, comparar o nível de dor em vários momentos, avaliar o grau da dor após a utilização de uma medida não farmacológica ou farmacológica. Referenciadas na circular citada, encontram-se (p.2):

Escala Visual Analógica

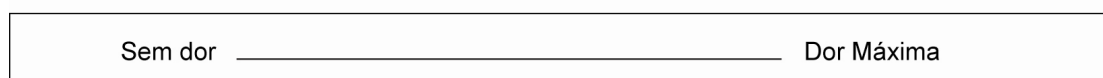


Figura 15. Escala Visual Analógica (DGS, 2003, p.2)

Esta escala consiste numa linha horizontal ou vertical, com dez centímetros de comprimento, tendo assinalada numa extremidade a classificação “Sem dor” e na outra “Dor Máxima”. Utilizando esta escala não se pretende uma resposta verbal da grávida. Esta assinala com uma cruz sobre a linha o ponto que melhor reflecte a intensidade da sua dor. Efectua-se a medição entre o início da linha e o ponto assinalado pela grávida obtendo-se uma classificação numérica que será registada em gráfico na folha de registo.

Escala Numérica

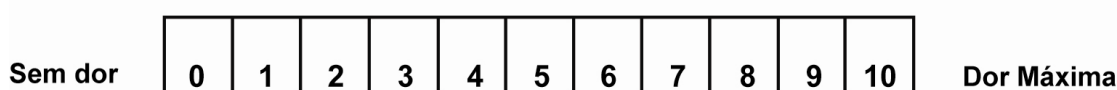


Figura 16. Escala Numérica (DGS, 2003, p.2)

Esta escala consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Apresenta-se a régua à grávida quer na horizontal ou vertical e esta classificará a sua dor, atribuindo um número correspondente à intensidade da dor sabendo que 0 corresponde a não ter dor (Sem dor) e 10 corresponde à pior dor imaginável (Dor máxima).

Escala Qualitativa

Sem dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

Figura 17. Escala Qualitativa (DGS, 2003, p.2)

A Escala Qualitativa consiste numa escala verbal, na qual se utilizam categorias adjectivais solicitando-se à grávida que classifique a intensidade da dor de acordo com: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa, dor máxima. Os adjectivos são registados na folha do gráfico, estando normalmente associados a uma escala numérica, para facilitar o seu registo.

Escala de Faces

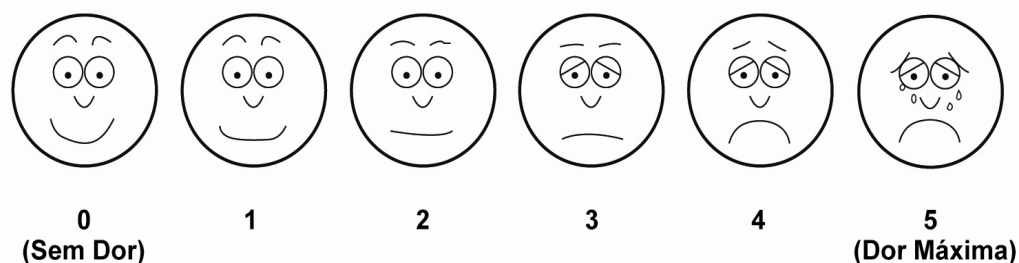


Figura 18. Escala de Faces (DGS, 2003, p.3)

A escala de faces consiste na representação gráfica de seis faces desenhadas enumeradas de 0 a 5, com expressões diferentes, que se vão modificando progressivamente da direita para a esquerda, onde a face sorridente corresponde a sem dor (0) e a face chorosa que corresponde à dor máxima (5). A grávida deve classificar a intensidade da sua dor de acordo com mimica representada em cada face desenhada.

Outro objectivo definido foi:

Incentivar os enfermeiros do serviço de medicina materno fetal a avaliar a dor como 5º sinal vital através da aplicação da escala de avaliação numérica da dor.

A Dor foi referenciada pela primeira vez como 5º sinal vital em 1996 pela Associação Americana da Dor. A dor enquanto experiência subjectiva/individual deve ser avaliada e descrita como o 5º sinal vital como referenciado na circular normativa nº 9 da Direcção Geral da Saúde de 2003. Importa registar a dor no mesmo ambiente em que são registados os outros sinais vitais, pulso, respiração, temperatura e pressão arterial pois permitirá ao profissional de saúde empreender uma conduta terapêutica. Schweitzer, referenciado em Portugal (2003) considera que “o profissional de saúde tem a obrigação e o privilégio de avaliar a dor” (p.43).

Transformar a dor no 5º Sinal Vital terá que envolver toda a equipa multidisciplinar. Poderá haver resistências, nomeadamente na equipa de enfermagem, pela reorganização das práticas diárias, na introdução de um novo procedimento. Contudo esse esforço é fundamental para que se obtenha um registo da intensidade da dor contribuindo para um melhor controlo, e porque a única forma de saber a intensidade da dor é através do que é comunicado pela grávida.

O ultimo objectivo definido consistiu em:

Incentivar os profissionais de enfermagem a utilizar as medidas não farmacológicas no alívio da dor, nomeadamente a deambulação, duche e ventilação, massagem na fase latente do trabalho de parto.

A utilização de métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto é uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (1996). Knobel, (2004) refere “ que são técnicas que não utilizam remédios ou drogas “ (p.2). São considerados métodos não invasivos que ao serem utilizados contribuem para a redução da ansiedade, promovem o relaxamento, o alívio da dor e proporcionam conforto à parturiente.

Diversos estudos científicos comprovaram que a dor do trabalho de parto, pode ser atenuada utilizando métodos não farmacológicos, isoladamente ou em conjunto, (Davin, Torres, Dantas, Melo, Paiva, Vieira, & Costa, 2008; Frias, 2009; Knobel, 2004; Mamede, 2005; Manfredo, Faria & Mazoni, 2009; Oliveira, Vieira, Gouvêa & Barbosa, 2009). Os resultados evidenciaram que com a utilização dos métodos não farmacológicos, a mulher se manteve activa e colaborante durante todo o trabalho de parto e parto. Assente nestas evidências, as grávidas devem ser elucidadas, encorajadas

a utilizar os métodos não farmacológicos, porque além de proporcionar alívio da dor, contribuem também para o vínculo mãe/bebé.

Lowdermilk, & Perry (2008) referem que os profissionais de saúde têm que considerar os factores fisiológicos, psicológicos, culturais e ambientais que influenciam a dor do trabalho de parto, aumentando a percepção dolorosa do mesmo. A expressão da dor na parturiente tem que ser percebida, respeitada, pelos profissionais de saúde. A redução dessa percepção passa pelo relaxamento, confiança, orientar, transmitir informações correctas, e pelo contacto com os familiares que são elementos importantes para a aplicação dos métodos não farmacológicos, isto é, devemos estabelecer uma relação terapêutica com a grávida/família, tornando-a confiante e segura.

Relembramos que a dor do trabalho de parto resulta da existência de contracções uterinas. Estas são importantes, porque promovem o apagamento e dilatação do colo uterino e a conseqüente progressão do feto pelo canal de parto ao longo do trabalho de parto. Duke, (2009) menciona que:

“os profissionais de saúde que, no seu dia-a-dia, estão envolvidos no acompanhamento da gravidez ou na assistência ao parto, conhecem o sofrimento que muitas vezes se associa à dor no trabalho de parto. O alívio da dor ajuda a evitar a descoordenação, bem como a diminuição do fluxo de sangue uterino, os quais condicionam prejuízos na reserva do oxigénio placentar” (p.10).

Como já referido o alívio da dor durante o trabalho de parto, adquire contornos de direito universal, ao qual todas as mulheres devem ter igual acesso.

Para proporcionar maior conforto, relaxamento, redução da ansiedade e da dor, durante a fase latente do trabalho de parto podem ser implementadas/aconselhadas diversas estratégias, tais como:

1) Deambulação - A parturiente deve ser incentivada a andar durante o trabalho de parto. O movimento de caminhar associado à acção de gravidade permite que o útero se contraia, e que o fluxo sanguíneo que chega ao feto ocorra em maior quantidade, (Mamede, 2005). A posição vertical, permite uma melhor progressão do trabalho de parto, pois promove a circulação uterina, permitindo que as contracções sejam mais eficientes, favorecendo a progressão do feto ao longo do canal de parto. A deambulação durante a fase latente, origina que as contracções sejam mais regulares e mais eficazes, (Frias, 2009).

Brandem (2000), menciona que na posição vertical a parturiente sentirá contracções “mais fortes, mais regulares e frequentes porque a gravidade alinha o feto

com o ângulo pélvico. A manutenção dessa posição pode abreviar o trabalho de parto e reduzir a dor” (p. 227). Realçamos que Mamede (2005), na pesquisa bibliográfica que efectuou para o seu trabalho, alude que a deambulação durante o trabalho de parto contribui para a redução da dor, mas que autores como (Albers et al., 1997; Bloom et al 1998; Mendez-Bauer et al., 1975; Sabatino, 1997) não explicam como esta se processa. Frias, (2009) ao referir-se ao estudo de Santos & Baptista (2000), escreve que a deambulação durante o trabalho de parto “produz inúmeras vantagens para a grávida e feto, porque proporciona maior sensação de bem-estar, porque se movimenta melhor, as contracções são mais regulares, com a consequente dilatação” (p.131). Salientamos que a deambulação poderá diminuir o tempo da fase latente do trabalho de parto.

2) Ventilação/Respiração - É considerada uma técnica auxiliar do relaxamento, promovendo a prevenção do *stress*, diminuição de dores musculares, diminuição de estados de ansiedade moderada, aumentando o poder de concentração. Lowdermilk, e Perry (2008), descrevem que no primeiro estágio do trabalho de parto, os exercícios respiratórios impulsionam o relaxamento dos músculos abdominais ampliando a cavidade abdominal, diminuindo o atrito e desconforto entre o útero e a parede abdominal, promovendo o relaxamento dos músculos da região genital, o que permite a descida do feto. Nesta fase a parturiente deve efectuar uma ventilação/respiração de relaxamento, inspirar pelo nariz e expirar pela boca de forma lenta, no início e fim de cada contracção. Devemos explicar que uma correcta respiração passa por inspirar, encher a barriga, dilatar o tórax, levantar levemente as clavículas, manter o ar, expirar calmamente, expulsando o ar pela boca e não ter pressa em inspirar o ar novamente, respeitando a pausa respiratória. Frias (2009), refere que este género de ventilação/respiração é designado de 1º tipo de ventilação ou ventilação profunda, utilizada na fase latente do trabalho de parto. Temos que ter presente que numa pessoa que efectue uma respiração eficaz durante as contracções, a função respiratória é substancialmente melhor. Em situações de *stress*, como seja o trabalho de parto, uma pessoa descontrolada pode acelerar o seu ritmo respiratório o que conduz a uma situação de hiperventilação, originando sintomas como: tonturas, cefaleias, perturbações visuais, parestesias, dores no peito, palpitações, ansiedade e, até mesmo, ataques de pânico.

3) Massagem - Muitos dos efeitos da massagem são compreendidos no contexto de princípios científicos, sendo desejável que estes princípios sejam suportados por resultados de trabalhos de investigação. A massagem é uma técnica de relaxamento

disponível de ser utilizada durante o trabalho de parto. Costa (2004) refere que a massagem ensina a utilizar o toque para fins terapêuticos, permitindo relaxar e acalmar o corpo e o espírito. Tocar é estimular a matriz de todos os sentidos do corpo e da pele (Montagu, 1988 citado por Roxo, 2003).

O toque é uma das formas de comunicação não verbal mais íntima e intensa do ser humano. Denison (1998) refere-se ao toque terapêutico como indutor de um profundo relaxamento. O autor destaca ainda a sua comprovada eficiência na diminuição da ansiedade e redução da dor bem como na promoção da cicatrização. De acordo com Roxo (2003), os contactos agradáveis estimulam a produção de endorfinas que causam prazer, activam o bom humor e diminuem a tristeza, restaurando a energia psíquica.

Frias (2009) menciona que a massagem foi e é um meio natural de aliviar a dor e desconforto que “actuando sobre os receptores nervosos cutâneos e subcutâneos transmite-se ao cérebro sensações de calor, pressão, distensão, atrito e dor, provocando a produção de endorfinas” (p.123). A massagem afecta toda a nossa pessoa, ajudando-nos a tomar consciência da nossa corporalidade, (Roxo, 2003). As massagens podem ser efectuadas por qualquer pessoa, pois baseiam-se no instinto natural da pessoa, com o intuito de proporcionar alívio e conforto, proporcionando a quem usufrui um espírito calmo e relaxado.

Uma massagem suave, (euffleurage) e a massagem da região sagrada (contrapressão), são dois métodos que proporcionam conforto a muitas mulheres, durante a fase latente do trabalho de parto, (Lowdermilk, & Perry 2008; Frias 2009). As autoras indicam que a euffleurage consiste numa massagem, que é utilizada para distrair a parturiente da dor provocada pela contracção. Através de percussões suaves no abdómen, sincronizada com o ritmo das contracções, proporciona-se um efeito relaxante e uma diminuição da dor. A massagem da região lombo-sagrada (contrapressão) mostra-se extremamente eficaz no alívio do desconforto provocado pelas lombalgias decorrentes do trabalho de parto. Efectua-se uma pressão constante com as mãos ou com o punho na região sagrada, aliviando a sensação de aperto interno e dor nesse local (Lowdermilk,& Perry 2008; Frias 2009). As parturientes, devem estar confortavelmente sentadas numa cadeira permitindo que a zona lombar seja correctamente massajada. Neste contexto, a massagem actua distraindo e inibindo a dor, através da estimulação de uma variedade de receptores da pele e tecidos profundos. Salientamos que o simples acariciar do abdómen quando a mulher respira e relaxa durante a contracção, funciona

como um verdadeiro calmante, sobretudo se for realizada pelo companheiro, favorecendo deste modo a ligação afectiva entre o casal. Pode-se portanto dizer que aliviar as tensões da parturiente através de uma simples massagem não acaba com as dores do parto, mas serve para relaxar e aliviar a tensão num momento bastante crítico. O mais importante é que essas carícias tão especiais transmitam carinho, tranquilidade e compreensão à parturiente. Em suma, o toque e a massagem são usados como suporte emocional e de relaxamento; contudo a sua utilização não está limitada apenas ao período de nascimento e preparação pré-natal; deveriam antes ser usados em todos os momentos da nossa vida.

4) Imagens Mentais/Visualização - Com o fim de criar imagens atraentes, é incentivada a grávida a usar a sua imaginação, de forma a distrair-se, proporcionando o alívio da dor e também do *stress*. Igualmente Frias, (2009), valoriza os efeitos dos sentidos no relaxamento da mulher em trabalho de parto, salientando que já em 1985 Achterberg alude a imagem mental como o “processo de pensamento que invoca e utiliza os sentidos”(p.126). A imagem mental é um processo fisiológico e psicológico natural à pessoa que acontece propositadamente ou não (Carvalho 2004). Deve ser incentivado a utilização do olfacto, visão, audição, paladar, para explorar o local imaginado, o que promove uma sensação gradual sensação de paz e tranquilidade, segundo o autor mencionado.

A grávida através da imaginação deve ser incentivada a conceber pensamentos positivos de locais agradáveis, momentos satisfatórios da sua vida pessoal ou familiar, deve focar-se num “alvo mental” como por exemplo, uma paisagem tropical, a montanha, a praia, o jardim, o parto a correr bem ou visualizando o seu bebé. Assim o recurso a imagens mentais positivas e estimulantes pode ser utilizado de forma a proporcionar auto desenvolvimento, relaxamento, distração (relativamente aos factores que causam dor).

No contexto da gravidez, esta técnica ajuda a lidar com as contracções dolorosas durante o trabalho de parto e alivia o *stress* e/ou ansiedade. A aplicação desta técnica de visualização, requer um ambiente tranquilo, aquecido, escurecido e livre de interrupções, onde se possa sentar/deitar confortavelmente e relaxar. A respiração deve ser lenta, regular e ritmada, concentrando-se no lugar imaginário especial. Os enfermeiros devem orientar o exercício, mas a essência desse lugar deve ser fruto da imaginação da mulher. Uma sessão com recurso a imagens mentais deve terminar

gradualmente. Primeiro, a imagem mental é deliberadamente levada a desaparecer; depois, a mulher volta calmamente a concentrar a sua atenção na sala onde se encontra.

5) Água/duche - A utilização da água durante a fase latente induz a mulher ao relaxamento, reduzindo a ansiedade, estimulando a produção de endorfinas, contribuindo para a diminuição da dor. Davin, et al. (2007), referem no seu estudo que o banho de chuveiro, não diminui a dor, mas ajuda na sensação de bem-estar, relaxamento, conforto, contribuindo para o controle da dor. Vários são os autores que mencionam o efeito relaxante que a água produz, porque esta diminui a pressão junto dos músculos abdominais do útero, originando que este se contraia e paralelamente faculte a descontração dos músculos do perineo. Sumariamente, o efeito da água no alívio da dor, é originado por estímulos térmicos, ou seja, o calor faz dilatar os vasos sanguíneos, estimula a circulação e relaxa os músculos. Os receptores nervosos conduzem os estímulos de calor através das sinapses até ao centro da dor, desencadeando-se processos químicos que diminuem as sensações da dor (Frias, 2009; Lowdermilk, & Perry, 2008). A temperatura da água não deve ultrapassar os 37º graus Célsius, e não há limite de tempo para a parturiente permanecer no duche.

6) Bola de Pilates. A utilização da bola de Pilates durante a indução do trabalho de parto, encontra-se referenciado num trabalho efectuado por Silva (2010), onde alude aos estudos de Jonhston (1997) e Perez (2000), mencionando que a utilização da bola durante o trabalho de parto permite a movimentação suave da pelve, e que a sua utilização não tem interferência com as fibras musculares e a articulação óssea.

A utilização da bola de Pilatos durante o trabalho de parto, permite um maior conforto e relaxamento para a parturiente, sendo facilitador da mobilidade materna. A parturiente deve sentar-se em cima da bola, com as costas erectas o mais possível, flectindo as pernas para formar um ângulo de 90º e estas devem estar afastadas uma da outra. Sem mexer os pés, a parturiente inicia movimentos de balanço para a frente e para trás, assim como movimentos de rotação de um lado para o outro, com a finalidade de aumentar o fortalecimento dos músculos abdominais inferiores (Silva, 2010).

O alívio da dor durante o trabalho de parto, permite aumentar o bem-estar físico e emocional da parturiente, pelo que os métodos não farmacológicos devem ser aconselhados às parturientes isoladamente ou em conjunto com métodos farmacológicos. A utilização da deambulação, da ventilação/respiração, da massagem, de imagens mentais/visualização, da água/duche e da bola de Pilates, devem ser incentivados pelos enfermeiros do Serviço de Medicina Materno Fetal às parturientes a

induzir o parto envolvendo sempre que possível o/a acompanhante na execução destes métodos não farmacológicos.

Delineamos os objectos, efectuamos pesquisa suportada em documentos, estudos que nos permitiram constituir suporte teórico, que foi transmitido através da formação em serviço aos profissionais, o que contribui para o desenvolvimento e aprofundamento de competências, tendo por premissa, que precisamos de estar a par dos conhecimentos produzidos, assim como temos que nos adaptar aos mesmos (Craig & Smyth, 2004).

4.2. Objectivos a Atingir com a População Alvo

A gestão eficaz da dor é da responsabilidade dos profissionais de saúde e os enfermeiros constituem uma peça fundamental na equipa multidisciplinar pelas intervenções que têm e podem proporcionar na gestão eficaz da dor.

O termo gestão neste enquadramento refere-se ao acto de orientar, de executar. Rosa (1997) parafraseando Mcclosekey e Bulechek refere-se à gestão da dor como o alívio ou redução da dor a um nível de conforto aceitável para o paciente. Pretendemos que os enfermeiros do Serviço de Medicina Materno Fetal, venham a avaliar a dor durante a fase latente do trabalho de parto, utilizando a escala numérica da dor preconizada para o serviço e que se aplique medidas não farmacológicas no alívio da dor durante a fase latente do trabalho de parto.

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Ao longo do seu percurso profissional, o enfermeiro deve reflectir sobre o seu desenvolvimento profissional e sobre o seu plano de formação para obtenção da excelência no cuidar. A formação adquirida enquanto enfermeiro é encarada como a construção da sua identidade profissional e baseia-se nas necessidades sentidas. A enfermagem que no seu percurso tem tido uma evolução gradual, que com a aquisição de novos conhecimentos e suportada por uma estrutura científica foi construindo também a sua identidade própria, e em 21 de Abril de 1998, o Estado Português cria a Ordem dos Enfermeiros, através do Decreto-Lei nº 104/98 onde reconhece que “Os enfermeiros constituem actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de Saúde Português e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem” (p. 1739).

O interesse por parte dos enfermeiros pela investigação científica na sua área de actuação tem contribuído, ao longo dos tempos, para um desenvolvimento consolidado e para uma conseqüente melhoria dos cuidados prestados no seio desta profissão, tal como refere (Hesbeen 2000), que associa a crescente afirmação da Enfermagem como a arte e ciência ao exercício da investigação.

Craig e Smyth, (2004) referem que o desafio para os profissionais de enfermagem que prestam cuidados e se interessam por investigação, deve basear-se nas intervenções a melhorar assim como a consulta da literatura a efectuar, deve incluir evidências para a prática do profissional, porque muitos estudos não são conclusivos para os cuidados de enfermagem. Comungamos da opinião de Hasbeen (2000), que a palavra investigação compreende vários aspectos mas que o resultado final é de aumentar conhecimentos, desde que seja adaptada ao contexto da prática

Os enfermeiros, visam, cada vez mais, desenvolver investigação com o intuito de dar resposta a uma questão que gostariam de ver respondida ou a resolver um problema detectado, como afirmam Polit e Hungler (2004) e, de acordo com Hesbeen (2000) “a investigação não se reduz à demonstração irrefutável da verdade, mas abre-se entre outras coisas, à vontade sincera de compreender melhor os elementos do ambiente em

que se situa a acção dos profissionais” (p.150). Os profissionais de enfermagem vêm adquirindo conhecimento científico que são geradores de ganhos em saúde (Franco, 2010). Na incessante procura de novos saberes, aliados ao desenvolvimento de competências, os enfermeiros têm o dever de reflectir sobre as intervenções realizadas diariamente em contexto de trabalho, sejam estas autónomas ou interdependentes.

5.1. Fundamentação das Intervenções

Aprender ao longo da vida reflecte a nossa preocupação em adquirir novos conhecimentos que proporcionarão melhores cuidados de enfermagem. A formação em Enfermagem “teve sempre uma ligação ao contexto de trabalho (...) confrontando-se com a necessidade de repensar o seu processo de trabalho bem como as competências essenciais ao desempenho da profissão num meio em permanente mudança” (Frederico & Leitão 1999, p.136). Este trabalho desenvolveu-se tendo por premissa que a dor durante a fase latente aumenta consoante a progressão do trabalho de parto e que a parturiente manifesta comportamentos diferentes perante a mesma, sendo necessário haver registos que permitam avaliar/quantificar a dor, para se prestar cuidados no alívio da dor, proporcionando conforto à parturiente, havendo necessidade de sensibilizar a equipa de enfermagem, e como referido em Dor – Guia de Boas Práticas (2008), “a prestação de cuidados à pessoa com dor inclui a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções serem documentadas” (p. 15).

Os registos para os enfermeiros são um processo de comunicação que permite o planeamento, a aplicação e avaliação dos cuidados prestados, salientando que são individualizados, contínuos e progressivos. Também os registos efectuados ajudam a entender o comportamento da grávida, detectar a resposta ao cuidado prestado, e fundamenta as decisões e intervenções em enfermagem (Simões & Simões, 2007). A Ordem dos Enfermeiros através do documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), menciona à importância dos registos de enfermagem na organização dos cuidados de enfermagem, no qual os enfermeiros devem incorporar as necessidades de cuidados, as intervenções realizadas e os resultados das intervenções, porque os registos contribuem com subsídios muito importantes para trabalhos de investigação.

A construção e aplicação do questionário, teve como finalidade recolher informações de forma objectiva, compreensiva, sobre a dor vivenciada pela parturiente,

a partir da mensuração da dor referida, utilizando-se a escala numérica, em quatro momentos de aplicação do comprimido de misoprostol, com um intervalo de seis horas entre cada um, consoante a prescrição médica. Salientamos que o questionário elaborado, não foi entregue às parturientes, sendo pedido à grávida que assinala-se na escala da dor, o número que identificasse a dor sentida, sendo este assinalado por nós na folha de registo. Posteriormente fizemos uma análise dos dados obtidos da mensuração da intensidade da dor referida pelas parturientes, verificamos que aumenta de intensidade, o que confirma a nossas evidências enquanto prestadora de cuidados à grávida e parturiente e que motivou a efectuar esta intervenção de enfermagem.

A revisão da literatura efectuou-se ao longo de todo o trabalho. Efectuamos pesquisa da literatura sobre os temas abordados, dor, dor trabalho de parto, escalas de avaliação da dor, métodos não farmacológicos, através da consulta de bases de dados electrónicas, livros, artigos, circulares normativas. Devido à nossa inexperiência quer na consulta de bases de dados quer na selecção dos documentos mais significativos para o desenvolvimento desta intervenção de enfermagem e da elaboração do relatório, houve um acumular de variadíssimos trabalhos que infelizmente, devido à escassez de tempo não foi possível efectuar a sua leitura na íntegra, seleccionando e/ou partir para a procura de outros, também, relevantes para a intervenção. Moreira (2004) cita em relação ao referido “a tendência do pesquisador com menos experiência é acumular livros, referências e cópias de artigos. O processo é conhecido: parte-se da impressão inicial de que não há nada para ler e, na medida em que as fontes são identificadas e localizadas, chega-se à conclusão de que não há tempo hábil para ler tudo o que é necessário” (p.25).

Através da formação em serviço apresentamos uma sessão para os colegas sobre a dor como 5º Sinal Vital. Na sequência dos objectivos delineados ocorreu outra formação sobre os benefícios dos métodos não farmacológicos no alívio da dor efectuada pela Professora Doutora Ana Frias.

A formação em serviço foi considerada e as formações efectuaram-se neste âmbito, porque esta proporciona aos enfermeiros contextualizados no seu local de trabalho, colaborarem e intervirem permitindo uma articulação de conhecimentos nas áreas de intervenção. O local de trabalho é por excelência um local de aprendizagem, de vivências e uma partilha de conhecimentos. Collière (1999) menciona que “os serviços são lugares de expressão da prática profissional, é aí que se podem mobilizar e ajustar conhecimentos provenientes de situações diárias que é possível aliar a reflexão à

prática” (p. 339). O Decreto-Lei nº437/91, da antiga carreira de Enfermagem referia-se à formação em serviço mencionando que devia “visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de Enfermagem, da unidade considerada como um grupo profissional com o objectivo comum e das necessidades individuais de cada membro do grupo” (p. 5738). Presentemente, a actual carreira de Enfermagem, Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, alude ao conteúdo funcional do enfermeiro, mencionando que a nível da instituição, os enfermeiros devem colaborar e realizar formação.

Comungamos da opinião de Frederico e Leitão, (1999) que consideram a formação em serviço, como acções de formação a serem desenvolvidas pelos profissionais, após o reconhecimento de situações/problemas, que possam contribuir para a obtenção de conhecimentos teóricos, habilidades práticas e atitudes que permitam o desempenho profissional. As acções de formação assumem importância pela partilha de experiências, aquisição de conhecimentos e aprofundar conhecimentos, que contribuam para a mudança de comportamentos.

Aos enfermeiros é exigido a utilização de conhecimentos bem como a sua constante actualização. Salientamos que formar é importante para que os enfermeiros prestem cuidados de excelência, suportados em evidências que visem a mudança e a inovação. Concordamos com Mão-de-Ferro (1999) “os ideais são imprescindíveis para o avanço das organizações, mas se não for tida em conta a situação existente, as ideias podem estar comprometidas e não encontrar terreno para a sua germinação e serem mesmo motivo de perda de credibilidade” (p.239).

5.2. Metodologia

A palavra metodologia alude à capacidade de orientar um trabalho, permitindo a aquisição de conhecimentos, suportada na análise de factos, que permitem orientar os procedimentos a adoptar, (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001). A metodologia tem o objectivo de com rigor, pormenor e clareza descrever o que foi feito e como. Consciente de que o número de grávidas internadas para induzir o parto tem vindo a aumentar, da necessidade de mensurar a dor como 5º sinal vital, o que permitirá actuar no sentido de promover o seu alívio através de medidas não farmacológicas e farmacológicas, definiu-se a nossa temática de intervenção. Elaboraram-se as estratégias de intervenção a desenvolver junto dos enfermeiros, as acções necessárias, mobilizando

os recursos humanos e matérias essenciais à sua implementação. Posteriormente procedeu-se a avaliação de todo o processo desenvolvido sendo este transversal.

5.3. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Accionadas

Mintzberg, (2004) refere-se às estratégias como um procedimento formalizado e articulador de resultados baseadas em reflexões. As estratégias definidas foram elaboradas em consonância com os objectivos delineados, e permitiram orientar-nos na execução do planeado com o propósito de atingir os objectivos.

Ao efectuarmos uma revisão bibliográfica, pretendemos rever e conhecer a literatura referente à, dor, dor no trabalho de parto, métodos não farmacológicos, escalas de avaliação da dor. O conhecimento de estudos efectuados abordando esta temática permitiu: identificar o conhecimento produzido pelos trabalhos já realizados, os procedimentos, os resultados, discussões e conclusões relevantes (Craig & Smyth, 2004). Baseadas na literatura consultada, planeamos as acções de formação, com a pertinência de os formandos ficarem sensibilizados, motivados para a temática, relembando e baseada em evidências, a necessidade de equiparar a dor como um sinal vital para ser introduzida nas práticas diárias dos enfermeiros, assim como da necessidade de se utilizar a escala numérica da dor. Ao planear a acção foi necessário definir os objectivos, o seu conteúdo, os métodos e técnicas pedagógicas a utilizar, o local da sessão e seleccionar um instrumento avaliativo a utilizar. Para preparar a acção de formação, foi elaborado o plano da sessão (Anexo G), onde se indicou o tema, os formadores, o tempo necessário para a sua execução, o grupo para quem era dirigido e o objectivo geral e os específicos e foi afixado um cartaz (Anexo H) na sala de trabalho dos enfermeiros, indicando o tema, os formadores, data e a hora.

A acção de formação Dor o 5º Sinal Vital (Anexo I) foi apresentada conjuntamente com um obstetra. No término da sessão apresentamos aos participantes um modelo de folha de registo da dor aplicando a escala numérica, para ser utilizado na mensuração da dor nas grávidas a induzir o parto (Anexo J). Após a apreciação da referida folha pelos formandos, foi considerada uma folha extensa tendo sido sugerido a sua reformulação, o que veio à acontecer (Anexo L). Reforçou-se aos enfermeiros presentes a importância de registarmos, a partir deste momento, as intervenções desenvolvidas com a parturiente na nova folha, para o alívio da dor, assim como do resultado das mesmas, permitindo ao longo dos turnos haver continuidade de cuidados à

parturiente. Pretende-se fazer uma avaliação, no prazo de seis meses, da folha de registos e desenvolver, também, um trabalho de investigação. Nesta folha na sua elaboração consideramos avaliar a intensidade da dor no início da indução do trabalho de parto, e durante as aplicações do comprimido de Misoprostol, e se foi efectuada alguma medida farmacológica e não farmacológica, e se qual o alívio da dor por parte da parturiente.

Mencionamos que esta acção de formação a Dor como 5º Sinal Vital, foi muito participativa e após a exposição do tema, proporcionou-se um debate entre os presentes (onze enfermeiros), sobre a temática abordada, sendo que todos os presentes referiram vontade de utilizar a folha e salientaram a necessidade de ser aplicada. Este já é um primeiro passo para protocolar no Serviço de Medicina Materno Fetal medidas não farmacológicas e nomeadamente as farmacológicas no alívio da dor. Sugerimos a criação de um grupo de trabalho com cinco elementos (dois obstetras e três enfermeiros especialistas) que foi aceite pelos presentes. O Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea, (2001) define grupo como “ um conjunto de pessoas ou coisas que constituem um todo” (p. 1944). Entendemos que grupo é um conjunto de pessoas que estabelecem relações recíprocas e que têm em comum interacções, comunicações, organizações, interesses, valores e normas. A criação do grupo de trabalho terá como objectivos, reflectir sobre a temática “alívio da dor durante o trabalho de parto” e efectuar a avaliação da folha de registo num prazo mais ou menos de seis meses, para se elaborar e protocolar, estratégias que contribuam para o seu alívio. Referido em Dor - Guia de Boa Prática, da Ordem dos Enfermeiros (2008) “o controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar (...) e os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor” (p. 13).

Realçamos que ao abordar a “Dor o 5º Sinal Vital”, fomentamos a reflexão nos formandos com os problemas decorrentes da prática profissional do dia-a-dia o que originou a troca de ideias e como citado por Mão-de-Ferro (1999) “ se se falar daquilo que se passa na organização e se se fizer analogia dessas teorias com os problemas que lhe dizem respeito, facilmente surgirá nele a vontade de pôr questões e opinar sobre o assunto” (p.245). Esta acção de formação decorreu na data, local e hora prevista. Tivemos presentes 11 enfermeiros, sendo que duas enfermeiras eram alunas do mestrado em enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Enfermagem de Viseu. No final procedeu-se à avaliação da formação, para

a qual se entregou a folha utilizada no centro de formação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, para avaliação final da formação (Anexo M).

Com base na análise sumária dos itens que compõem a folha verificámos que todos os elementos presentes na formação pertenciam ao sexo feminino; em relação ao grau académico, 7 tinham a licenciatura em Enfermagem, 2 a especialidade de Saúde Materna e 2 o mestrado. Ao ponto 3 da avaliação (Interesse da Acção), 7 consideraram que esta acção de formação correspondeu totalmente às suas expectativas, 3 qualificaram de muito e apenas 1 assinalou em parte. Em relação aos objectivos do programa, 10 consideraram totalmente positiva e 1 muito positiva. Sobre a relevância dos temas, todos os formandos consideraram-na totalmente positiva. Quanto á utilidade para a realização da função, 10 consideraram totalmente positiva e 1 muito positiva. No ponto 4, a avaliação da acção, observou-se em relação aos seguintes pontos, nomeadamente, progressos na aprendizagem, 8 consideraram totalmente positiva e 3 muito positiva; motivação e participação, todos os 11 formandos assinalaram totalmente positiva; conteúdos do curso, 8 consideraram totalmente positiva e 3 muito positiva. Em relação ao relacionamento entre participantes, 10 consideraram totalmente positiva e 1 muito positiva. Quanto às instalações e espaço de formação, 8 consideraram totalmente positiva e 3 muito positiva; sobre os equipamentos de apoio, 5 consideraram totalmente positiva, 5 muito positiva e 1 em parte; sobre a documentação recebida, 4 consideraram ser totalmente positiva e 7 muito positiva. Na avaliação do apoio técnico-administrativo, 5 consideraram ser totalmente positiva e 6 muito positiva. Por último, sobre o desempenho global dos formadores, 10 consideraram ser totalmente positivo e 1 muito positivo. Pela leitura efectuada consideramos que os objectivos definidos para a acção de formação foram totalmente alcançados.

Numa das avaliações intermédias fizemos o convite à professora orientadora do nosso relatório para se deslocar à maternidade para uma Palestra sobre os benefícios dos métodos não farmacológicos no alívio da dor durante a fase latente do trabalho de parto, o qual foi aceite. Efectivamos o convite por escrito, através da enfermeira chefe do Serviço de Medicina Materno Fetal (Anexo N), para a Professora Doutora se poder deslocar à Maternidade Dr. Alfredo da Costa, à coordenadora do departamento de Saúde Materna da Universidade Évora-Escola Superior de Enfermagem. Esta formação foi divulgada por cartaz (Anexo O) em vários serviços da maternidade, como bloco de partos, consultas externas, puerpério I e II, supervisão de enfermagem, e à enfermeira

directora. Esta formação decorreu no dia 4 de Março, pelas 14 horas na sala da faculdade de Medicina, que está inserida no Serviço de Medicina Materno Fetal.

Sendo uma profissional com uma vasta experiência prática e teórica, as medidas não farmacológicas abordadas pela formadora, como deambulação, toque/massagem, duche, ventilação, o uso da bola de Pilates, visualização de imagens, revelaram-se um contributo muito importante para serem utilizadas no alívio da dor das parturientes. No final da apresentação houve “espaço” para uma troca de experiências entre a formadora e os formandos, originando um debate sobre outros métodos não farmacológicos que estão a ser utilizados por outros profissionais no alívio da dor nas parturientes, como por exemplo a acupunctura. Estiveram presentes 14 enfermeiros, dos quais destacamos a presença das 2 enfermeiras supervisoras, da enfermeira directora e uma aluna do mestrado em enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Verificamos que a temática e a discussão originada foi muito interessante.

Da análise das folhas de avaliação distribuídas no final da acção constatámos que estiveram na acção de formação 13 elementos do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Em relação às habilitações literárias, seis tinham o mestrado, seis a especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia, e dois a licenciatura. Em termos gerais, 11 consideraram que esta acção de formação correspondeu totalmente às suas expectativas, 2 muito e apenas 1, em parte. Sobre o interesse da acção, verificamos que, em relação aos objectivos do programa, todos os formandos consideraram totalmente positiva; sobre a relevância dos temas, 10 consideraram totalmente positiva e 4 muito positiva; quanto à utilidade para a realização da função, 10 consideraram totalmente positiva 3 muito positiva e 1 em parte positiva. Sobre a avaliação da acção, foi assinalado pelos presentes nos itens progressos na aprendizagem, 11 consideraram totalmente positiva e 3 muito positiva; motivação e participação, todos os 14 formandos consideraram totalmente positiva; conteúdos do curso, 12 consideraram totalmente positiva e 2 muito positiva; relacionamentos entre participantes, 12 consideraram totalmente positiva e 2 muito positiva. Sobre as instalações e espaço de formação, 13 consideraram totalmente positiva e 1 muito positiva; equipamentos de apoio, 9 consideraram totalmente positiva, 5 muito positiva. No item apoio técnico-administrativo, 8 consideraram ser totalmente positiva e 6 muito positiva e por fim desempenho global dos formadores, todos os formandos consideraram ser totalmente positivo. Consideramos que esta acção de

formação correspondeu na totalidade ao ambicionado quando se definiu a temática para a intervenção, estratégias no alívio da dor durante o trabalho de parto.

Posteriormente procedeu-se á elaboração de um álbum seriado, (Anexo P) que consiste na utilização de folhas em formato A4, individualizadas, sobre os métodos não farmacológicos, como: deambulação, respiração, duche, bola de Pilates, massagem, visualização de imagens, onde se colocou algumas frases e fotos acerca de cada método. A sua utilização permitirá à equipa de enfermagem e estudantes de enfermagem da licenciatura e dos mestrados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, a consulta das medidas não farmacológicas referidas e passíveis de serem recomendadas pelos profissionais às parturientes a induzir o parto. Este álbum foi elaborado baseado em textos consultados e que constarão do manual de procedimentos do Serviço de Medicina Materno Fetal (Anexo Q). O manual existente no serviço, permite a consulta de temáticas necessárias aos nossos procedimentos, como profissionais a desempenhar funções no serviço mencionado anteriormente.

Para que a informação transmitida não seja só verbal e para os enfermeiros, elaboramos um folheto, (Anexo R) comendo-se de informações sobre os métodos não farmacológicos que a grávida/família podem utilizar no alívio da dor. Um folheto é um documento, que serve de suporte para a divulgação de uma mensagem, acompanhada por um texto e ilustrada com imagens. A redacção do texto é simples, sucinta e objectiva. Pensamos que o folheto está atractivo, com um aspecto harmonioso e com uma linguagem acessível. Salientamos que a elaboração do folheto teve como objectivo facultar informação à grávida no momento da admissão na enfermaria.

Dada a necessidade de uniformizar os critérios de utilização da escala numérica da dor e dos métodos não farmacológicos, permitindo a (s) sua (s) aplicações era essencial a sua normalização. Inicialmente tínhamos previsto a elaboração de uma norma de serviço para avaliação da dor, mas em reunião informal com a directora do Serviço e com a enfermeira chefe, foi-nos referido que isso só poderia ser concretizada e pelo grupo de trabalho formado após se efectuar uma investigação com escalas validadas. Foi aceite o “desafio” por nós e por um obstetra, com o compromisso de na primeira reunião a realizar de apresentar a sugestão ao restante grupo. Também foi mencionada pela directora que as normas têm que ser aprovadas pelo Conselho de Administração assim como por ela, como directora do Serviço de Obstetrícia.

Como complementaridade de tudo o que foi referido, salientamos que com estas iniciativas, por nós iniciadas, tem o propósito de contribuir para cuidados de

enfermagem de excelência, como preconizado no manual do serviço de Medicina Materno Fetal (Amaral, 2008).

5.4. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

Os recursos materiais e humanos foram fundamentais para que estas intervenções se concretizassem com a finalidade de contribuir para a melhoria da gestão da dor. Baseadas nas estratégias delineadas, foi necessário identificar, adequar os recursos, para a consecução das mesmas e para o seu desenvolvimento, foi fundamental a mobilização dos recursos materiais. Para a realização das acções de formação/palestra necessitamos da sala de aulas vinculada à faculdade de medicina mas que está inserida no serviço de obstetrícia. A biblioteca da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, biblioteca da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Centro de Formação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, bases de dados online, processo clínico da grávida, computador, Powerpoint/Data-Show, cartazes de divulgação, material para impressão gráfica dos folhetos e fotocópias. Neste contexto, Chiavenato, (1994) referenciado em Frederico e Leitão (1999) citam que os recursos materiais “são recursos necessários para as operações básicas da empresa (...) constituem o próprio espaço físico, os prédios, edifícios e terrenos, o próprio processo produtivo, a tecnologia que os orienta, os métodos e processos de trabalho voltados para a produção de bens e serviços produzidos pela empresa” (p.89).

Os recursos humanos são um dos principais meios que as organizações dispõem para atingir as suas metas. Foram mobilizadas um conjunto de pessoas que se prontificaram a cooperar pois como elementos da instituição e tendo conhecimento do propósito do trabalho acederam em colaborar. Frederico, & Leitão (1999), referindo-se aos recursos humanos, mencionam que são “ as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico e tarefa” (p. 105). Foram vários os recursos humanos mobilizados, fundamentais para as intervenções realizadas, o que permitiu a concretização das intervenções, nomeadamente: grávidas, enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Materno Fetal, enfermeiros do Serviço de Medicina Materno Fetal, um obstetra, a directora do Serviço de Obstetrícia, Presidente do Conselho de Administração da maternidade, administrativa, professora orientadora do relatório.

5.5. Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

Para se poder formalizar as estratégias, foram desenvolvidos contactos com: 1) a Enfermeira chefe do Serviço de Medicina Materno Fetal que autorizou a intervenção, que concordou que as formações fossem realizadas no âmbito de formação em serviço; 2) com o Presidente do Conselho de Administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa que autorizou a utilização da sala da faculdade de medicina, para a realização das acções de formação; 3) com a Directora do Serviço de Obstetrícia que tomou conhecimento da criação do grupo de trabalho para estudar/implementar estratégias no alívio da dor e 4) com o Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora que tomou conhecimento do convite efectuado à Professora Doutora Ana Frias para se deslocar à maternidade para efectuar a sessão sobre benefícios dos métodos não farmacológicos no alívio da dor.

Outros Recursos Humanos, inseridos no âmbito multidisciplinar, foram de relevada importância. Salientamos: um obstetra, interno do segundo ano da especialidade de obstetrícia, que efectuou em conjunto a acção de formação “ Dor – 5º Sinal Vital” e que é um dos elementos que constituem o grupo de trabalho, enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas do serviço de Medicina Materno Fetal, grávidas que participaram na colheita de dados sobre a mensuração da dor, administrativa que facultou o material necessário às acções de formação, enfermeiras chefes de outros serviços da maternidade que autorizaram a fixação nas salas de enfermagem, dos cartazes a anunciar as sessões de formação.

5.6. Cumprimento do Cronograma

Com a elaboração do cronograma pretendemos apresentar uma representação gráfica do trabalho a realizar no qual se assinalou as actividades planeadas, as datas do início, duração e término, em que foi executado o trabalho, Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, (2001). O cronograma permitiu-nos orientar para a execução das actividades, após a definição da temática: gestão da dor nas parturientes a induzir o parto. Foi necessário reformular o cronograma no início do mês de Janeiro por a presidente da Comissão de Ética da Maternidade Alfredo da Costa, não ter autorizado a intervenção delineada no projecto inicial.

Foi efectuada uma pesquisa bibliográfica ao longo de todo o processo, elaborou-se o questionário para o levantamento de dados, que se concretizou a meio do mês de Janeiro, tendo sido aplicado entre o 17 de Janeiro até ao dia 18 Fevereiro.

Foi necessário construir o instrumento de colheita de dados, para o qual foi compilado a escala numérica da dor e o seu registo foi efectuado pelos enfermeiros do serviço de Medicina Materno Fetal que prestaram cuidados às parturientes a induzir o parto, consoante a classificação numérica referida pela parturiente, após a apresentação da escala numérica da dor. Saliémos que este questionário não foi dado à parturiente, ficando sempre na posse dos enfermeiros, e que teve autorização por parte da enfermeira chefe, porque o documento visava somente mensurar a dor sentida pela parturiente.

Os objectivos foram reformulados direccionando-os para os enfermeiros e as actividades a desenvolver, foram para os enfermeiros do Serviço de Medicina Materno Fetal. Efectuaram-se as acções de formação, elaborou-se uma folha de registo para se avaliar a percepção da dor nas grávidas a induzir o parto, organizou-se o álbum seriado e o folheto. Todo este processo implicou diferentes actividades, cada uma com o seu respectivo tempo de realização. Essas actividades estavam relacionadas entre si, e algumas requereram a conclusão de tarefas anteriores para que se pudessem concretizar, outras decorrem em simultâneo.

CRONOGRAMA

Actividades Objectivos	2010			2011		
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Pesquisa bibliográfica						
Reuniões com a Prof. Ana Frias						
Elaboração do Projecto de Intervenção						
Entrega do Projecto						
Reuniões informais com a En ^{fe} Chefe						
Reunião formal com Comissão de Ética da Maternidade						
Elaboração do questionário para levantamento dos dados Junto das grávidas						
Aplicação da Escala Numérica de avaliação da dor						
Tratamento dos dados recolhidos						
Contactos Institucionais/Pedidos de autorização						
Elaboração da Acção de Formação						
Apresentação da Acção de Formação						
Elaboração do Album Seriado sobre Métodos Não Farmacológicos						
Redacção final do Relatório						
Entrega do Relatório						

Figura 19. Cronograma

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A enfermagem enquanto disciplina tem evoluído com a construção de saberes construída em saberes práticos e teóricos, reflectindo sobre o processo de cuidar que, constitui a essência da profissão. Suportada por investigações que têm permitido clarificar o processo de cuidar, contribuindo para que os cuidados prestados sejam alicerçados em conhecimentos teóricos, isto é, baseados em evidências científicas (Craig, & Smyth, 2004).

A elaboração deste trabalho, permitiu uma reflexão constante, alicerçada aos objectivos delineados, à pesquisa bibliográfica, e às estratégias definidas que permitiu que fosse exequível no tempo previsto. A avaliação e controlo tornou-se pertinente, pois permitiu avaliar as intervenções desenvolvidas para obtenção do resultado esperado com o projecto, gestão da dor: estratégias de alívio da dor nas parturientes a induzir o parto. A avaliação de todo este processo, esteve inerente à consecução de todo o trabalho desenvolvido; e foi necessário perceber se se estava a fazer como planeado, se havia erros ou desvios do programado para se conseguir obter o resultado final.

6.1. Avaliação dos Objectivos

Para a avaliação dos objectivos prevê-se uma análise das actividades planeadas inicialmente e os resultados alcançados. Contudo não iremos ser extensos, porque a avaliação dos objectos esteve implícito no desenvolvimento de todo o trabalho, tendo culminado com a elaboração do relatório. Evidenciamos que esteve inerente uma avaliação contínua, baseada na reflexão que foi realizada ao longo de todo o trabalho e foi a reflexão que permitiu compreender se os objectivos estavam a ser operacionais.

Após termos efectuado o diagnóstico da situação e termos reflectido no que poderia ser feito para colmatar as necessidades identificadas, elaboramos o objectivo geral, desta intervenção que consistiu: contribuir para a melhoria das intervenções de enfermagem nas grávidas a induzir o parto, no alívio da dor. Para que este fosse concretizável, foi necessário efectuar pesquisa bibliográfica, através de leituras de

documentos, trabalhos efectuadas nas temáticas a abordar, dor com o 5º Sinal Vital, dor no trabalho de parto, métodos não farmacológicos para o alívio da dor.

Os objectivos específicos foram os objectivos operacionais das intervenções o que permitiu a concretização das acções planeadas e foram definidos três, nomeadamente: 1) incentivar os enfermeiros do serviço de medicina Materno Fetal a avaliar a dor como 5º sinal vital através da aplicação da escala de avaliação numérica da dor; 2) demonstrar a importância da utilização da escala numérica da dor e o ultimo 3) incentivar os profissionais de enfermagem a utilizar as medidas não farmacológicas no alívio da dor, nomeadamente a deambulação, duche e ventilação, massagem na fase latente do trabalho de parto. Sem nos referirmos individualmente, salientamos que: ao realizarmos a sessão de formação sobre a Dor 5º Sinal Vital, demonstrámos aos enfermeiros do Serviço de Medicina Materno Fetal, através de uma revisão de documentos (Circulares Normativas, Planos Nacionais de Luta Contra a Dor, Ordem dos Enfermeiros) que a dor enquanto sinal vital já está preconizada desde 2003, como norma de boa prática; que a escala numérica de avaliação da dor, já está referida na folha de registos de sinais vitais do Serviço de Medicina Materna Fetal; elaboramos e apresentamos uma nova folha de avaliação da intensidade da dor para as grávidas a induzir o parto; sugerimos e foi aceite pela enfermeira chefe e directora do Serviço de Obstetrícia a constituição de um grupo de trabalho, para que em equipa multidisciplinar seja possível delinear estratégias no alívio da dor no Serviço Medicina Materno Fetal. Planeamos e convidamos uma pessoa exterior à instituição, para nos falar sobre os métodos não farmacológicos o que se constituiu um contributo muito importante porque não expos só a teoria sobre os benefícios dos mesmos, mas relacionou-os com o contexto profissional de forma a serem exequíveis. Por fim queremos salientar, que os objectivos elaborados não foram muito ambiciosos, mas sim, definimos objectivos realistas para serem possíveis de operacionalizar em tão curto espaço de tempo.

6.2. Avaliação da Implementação do Programa

A avaliação apresenta-se como a etapa em que se faz uma retrospectiva de todo o processo, baseada numa reflexão. Segundo Fernandes (1998) “ a avaliação, apesar de estar presente durante todo o planeamento, constitui a etapa final deste processo. Assim é necessário medir o concretizado face ao planeado, ou melhor ainda, medir em que grau o problema ou necessidades iniciais foram resolvidas”(p.236).

Reflectindo sobre o trabalho desenvolvido e os resultados conseguidos, pensamos que existe motivação por parte da equipa de enfermagem para se aplicar a escala numérica da dor nas parturientes, na folha de registos que já foi elaborada e integrar os métodos não farmacológicos na prática dos cuidados à grávida, alcançando assim a excelência dos cuidados. Constatámos que alguns elementos da equipa médica ficaram sensibilizados com a necessidade de se implementar também medidas farmacológicas para alívio da dor na parturiente, conjuntamente com as medidas não farmacológicas, o que se traduziu na criação de um grupo de trabalho.

Contudo realçamos que devido à calendarização prevista para a implementação do programa, a avaliação dirigida aos procedimentos, não pode ainda ser avaliada, mas avaliar e melhorar a prestação de cuidados prestados à grávida e família é um desafio para os profissionais de saúde da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, pois brevemente irá ser implementado um processo de acreditação e certificação, nomeadamente no Serviço de Medicina Materno Fetal.

6.3. Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas correctivas

Os momentos de avaliação e as medidas correctivas foram uma constante desde o início do trabalho. Ocorreram várias reuniões presenciais com a professora orientadora, com o objectivo de em conjunto, reflectir e analisar as várias fases do trabalho a realizar, realizadas e a alterar. As reuniões aconteceram nos dias 15 de Outubro, 3 de Novembro, 15 de Novembro de 2010, dias 10 e 24 de Janeiro de 2011 e ainda no dia 24 de Fevereiro. Estas reuniões foram fundamentais na compreensão gradual da filosofia inerente à estrutura do relatório.

A troca de *e-mails*, através do correio electrónico foi contínua, nomeadamente na etapa final de elaboração do relatório. Salientamos o uso desta ferramenta, porque seria impossível a deslocação “quase” diária à escola, por motivos profissionais. Em Janeiro, quando fomos confrontadas com as dificuldades impostas pela comissão de ética em relação ao projecto inicial, foi necessário reformular as nossas intervenções, sendo este o momento mais crítico deste percurso, mas com as indicações da nossa orientadora, e baseada nas reflexões das nossas intervenções mobilizamos os saberes, e rapidamente, se contornou este obstáculo, o que permitiu a realização deste relatório.

As reuniões informais com a enfermeira chefe também foram um contributo para a consecução deste trabalho, que, perante o rigor da comissão de ética, concordou com

as novas intervenções a realizar e apoiou a ideia de as formações serem efectuadas em contexto de formação em serviço. Não podemos deixar de assinalar que fomos muito encorajadas, incentivadas, apoiadas pela nossa orientadora a continuar a realizar mais este percurso académico.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Ao longo da nossa vida profissional temos reflectido sobre o nosso desenvolvimento profissional. Com a licenciatura em Enfermagem adquirimos competências, que nos permitem saber, saber fazer saber-ser. Ao adquirirmos o título de Enfermeiro, ficamos habilitados à prestação de cuidados gerais e como referido no Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem, REPE, (1996) “ Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade” (p.6). Neste domínio competência implica um saber agir responsável, integrando conhecimentos, recursos e habilidades em contexto de trabalho.

Ser enfermeira é ser pessoa que se distingue pela formação adquirida, com conhecimentos científicos, pensamentos, saberes, reflexões, experiência, e pelo respeito pelo outro no seu processo de cuidar a pessoa na sua originalidade e complexidade (Hesbeen, 2001). O crescimento enquanto pessoa e profissional esteve inerente ao longo do percurso profissional, desejando adquirir competências especializadas, que se concretizou com a obtenção da Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Esta formação específica contribuiu para adquirir competências profissionais na área da Saúde da Mulher, como referido no Diário da República de Fevereiro, 2ª série, nº 35, de 2011, que regulamenta as competências específicas dos Enfermeiros de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. O exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, tal como o dos outros enfermeiros, insere-se num contexto de actuação multiprofissional, pelo que esta regulamentação permite clarificar o espaço de actuação, potenciando o exercício profissional autónomo, permitindo dar visibilidade aos cuidados prestados à grávida e família.

Exercendo funções como enfermeira especialista no Serviço de Medicina Materna Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, tem sido possível através da prática, desenvolver e aprofundar competências, enquanto prestadora de cuidados de

enfermagem especializados à grávida e família como pessoas beneficiadoras, mobilizando os nossos conhecimentos, integrando-os, adaptando-os às diferentes situações. Entendemos por competências em enfermagem “as que se baseiam na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adaptados para os conseguir” (Collière, 1999 p.290). O referido só faz sentido, numa perspectiva de desenvolvimento pessoal, como resultado de um processo de desenvolvimento de competências, tendo por princípio que a mesma resulta de um conjunto assimilado de conhecimentos, da evolução pessoal, e do contexto de trabalho, Garrido et al. (2008).

Perante mais uma etapa de desenvolvimento pessoal e académico, surge este relatório que permitiu desenvolver e aprofundar competências profissionais numa área tão específica e sensível: a dor do trabalho de parto nas parturientes a induzir o parto. Sensibilizada para a dor vivenciada pelas parturientes, desde o início das nossas funções no serviço, surgiu com o projecto de intervenção e posteriormente com a elaboração do relatório, a possibilidade de aprofundar conhecimentos na área da dor durante o trabalho de parto. Mobilizamos competências, que nos permitiram demonstrar perante os outros profissionais do Serviço de Medicina Materno Fetal, a necessidade de utilizarmos a escala numérica para avaliar a dor, de empregarmos os métodos não farmacológicos proporcionando conforto à parturiente durante o trabalho de parto, tendo para isso: espírito de iniciativa, organização dos documentos pertinentes, de criatividade, a criação da folha para se avaliar a dor baseada na escala numérica, elaboração do álbum seriado sobre métodos não farmacológicos e do folheto.

Aprofundamos competências profissionais numa prática de trabalho, concreta e específica como mencionado por Festas, (2006), baseadas numa realidade vivenciada e suportada por evidências científicas, e esperamos contribuir para melhores cuidados no controlo da dor das parturientes a induzir o parto no Serviço de Medicina Materno Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prestação de cuidados de enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia implica o conhecimento de um conjunto específico de saberes e que não podemos negligenciar, o que permite tornar eficientes as nossas intervenções de enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, e o nosso desempenho, enquanto enfermeira. Mobilizar saberes, aprofundar conhecimentos implica também mobilizar competências que nos permitam desenvolver e melhorar os nossos cuidados. Foi nesta perspectiva que este trabalho se desenvolveu, que estratégias podem ser utilizadas que contribuam para o alívio da dor nas parturientes, durante o trabalho de parto, proporcionando bem-estar e conforto, às mesmas, no serviço de Medicina Materno Fetal, da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e que possam ser utilizadas pela equipa de enfermagem.

Baseadas em evidências científicas, torna-se premente questionar as nossas práticas, o que fazemos, como fazemos, e porque fazemos, o que contribui para a nossa autonomia, pois a enfermagem enquanto profissão autónoma, os seus profissionais desempenham funções autónomas, e interdependentes. Todo este processo implica um conhecimento das nossas competências e o que fazer para as mobilizar, desenvolver, aprofundar. Competência supõe que tenhamos um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que aplicamos durante o nosso percurso pessoal e profissional e esses conhecimentos implicam que sejam aprofundados, reflectidos e questionados. Sabemos que num mundo em constante evolução, os enfermeiros não podem abstrair-se das mudanças que vão ocorrendo e por tudo o referido temos que sensibilizar, adaptar, mudar comportamentos, que contribuam para um melhor Cuidar.

O conhecimento da literatura recente, como circulares normativas que impõem normas de boas práticas a utilizar pelos profissionais, a pesquisa efectuada, que se tem traduzido em trabalhos de investigação com contributos para a prática no cuidar da pessoa, que é a essência da enfermagem, são exemplos de uma formação continua com o intuito, de se perceber a realidade actual e paralelamente contribuir para melhores cuidados de enfermagem.

Sabemos que a dor do trabalho de parto resulta das contracções, do apagamento do colo e da sua dilatação, o que origina comportamentos diversos nas parturientes. Não

havendo mensuração da dor referida pelas parturientes, foi necessário sensibilizar a equipa de enfermagem do Serviço de Medicina Materno Fetal para se registar a intensidade da dor, aplicando a escala numérica da dor, o que permite avaliá-la como o 5º Sinal Vital. No contexto actual, a formação em âmbito de trabalho, sendo este o local da prática de cuidados, permite aos enfermeiros que a partir de uma necessidade identificada desenvolvam projectos que possam contribuir para melhorar os cuidados a prestar e foi com esse finalidade que este trabalho se efectuou.

Começar a registar a dor referida pela parturiente utilizando a escala numérica que é a preconizada para o serviço, incentivando os enfermeiros a utilizá-la, percebendo porque se deve empregar, foi o início de um processo, que esperamos que se traduza em benefícios para as grávidas, e também para nós enfermeiros.

Com, a acção de formação “Dor -o 5º Sinal Vital” pretendíamos sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de se aplicar a escala numérica de avaliação da dor e dos contributos que com a sua utilização possamos vir a ter para proporcionar conforto e bem-estar às parturientes a induzir o parto, nomeadamente com a aplicação de métodos não farmacológicos assim como farmacológicos. Elaboramos uma folha de registo para se quantificar a dor referenciada pela parturiente, onde será registada a dor por ela sentida antes do início da indução e durante a aplicação dos comprimidos de misoprostol, consoante o protocolado, e também onde se mencionará se foi utilizado alguma das medidas não farmacológicas ou farmacológicas. O interesse demonstrado pelos elementos presentes na formação permitiu a reflexão e a partilha de saberes, que se reflectiu na constituição de um grupo de trabalho formado por três enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia e por dois obstetras, para que em conjunto e futuramente se possam vir a desenvolver estudos sobre a temática abordada, que contribuirão para desenvolver mais estratégias no alívio da dor das grávidas/parturientes.

A Palestra realizada sobre os métodos não farmacológicos a utilizar para alívio da dor nas parturientes a induzir o parto, como o duche, a massagem, a ventilação/respiração, utilização da bola de Pilates, a deambulação, visualização de imagens, proporcionou um conhecimento teórico mais aprofundado, sobre os mesmos, baseado em evidências científicas de estudos efectuados nesta área, associadas à prática de cuidados. Como resultado desta formação elaborou-se um documento com informação teórica onde são referidos estudos já efectuados sobre as vantagens da utilização dos métodos referidos no alívio da dor, que ficará no manual de

procedimentos clínicos para consulta dos enfermeiros do serviço e dos alunos da licenciatura e do mestrado em Saúde Materna e Ginecológica. Para que a informação, possa também ser transmitida às grávidas já internadas e para as que irão ser internadas para induzir o parto e enquanto permanecem no Serviço de Medicina Materno Fetal, elaboramos um folheto onde, é mencionado o que podem fazer para aliviar a sua dor utilizando métodos não farmacológicos.

Por tudo o exposto, partindo de uma pesquisa bibliográfica do que já existe nesta área, dor, dor no trabalho de parto, e dos métodos não farmacológicos que proporcionam alívio, pelas intervenções efectuadas para se atingir os objectivos delineados no projecto e para serem exequíveis em tão curto período de tempo, acreditamos que contribuímos para que os enfermeiros do serviço de Medicina Materno Fetal ficassem sensibilizados, reflectissem sobre as suas práticas, na gestão da dor durante o trabalho de parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, M. (2008). Manual de Integração: *Serviço de Medicina Materno Fetal*. Lisboa
- Almeida, C.(1983). Subsídios para a História da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Lisboa: Edição da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.
- Branden, P. (2000). *Enfermagem Materno-infantil* (2.^a ed). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Bueno, J. (2006). Avaliação da intensidade e característica da dor no trabalho de parto e acção do Misoprostol, tese de Mestrado consultado em 16 de Outubro de 2010 através de www.teses.ups.br
- Carvalho, M.; Cunha, B. (2007) *Enfermagem em Obstetrícia* 3^a ed. São Paulo:E.P.U
- Carvalho, M. (1994). *Introdução à psicooncologia*. São Paulo: Editorial Psy consultado em 11 de Março 2011, através de www.scribd.com/doc/30489700/tecnicas-de-relaxamento-e-visaulizacao-na-psicologia-da-saude.
- Canário, R., Lopes, V. (2007). *Processos de Formação Na e Para a Prática de Cuidados*. (1.^a ed.). Loures: LusoCiência.
- Cerqueira, J. (2009). Análise da humanização da assistência de enfermagem no parto, consultada em 30 de Outubro através www.corenpr.org.br
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2006) versão 1.0, Lisboa: ordem dos enfermeiros. (Obra original em inglês publicada em 2005).
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (2.^a ed.) Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Costa, M. (1998). *Dos percursos de formação à produção de cuidados*. (3^a ed.) Lisboa: Fim de Século Edições.
- Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Pais, A.(2003). Parto: Expectativas, Experiencias, dor e Satisfação. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 47-67.
- Craig, J., Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Davim, R., (2008). *Avaliação da efectividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase activa do período de dilatação no trabalho de parto*. Tese doutoramento apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do

- Norte - Centro de Ciências da Saúde. Consultado em 25 de Outubro de 2010 através <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>
- Davim, R., Torres, V., & Melo, S. (2008). Estratégias não Farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: Pré-Teste de um instrumento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Consultado em 2 de Novembro de 2010 através <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Davim, R., Torres, G., Dantas, J., Melo, E., Paiva, C., Vieira, D. & Costa, I. (2008). Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Consultado em 2 de Novembro 2010 através <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>
- Decreto de lei nº 104/98 de 21 de Abril – Criação da Ordem dos Enfermeiros, consultado em 20 de Janeiro de 2011 através <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoOE>
- Devison, B. (1998, Abril). O Toque Terapêutico. *Revista Servir*, 4, 233-236.
- Diário da Republica, 1ª série nº 257, de 8 de Novembro de 1991, decreto-lei nº 437/91.
- Diário da Republica, 1ª série-nº184-22 de Setembro de 2009, decreto-de lei nº 248/2009.
- Diário da República, 2ª série-nº35, de 18 de Fevereiro de 2011 – Regulamento nº 127/2011-*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Ginecológica*.
- Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001). Academia das Ciências de Lisboa. Lisboa: Editora Verbo.
- DGS - Direcção Geral de Saúde. (2003) Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. *Circular normativa nº 09/DGCG, de 14/06/2003*. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Ministério da Saúde.
- Duke, J. (2009). *Segredos em anestesiologia* (3.ª ed.). São Paulo: Artmed Editores.
- Franco, J. (1998). Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia. *Revista Sinais Vitais*, 17, 37-38
- Fernandes, M. (1998 Março). Metodologia de Projecto. *Revista Servir*. 46, 233-236.
- Festas, C. (2006 Julho/Dezembro). Cuidado de Enfermagem e Competência Profissional. *Revista de Formação Continua em Enfermagem*. 37, 30-37.
- Frederico, M, Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*, (1.ªed.) Coimbra: Formasau-Formação e Saúde Lda.
- Frias, A. (2009). Fazer um ser pelo nascer: influência do método psicoprofiláctico na

- preparação para o nascimento. Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade de Évora.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realidade*. Loures: Lusociência.
- Frias, A., Franco, V. (2010). A Dor do Trabalho de Parto... Um Desafio a Ultrapassar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 53-62.
- Galhardo, R (2005). A Autonomia nas Práticas dos Enfermeiros Obstetras. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 6, 5-8
- Graça, M. (2010). *Medicina Materno Fetal*. (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- González-Merlo, J. & González-Bosquet, E. (2003). Evolución histórica y advenimiento de la especialidad. Concepto actual de onstetricia y ginecologia: Critério unitário. Contenido. Características y evolución actual. In L. C. Roura, (Org.). *Tratado de Ginecologia, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*, Tomo 1 (1-12). Madrid: Panamericana.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Heesben, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- ISPA – International Association for the Study of Pain (2008). Consultado em 3 de Janeiro de 2011, a partir de http://www.icn.ch/icnp_translation_guidelines.pdf.
- Kitzinger, S. (1984). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget
- Knobel, R., Radunz, V. & Carraro, T. E. (2005). Utilização de estimulação eléctrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto: Um modo possível para o cuidado à parturiente. Consultado em 25 de Outubro de 2010 através http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072005000200010&script=sci_abstract&tlng=pt
- Lenninger, (1984). Transcultural nursing: na overview. 32, 72-74
- Levy, L., Bertolo, H. (2007). *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica*. (1.ª ed.). Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.
- Lopo, T, Clemente, V, & Afonso, E. (1994). *Recursos Humanos: A Gestão, O Jogo, O Gestor*. (1ª ed.). Lisboa: Centro Interdisciplinar de Estudos Económicos.

- Lowdermilk, L., & Jensen, M. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Mamede, F. (2005). O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto. consultado em 17 de Novembro através de www.teses.ups.br
- Mão-de-Ferro, A. (1999). *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.
- MAC - Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Consultado em 30 de Outubro de 2011 através <http://www.mac.min-saude.pt/numeros.html>
- Manfredo, V.; Faria, D.; Mazoni, S. (2009). Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. Consultado em 1 de Fevereiro de 2011 através de http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-1/ID_305.pdf
- Marconi, A. & Lakatos, E. (2001). *Metodologia do Trabalho Científico*. (6.^a ed.). São Paulo: Atlas.
- Marconi, .A. & Lakatos, E. (2002). *Técnicas de pesquisa: planeamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. (5.^o ed.). São Paulo: Atlas.
- Martins, M (2010). Dor e sua avaliação – Conhecimentos e práticas adoptadas pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP. Consultado em 2 de Janeiro de 2011 através de https://bidigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1853/MONO_17165.pdf.
- Maternidade, (2008). Registo de Dados do Serviço Medicina Materno Fetal. Lisboa
- Maternidade, (2009). Registo de Dados do Serviço Medicina Materno Fetal. Lisboa
- Maternidade, (2010). Registo de Dados do Serviço Medicina Materno Fetal. Lisboa
- Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2001). Plano Nacional da Luta Contra a Dor. Lisboa.
- Ministério da Saúde, (2004), Direcção Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004/2010, Volume II- orientações estratégicas. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2006). Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal; Organização Perinatal Nacional- Programa de Saúde Materna e Neonatal, Lisboa consultado em 2 Fevereiro 2011 através <http://www.min-saude.pt>
- Ministério da Saúde, (2008), Direcção Geral da Saude (2008). Plano Nacional da Luta Contra a Dor. Lisboa.
- Mintzberg, H. (2004). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. (3.^a.ed.). Lisboa: Publicações D. Quixote.

- Montenegro, C., Filho, J.(2010). *Rezende Obstetricia*. (11.^aed.). Rio de Janeiro; Guanabara Koogan.
- Morais, et al. (2008). Da Humanização ao Cotidiano de Desigualdades Sociais na Assistência ao Parto e ao Nascimento. Consultado em 21 de Dezembro de 2010 através de http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/morais_artigo.pdf
- Moura, J. (2004). Dor no trabalho de Parto – Influencia na satisfação cm o trabalho de parto e métodos utilizados para o seu controle em três maternidades do sul do Brasil. Consultado em 27 de Outubro, através de <http://www.biliomed.ccs.ufsc.br/TO0387.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Edições: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor-Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Consultado em 22 de Fevereiro de 2011, através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Organização Mundial da Saúde (1996) *Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico*. Genebra: OMS. Consultado em 4 Novembro de 2010 através http://www.bionascimento.com/index2.php?option=com_content&do_pdf
- Organização Não Governamental – Amigas do Parto, 2010 <http://www.ongamigasdoparto.com>
- Plano Nacional de Saúde 2011 -2016, *Alto Comissariado da Saúde*, Consultado em 7 de Fevereiro de 2011 através [http://www.acs.min-saude.pt/pns2011 – 2016](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016)
- Polit, D.; Beck, C.; & Hungler, B.(2004), *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, métodos, avaliação e utilização*. (5.^a ed.). São Paulo.
- REPE, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-lei nº161/94, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, consultado a 13 de Dezembro de 2010, através <http://ordemenfermeiros.pt>
- Rocha, A.; Monteiro, C.; Ferreira, C & Duarte, J. (2010) - Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente. Consultado em 20 de Outubro 2010 através <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/20.pdf>
- Rodrigues, A; Nascimento, C; Antunes, L; Mestrinho, M; Serra, M; Madeira, R; Canário, R; Lopes, V (2007). *Processos de Formação Na e Para a Prática de Cuidados* (1^a ed.), Loures: LusoCiência.

- Rosa, (1997). A dor na criança - crenças e percepções dos enfermeiros. Estudo efectuado no departamento de pediatria do Hospital Garcia de Orta Lisboa.
- Roxo, J. (2003). O Toque: Inserir para Cuidar. In Malta, J.A. S. *Terapias naturais: na prática de enfermagem*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Santos, F. (2004). *Estratégia passo-a-passo*. (1ª.ed.). Famalicão: Centro Atlântico, Lda.
- Scopel, E, Alencar, M, & Cruz, R. (2007). *Medidas de Avaliação da Dor*. Consultado em 20 de Outubro de 2010 através <http://www.efdeportes.com>
- Silva, F. (2004). *O efeito do banho de imersão sobre a dor e a duração do trabalho de parto*. *Biblioteca Virtual em Saúde*. Consultado em 21 de Janeiro de 2011 através <http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-388143>
- Simões, C, Simões, J (2007). *Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as necessidades Humanas Fundamentais*, consultado em 7 de Março de 2001 através www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=detalhesArtigo&id_artigo=13&id_rev4&1id_edicao=4
- Serviço Estrangeiros e Fronteiras (2007). *Relatório de actividades – imigração, fronteiras e asilo*. Consultado em 23 Janeiro através de www.sef.pt/documentos/56/destaque_relatorio_final07.pdf
- Souza, A, Costa, A, Coutinho, I, Neto, C & Amorim M. (s.d) *Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades*, consultado em 20 de Outubro de 2010 através <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20100500/1068.pdf>.
- Walter, M. (s.d.). Revisão da Literatura e Desenvolvimento Científico: conceito e estratégias para a confecção, consultado em 9 de Março de 2011, através de www.fatea.br

ANEXO A

Proposta de candidatura/projecto

ANEXO B

Folha do registo de Sinais e Sintomas Vitais

ANEXO C

Questionário para levantamento de dados no estudo inicial

ANEXO D

Questionário final

ANEXO E

Pedidos de Autorizações

ANEXO F

Documento da Comissão de Ética

ANEXO G

Plano da Acção de Formação

ANEXO H

Cartaz da acção de formação

Dor - 5º Sinal Vital

ANEXO I

Powerpoint da acção de formação

Dor - 5º Sinal Vital

ANEXO J

Folha de registo para quantificar a dor para as grávidas a induzir o parto

ANEXO L

Folha final de registro

ANEXO M

Folha de avaliação das formações

ANEXO N

**Solicitação à Universidade Évora,
Departamento de Enfermagem para a Professora
Doutora Ana Frias realizar a palestra na
Maternidade Alfredo da Costa**

ANEXO O

**Cartaz da acção de formação - Benefício dos
métodos não farmacológicos no alívio da dor no
trabalho de parto**

ANEXO P

Álbum seriado

ANEXO Q

Documento para integrar o Manual de Procedimentos

ANEXO R

Folheto com informação sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor