

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

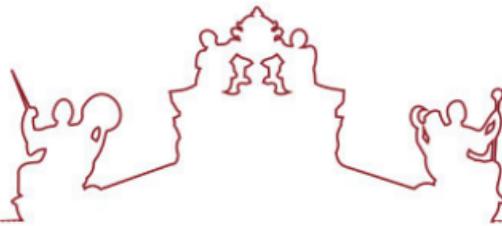
Relatório de Estágio

**Amniotomia na gestão ativa do trabalho de parto:
Implicações para a prática das Enfermeiras Obstétricas**

Sofia Maciel Correia

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

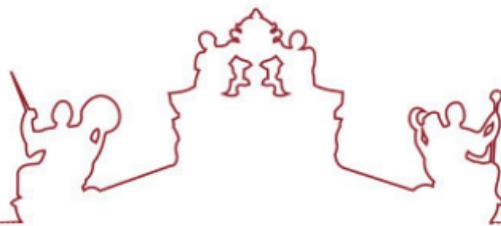
Relatório de Estágio

**Amniotomia na gestão ativa do trabalho de parto:
Implicações para a prática das Enfermeiras Obstétricas**

Sofia Maciel Correia

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)
Paula Bilro (Universidade de Évora) (Arguente)

AGRADECIMENTOS

O presente relatório determina a fase final de uma etapa muito desejada por mim, relativamente à minha vida profissional, ser Mestre em Saúde Materna e Obstétrica. Por esse motivo, gostava de agradecer a todas as pessoas que fizeram parte deste meu percurso de aprendizagem e que de certa forma contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Primeiramente gostava de agradecer à Universidade de Évora, mais especificamente à Escola Superior de Enfermagem São João de Deus pela oportunidade de realizar o Mestrado e, a todas as Professores que o integram e que tanto me ensinaram neste meu percurso académico.

À Professora Doutora Otília Brites Zangão por todos os conhecimentos transmitidos e por se demonstrar sempre disponível, à distância de um “click”.

A todos os meus colegas de turma que fizeram parte desta minha caminhada e os quais eu nunca irei esquecer.

A todas as enfermeiras orientadoras, Conceição, Ana Bruno, Marta Marques, Bárbara Lírio, Vânia Liette, Marta Sequeira, Carla Duarte e Carla Albino, pela sua dedicação incansável, por todos os ensinamentos e experiências transmitidas.

A todos os profissionais que constituem o Serviço Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, pelas palavras motivadoras que me deram alento para continuar o meu percurso.

A todos os meus amigos, pelos momentos de descontração.

Ao meu avô António e à minha avó Esperança, pelas conversas reconfortantes à distância.

Ao Tiago, o meu namorado, que se revelou um verdadeiro pilar emocional.

Ao meu pai Marcelino, à minha mãe Carmelita e à minha irmã Carolina, por sempre acreditarem nas minhas potencialidades e por me apoiarem incondicionalmente em todas as fases da minha vida.

E por fim, um abraço muito apertado à minha avó Agostinha, que tanto se iria orgulhar desta minha conquista.

TÍTULO: “Amniotomia na gestão ativa do trabalho de parto: Implicações para a prática das Enfermeiras Obstétricas”

RESUMO

Introdução. O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora inclui o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final que proporciona desenvolvimento teórico-prático e aquisição de competências específicas desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista.

Objetivo. Descrever de forma crítica e reflexiva o processo de aquisição de competências comuns e específicas para o exercício profissional, no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Metodologia. Descrição e reflexão das experiências presenciadas ao longo do Estágio de Natureza Profissional e aprofundamento da temática Amniotomia na gestão ativa do trabalho de parto.

Resultados. Aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, com base nas avaliações positivas nos diversos contextos clínicos. O aprofundamento do tema contribuiu para adquirir e consolidar conhecimentos relativos aos cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto.

Conclusões. Os objetivos de estágio inicialmente estabelecidos foram atingidos, sendo que as competências adquiridas promovem a qualidade das práticas cuidativas.

Descritores (DeCS). Amniotomia; Evolução Clínica; Trabalho de Parto; Obstetrícia; Enfermeiras Obstétricas.

TITLE: “Amniotomy in labour`s active management: Implications to the practice of Obstetric Nurses”

ABSTRACT

Introduction. The Master in Health and Obstetric Nursing at Higher School of Nursing of the University of Évora includes a Professional Internship with a Final Report which provides theoretical-practical development and the acquisition of specific skills developed by the specialist nurse.

Objetive. Critically and reflectively describe the process of acquiring common and specific skills for professional practice within the scope of Maternal and Obstetric Health Nursing.

Methodology. Description and reflection about the experiences witnessed during the Professional Internship and deepening of the Amniotomy theme in the active management of labor.

Results. Acquisition of common and specific skills of the specialist nurse, based on the positive assessments in different clinical contexts. The deepening of the subject contributed to acquire and consolidate the knowledge related to the care provided during labor and delivery.

Conclusions. The internship objectives initially established were achieved, and the acquired skills promote the quality of care practices.

Descriptors (DeCS). Amniotomy; Clinical Evolution; Labor, Obstetric; Obstetrics; Nurse Midwives.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL | 15 |
| 2.1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS- UNIDADE F | 22 |
| 2.1.1. <i>Consulta Medicina Materno-Fetal e Consulta Diagnóstico Pré-Natal</i> | 22 |
| 2.1.2. <i>Serviço de Internamento de Ginecologia</i> | 25 |
| 2.1.3. <i>Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia</i> | 26 |
| 2.1.4. <i>Serviço de Internamento Puerpério</i> | 29 |
| 2.1.5. <i>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</i> | 31 |
| 2.2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS- UNIDADE P | 32 |
| 2.2.1. <i>Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/ Bloco de Partos</i> | 32 |
| 2.3. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL | 34 |
| 2.3.1. <i>Objetivos</i> | 34 |
| 2.3.2. <i>Método de Aprendizagem</i> | 35 |
| 2.3.3. <i>População Alvo</i> | 37 |
| 3. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA..... | 39 |
| 3.1. REVISÃO DA LITERATURA | 40 |
| 3.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA..... | 45 |
| 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS..... | 61 |
| 4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 61 |
| 4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA..... | 69 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 81 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 83 |
| APÊNDICES | 90 |
| APÊNDICE A: PROPOSTA DE PROJETO DE TESE/ DISSERTAÇÃO/ ESTÁGIO/ TRABALHO DE PROJETO (MODELO T-005), RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA | 91 |
| APÊNDICE B: ESTUDO DE CASO GRAVIDEZ ECTÓPICA | 96 |
| APÊNDICE C: FORMAÇÃO SEGURANÇA DO DOENTE EM OBSTETRÍCIA . | 97 |
| APÊNDICE D: PESQUISA BASE DE DADOS | 111 |

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE E: GESTÃO ARTIGOS NA PLATAFORMA ZOTERO | 113 |
| APÊNDICE F: PRISMA- FLUXOGRAMA DO PROCESSO METODOLÓGICO | 114 |
| APÊNDICE G: CONTABILIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL | 115 |
| ANEXOS..... | 116 |
| ANEXO I: PARTOGRAMA- INSTRUMENTO RECOLHA DE DADOS | 117 |
| ANEXO II: LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS ... | 118 |
| ANEXO III: ESCALA DE GOODWIN MODIFICADA | 122 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 Contextos Clínicos 1º Semestre do 2º Ano..... | 16 |
| Tabela 2 Contextos Clínicos 2º Semestre do 2º Ano..... | 16 |
| Tabela 3 Total Partos Vaginais e Cesarianas no CH ano 2021 | 17 |
| Tabela 4 Partos Vaginais e Cesarianas no CH | 18 |
| Tabela 5 Total Partos Vaginais e Cesarianas por Região ano 2021 | 19 |
| Tabela 6 Profissionais de Enfermagem nos Contextos Clínicos | 20 |
| Tabela 7 Assistência Parturientes Bloco de Partos..... | 46 |
| Tabela 8 Mecanismo Trabalho Parto..... | 50 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 Área de abrangência do Centro Hospitalar | 17 |
| Figura 2 Consultas de DPN Protocolo I | 24 |
| Figura 3 Técnicas Invasivas realizadas nas Consultas de DPN..... | 24 |
| Figura 4 Cirurgias na área Obstetrícia/Ginecologia a nível Nacional | 26 |
| Figura 5 Assistência Parturientes Bloco de Partos | 46 |
| Figura 6 Grupos etários Parturientes | 47 |
| Figura 7 Frequência da Paridade das Parturientes | 48 |
| Figura 8 Via do Parto..... | 48 |
| Figura 9 Idade Gestacional | 49 |
| Figura 10 Vigilância da Gravidez..... | 50 |
| Figura 11 Frequência Rutura da Bolsa Amniótica | 51 |
| Figura 12 Rutura Bolsa Amniótica vs Duração do TP | 52 |
| Figura 13 Duração do TP de acordo com a Paridade | 53 |
| Figura 14 Frequência de Epidural em relação à Rutura da Bolsa Amniótica..... | 54 |
| Figura 15 Planos de Lee | 54 |
| Figura 16 Amniotomia em relação ao Plano Apresentação Fetal | 55 |
| Figura 17 Índice de Apgar | 57 |
| Figura 18 Índice de Apgar dos Recém-Nascidos | 57 |
| Figura 19 Índice de Apgar de Recém-Nascidos Score ≤ 7 | 58 |
| Figura 20 Frequência Streptococcus do grupo B..... | 59 |
| Figura 21 Frequência Rutura da Bolsa Amniótica em relação ao Streptococcus B | 59 |

1. INTRODUÇÃO

A Universidade de Évora (UÉ) representa uma instituição educativa que disponibiliza o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), sendo este um curso de 2º ciclo que proporciona a obtenção do grau de Mestre. O mesmo encontra-se registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e possui parecer favorável por parte da Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), disponibilizando assim os conhecimentos e competências necessárias para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Deste modo, torna-se possível a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Reg.nº 140/2019 de 6 de fevereiro) e das Competências Específicas do EEESMO (Reg.nº 391/2019 de 3 de maio). Estas competências, proporcionam ao EEESMO a responsabilidade pela vigilância da saúde da mulher no período reprodutivo, nos processos de saúde/ doença, ao longo do período pré-concepcional, pré-natal, intraparto e pós-natal e ainda o encargo pela promoção da saúde e deteção precoce de complicações na saúde do recém-nascido (RN) até ao 28º dia de vida. A educação sexual, planeamento familiar, área ginecológica, climatério e saúde pública, são outras componentes pelas quais o EEESMO possui competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

De acordo com as orientações descritas no Plano de Estudos do MESMO (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019), o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF) é uma das Unidades Curriculares (UC) estabelecidas, exigindo a apresentação do Relatório Final, o qual possui a descrição pormenorizada das competências adquiridas no decorrer dos contextos clínicos, tal como a temática selecionada pelo estudante e a sua discussão em provas públicas. O ENPRF possui 60 ECTS, tendo o seu início dia 13/09/2021 e término no dia 19/06/2022, o qual está organizado em vários contextos clínicos: Cuidados de Saúde Primários/ Consulta Externa; Internamento de Grávidas /Ginecologia; Internamento de Puérperas e Bloco de Partos, sob a orientação da Professora Doutora Maria Otilia Brites Zangão e supervisão clínica dos EEESMO dos diferentes contextos clínicos, dando assim, a oportunidade de obter as experiências exigidas para a aquisição das competências.

Os objetivos do ENPRF, estão inteiramente descritos no planeamento da UC, sendo eles: Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; Demonstrar

uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência; Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional. No Projeto de Estágio (Apêndice A), foi elaborado um plano de atividades que descreve todos os objetivos estabelecidos, atividades a desenvolver e resultados esperados, ao longo de todos os contextos clínicos, sendo que os resultados esperados coincidem com o fundamento das competências comuns e específicas do EEESMO estabelecidas pela OE (OE, 2019), essenciais para o desenvolvimento profissional e obtenção do grau académico e título profissional.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE, 2015, p. 22), o Enfermeiro Especialista é definido como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. Para que seja possível a participação crítica e ativa na prestação de cuidados de enfermagem especializados, torna-se fundamental a reflexão das intervenções aplicadas na prática clínica, permitindo assim uma compreensão do processo de enfermagem, tornando possível solucionar problemas e consolidar conhecimentos baseados na evidência científica. É neste contexto, que a temática selecionada se enquadra na assistência à mulher durante o trabalho de parto (TP) e parto, sendo o principal objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em Saúde Materna e Obstetrícia. Tornando-se, assim, importante aprofundar conhecimentos, explorar e analisar, qual a influência da rotura artificial da bolsa amniótica na progressão do trabalho de parto, orientando assim a conduta do EEESMO relativamente a esta técnica.

A amniotomia é definida como a rotura artificial das membranas amnióticas, através de um instrumento esterilizado denominado de amniótomo, este é inserido através do cérvix durante o exame vaginal, permitindo a saída de líquido amniótico (LA) (Oberg, 2010). Esta técnica pode ser realizada no início, durante ou no final do trabalho de parto, sendo indicado como método de indução de parto, tendo sempre em consideração que é estritamente recomendada: em gestantes com gravidez de termo; o colo do útero tem que apresentar características favoráveis à sua dilatação e apagamento; e a apresentação fetal tem que ser cefálica (Marques, Barbosa, Basile, & Marin, 2005). Para

além desta técnica, existem ainda outros procedimentos possíveis de serem aplicados para abreviar o trabalho de parto, deste modo, torna-se importante perceber quais as vantagens, desvantagens e riscos associados à prática da amniotomia.

No decorrer do ENPRF, considerou-se fundamental o seguimento de um modelo conceptual, de forma a fundamentar a prática clínica de enfermagem durante a prestação de cuidados especializados. Deste modo, selecionou-se a Teórica de Enfermagem Imogene King, que em 1981, definia o conceito enfermagem como “... um comportamento observável encontrado nos sistemas de cuidados de saúde da sociedade. O objetivo da enfermagem é ajudar os indivíduos a preservar a sua saúde, de modo que possam desempenhar as suas funções. A enfermagem é um processo interpessoal de ação, reação, interação e transação. As percepções de uma enfermeira e de um doente também influenciam o processo interpessoal” (Tomey & Alligood, 2004, p. 383).

Em 1968, Imogene King achou fundamental identificar os principais conceitos, que se centravam em torno dos seres humanos, tais como: saúde, relações interpessoais, percepção e sistemas sociais. Esta considerava, os indivíduos, sistemas abertos, sendo que a troca de energia possuía lugar dentro e fora dos seres humanos. Mais tarde, em 1978, King, demonstrou que o desenvolvimento da teoria é composto por raciocínio indutivo e dedutivo, sendo que o objetivo principal da teoria é produzir conhecimento através da investigação científica. Por esse motivo, King, aprofundou a sua estrutura de sistemas de interação e propôs a Teoria de Consecução de Objetivos, de forma a descrever que a “interação enfermeiro-pessoa é fundamental para o estabelecimento e alcance de metas de saúde, propiciando o desenvolvimento de potencialidades no cliente, pessoa e comunidade” (Moura & Pagliuca, 2004, p. 271). Deste modo, considerou-se que a teoria de Imogene King se adaptava ao presente relatório, uma vez que esta demonstra a importância do estabelecimento de objetivos comuns na relação enfermeiro-utente, durante a prestação de cuidados de enfermagem, tendo sempre por base a evidência científica.

O presente Relatório de Estágio tem como finalidade descrever de forma crítica e reflexiva o processo de aquisição de competências comuns e específicas para o exercício profissional, no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Este encontra-se estruturado inicialmente pela introdução, seguindo-se no segundo capítulo a caracterização dos diversos contextos clínicos onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional e posteriormente o contributo da temática selecionada para promover a melhoria da assistência à mulher, na área de Enfermagem de Saúde Materna e

Obstétrica. No terceiro capítulo, encontra-se redigida uma análise crítica e reflexiva a cerca do tema em estudo e, no quarto capítulo a conexão com o processo de aquisição de competências do EEESMO. Na parte final do relatório, apresentam-se as considerações finais, as referências bibliográficas que estão na base da elaboração do documento e por fim os anexos e apêndices, utilizados para complementaridade do conteúdo escrito.

O Relatório de Estágio encontra-se redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, conforme as normas American Psychological Associations 7ª Edição (APA, 2019) e respeita o cumprimento do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) (Diário da República, 2ª série- Nº 227 26 de Novembro 2018).

2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O presente capítulo descreve pormenorizadamente todos os contextos clínicos onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional, especificando a estrutura física, recursos humanos, recursos materiais e dados estatísticos característicos de cada um deles.

O contexto clínico é o local físico que proporciona a experiência prática aos estudantes. Este abrange todas as dimensões físicas, estruturais, humanas e relacionais, que se consideram fundamentais para o processo de aprendizagem, de forma que seja possível a articulação de conhecimento teórico na prática clínica (Mbakaya, et al., 2020). O enquadramento dos contextos clínicos, torna-se fundamental, tendo em conta que cada um possui distintas metodologias do cuidar, diferentes realidades organizacionais e também muitas diferenças a nível das características populacionais.

A realização do ENPRF, implicou a elaboração de um Projeto de Estágio (Apêndice A), onde se encontram descritas as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do EEESMO, ao longo dos diversos contextos clínicos. Encontra-se também descrita a temática na qual o estudante aprofunda conhecimento e a mesma corresponde ao título do projeto. Nesse mesmo documento, ainda estão discriminados os objetivos curriculares e os objetivos pessoais, estabelecidos para cada contexto clínico.

No seguimento do ENPRF, definiram-se como objetivos gerais:

- a) aprofundar o conhecimento no contexto clínico;
- b) desenvolver competências, tendo por base a relação que a teoria e a prática possuem na evidência científica.

O ENPRF contribuiu para a revisão e consolidação de conhecimentos anteriormente aprendidos e aquisição de novos conhecimentos, pois este realizou-se por diversos contextos clínicos, com uma enorme diversidade de equipas multidisciplinares e metodologias de trabalho distintas. Tornou-se possível a prestação de cuidados de enfermagem especializados a grávidas, parturientes, puérperas, utentes do foro ginecológico, recém-nascidos e observação da prestação de cuidados especializados na área da neonatologia.

O ENPRF decorreu num Centro Hospitalar (CH) localizado a sul do Tejo. O primeiro semestre do segundo ano do MESMO, decorreu de 13 de Setembro de 2021 a 29 de Janeiro de 2022, período este que corresponde a 18 semanas do ENPRF. A tabela 1 especifica os contextos clínicos realizados ao longo do período anteriormente descrito.

Tabela 1 Contextos Clínicos 1º Semestre do 2º Ano

| 1º SEMESTRE- 2º ANO | | |
|-----------------------------------|---------|---|
| Período | Semanas | Contexto Clínico |
| 13 setembro 2021- 24 outubro 2021 | 6 | Consulta de Medicina Materno Fetal Consulta de Diagnóstico Pré-Natal - CH – Unidade F |
| 25 outubro 2021- 05 dezembro 2021 | 6 | Internamento de Ginecologia - CH – Unidade F |
| 06 dezembro 2021- 23 janeiro 2022 | 6 | Bloco de Partos - CH – Unidade F |

O segundo semestre do segundo ano do MESMO decorreu de 07 de fevereiro de 2022 a 19 de junho de 2022, correspondendo a 18 semanas do ENPRF. A tabela 2 apresenta os contextos clínicos realizados nesse período.

Tabela 2 Contextos Clínicos 2º Semestre do 2º Ano

| 2º SEMESTRE- 2º ANO | | |
|----------------------------------|---------|--|
| Período | Semanas | Contexto Clínico |
| 07 fevereiro 2022- 06 março 2022 | 4 | Bloco de Partos - CH – Unidade P |
| 07 março 2022- 08 maio 2022 | 8 | Bloco de Partos - CH – Unidade F |
| 09 maio 2022- 19 junho 2022 | 6 | Internamento Puerpério - CH – Unidade F |

O CH, surgiu em 2013 resultante da união entre o Hospital F, o Hospital P e o Hospital L, tal acontecimento encontra-se descrito no decreto-lei nº 69/2013 (Diário da República, 1ª Série- Nº 95 de 2013).

A 23 de Agosto de 2017, ao abrigo do decreto-lei nº101/2017 (Diário da República, 1ª Série 23 de Agosto 2017), o Centro Hospitalar foi renomeado, passando a denominar-se de Centro Hospitalar Universitário. Este é constituído pelas três unidades hospitalares- F, P e L, pelos Serviços de Urgência Básica (SUB), pelo Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul e ainda pelo Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica da Universidade do Algarve (UALG), fazendo com que este seja designado como um hospital de referência do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O CH representa uma instituição hospitalar de nível I (Portaria nº147/2016, 19 de Maio, 2016), responsabilizando-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados na região, bem como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2022). Enquanto hospital universitário, o CH possui objetivos de avanço, aplicação de conhecimentos e da evidência científica,

com o intuito de promover melhorias na área da saúde (Diário da República, Decreto-lei N°61/2018 de 3 de Agosto).

A missão do CH centra-se na consolidação de uma unidade de excelência pertencente ao sistema de saúde, dotada de competência, saber e experiência. Esta instituição hospitalar é detentora dos mais avançados e especializados recursos técnicos e terapêuticos, estando preparada para a garantia da equidade e universalidade do acesso e de assistência, com vista à elevada satisfação dos doentes e dos profissionais (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2022).

Relativamente à resposta assistencial, o CH, é responsável pela prestação de cuidados de saúde diferenciados aos 16 concelhos, correspondendo a 84 freguesias, tal como representado na figura 1. O território possui 5412 Km², correspondendo a 5,6% da totalidade de território nacional, garantindo a prestação de cuidados de saúde de qualidade a 451.005 habitantes residentes, número populacional este que poderá triplicar sazonalmente no período do verão (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Figura 1 Área de abrangência do Centro Hospitalar



Fonte: <https://visitandoportugal.wordpress.com/mapas-de-portugal/mapa-do-algarve/>

De acordo com dados estatísticos fornecidos pelo site SNS Transparência (2021), o CH, incluindo as Unidades F e P, apresentou um total de 4.516 nascimentos, sendo que 3.499 (77,48%) foram partos eutócicos (PE) e instrumentados e 1.017 (22,52%) foram cesarianas. A tabela 3 esquematiza o número total de nascimentos ocorridos no CH no ano de 2021.

Tabela 3 Total Partos Vaginais e Cesarianas no CH ano 2021

| PERÍODO | NÚMERO TOTAL DE PARTOS | NÚMERO TOTAL DE CESARIANAS |
|-----------|------------------------|----------------------------|
| Janeiro | 255 | 71 |
| Fevereiro | 535 | 155 |
| Março | 825 | 250 |

| | | |
|----------|-------|-------|
| Abril | 1.080 | 326 |
| Maio | 1.358 | 409 |
| Junho | 1.652 | 486 |
| Julho | 1.970 | 567 |
| Agosto | 2.287 | 655 |
| Setembro | 2.614 | 754 |
| Outubro | 2.938 | 845 |
| Novembro | 3.223 | 938 |
| Dezembro | 3.499 | 1.017 |

Fonte: (SNS Transparência, 2021)

Segundo os dados obtidos através do SNS Transparência e consoante a análise da tabela 4, pode-se constatar que nos últimos cinco anos, o CH onde foi realizado o ENPRF, apresenta um número crescente de partos vaginais e cesarianas, exceto no ano de 2020 e 2021, onde se verificou uma diminuição do número total de partos, tendo em conta a situação pandémica provocado pelo vírus SARS-CoV₂. A gravidez e o parto são momentos fisiológicos e que provocam transformação físicas e psicológicas na vida das mulheres. Muitas destas gestantes enfrentam preocupações, ansiedade e medos relacionados com o parto, sendo que, com o surgimento do vírus SARS-CoV₂ esta tendência tem vindo a aumentar. Estas mulheres e as suas famílias preocupam-se essencialmente com a imprevisibilidade do parto, a exposição ao perigo e à falta de segurança, a submissão a protocolos e orientações hospitalares que não lhes impossibilitem a capacidade de escolha e, a sensação de perda de controle durante o período gravídico e no momento do parto. A pandemia veio por todos os motivos anteriormente descrito, acrescentar mais um fator de preocupação para as mulheres grávidas (Souto, Albuquerque, & Prata, 2020).

Tabela 4 Partos Vaginais e Cesarianas no CH

| PERÍODO | NÚMEROS DE PARTOS | NÚMERO DE CESARIANAS |
|---------|-------------------|----------------------|
| 2017 | 3.697 | 989 |
| 2018 | 3.764 | 1.019 |
| 2019 | 3.813 | 1.163 |
| 2020 | 3.645 | 1.014 |
| 2021 | 3.499 | 1.017 |

Fonte: (SNS Transparência, 2021)

Nas últimas décadas tem-se verificado um aumento significativo do número de partos por via cesariana. Anualmente realizam-se cerca de vinte milhões de cesarianas a nível mundial, sendo que desde o ano 2000, esta taxa tem vindo a aumentar maioritariamente nos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Em 2002 a taxa de cesarianas correspondia a 20% e em 2017 sofreu um aumento significativo para 28%.

Portugal representava o quinto país membro da OCDE com maior percentagem de partos por via cesariana, tendo em conta que no ano 2009 possuía uma taxa de 27% e em 2013 esse mesmo valor ascendeu para os 34,8% (OECD, 2018). Dados mais recentes refletem uma diminuição desta tendência, demonstrando que Portugal se encontra no décimo país com maior taxa de partos por cesariana, correspondendo atualmente a 32% em relação a todos os países membros da OCDE. Este acontecimento é reflexo de um conjunto de medidas interventivas que foram criadas, em 2013, pelo SNS, na sequência da criação da Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (SNS, 2013).

Consoante a análise da tabela 5, a nível nacional, no ano 2021, conseguimos verificar que o Algarve possui uma taxa de cesarianas de 22,5%, o Alentejo de 29,7%, Lisboa e Vale do Tejo 25%, a região Centro 21,2% e na zona Norte do país 23,1%. Assim sendo, conseguimos concluir que a taxa de cesarianas nas principais regiões do país encontra-se abaixo da taxa nacional descrita pela OCDE.

Relativamente aos partos via vaginal, podemos afirmar que a quantidade de partos, discriminados na tabela 5, é proporcional à população residente em cada região. A região Algarvia é detentora de 5% de todos os partos que ocorrem a nível nacional, a região do Alentejo possui uma taxa total de partos de 1,8%, Lisboa e Vale do Tejo tem uma taxa de 4,8%, a região Centro contém 6,8% da totalidade de partos em Portugal e na região Norte concretizam-se 5% dos partos (PORDATA, Partos: total e em estabelecimentos de saúde, 2021).

Tabela 5 Total Partos Vaginais e Cesarianas por Região ano 2021

| REGIÃO | INSTITUIÇÃO HOSPITALAR | NÚMERO DE PARTOS | NÚMEROS DE CESARIANAS |
|---------|---|------------------|-----------------------|
| Algarve | Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE | 3.499 | 1.017 |

| | | | |
|-----------------------|---|-------|-------|
| Alentejo | Hospital Espírito Santo de Évora, EPE | 1.000 | 422 |
| Lisboa e Vale do Tejo | Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE | 2.866 | 956 |
| Centro | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE | 4.249 | 1.142 |
| Norte | Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE | 3.059 | 921 |

Fonte: (SNS Transparência, 2021)

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), define como dotações seguras, o rácio de EEESMO- utente (OE, 2019):

- Consulta de Enfermagem de Medicina Materno Fetal (MMF), Diagnóstico Pré-Natal (DPN) e Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) tem de ser assegurada por um EEESMO;
- Internamento de Ginecologia tem de ter disponível pelo menos um EEESMO em permanência nas 24 horas;
- Internamento MMF Gravidez de Alto Risco- 1:3;
- Internamento MMF Gravidez de Médio Risco- 1:6;
- 1º estágio do TP- 1:2;
- 2º estágio do TP- 1:1;
- 3º e 4º estágio do TP- 1:1;
- Internamento Puerpério Puérpera Patológica- 1:3;
- Internamento Puerpério Puérpera Sem Patologia- 1:6.

Na tabela 6, apresenta-se discriminado o número de profissionais de saúde da área de enfermagem, que exercem funções nos contextos clínicos, onde se concretizou o estágio de natureza profissional.

Tabela 6 Profissionais de Enfermagem nos Contextos Clínicos

| CONTEXTO CLÍNICO | EEESMO | EEESIP | EEER | EEEMC | ENFERMEIRO CUIDADOS GERAIS |
|--|--------|--------|------|-------|----------------------------|
| Consulta Medicina Materno- Fetal Consulta Diagnóstico Pré-Natal | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Internamento de | 0 | 0 | 1 | 0 | 11 |

| | | | | | |
|--|----|----|---|---|----|
| Ginecologia | | | | | |
| Urgência de Obstetrícia e Ginecologia- Unidade F | 29 | 0 | 0 | 1 | 14 |
| Urgência de Obstetrícia e Ginecologia- Unidade P | 25 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| Internamento Puerpério | 1 | 2 | 0 | 0 | 21 |
| Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais | 0 | 17 | 0 | 1 | 26 |
| Total | 58 | 19 | 1 | 2 | 83 |

Segundo a análise dos dados realizada a partir da tabela 6, consegue-se verificar que no CH, mais especificamente na Unidade F, o rácio de EEESMO na Consulta Externa, não se encontra de acordo com as dotações seguras definidas pela OE, uma vez que o serviço possui três elementos especialistas que são responsáveis por realizar as consultas de Enfermagem de MMF e DPN, sendo que a maioria das consultas de IVG são asseguradas por uma Enfermeira de Cuidados Gerais, devido à falta de um elemento especializado.

No internamento de Ginecologia, verificou-se que a equipa de enfermagem não possui nenhum EEESMO na sua constituição, o que revela uma grande lacuna na prestação de cuidados de enfermagem especializados, uma vez que a OE assume ser essencial a presença de um enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica (SMO) nas 24 horas.

Relativamente à Urgência de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade F, confirma-se a presença de um número significativo de EEESMO, representado a maioria do número total de enfermeiros que constitui a equipa de enfermagem, mesmo assim, nem sempre se torna possível cumprir as dotações seguras exigidas pela OE, uma vez que, o Bloco de Partos (BP) e o Internamento de Grávidas nem sempre é assegurado por dois elementos especializados em SMO, ou seja, vulgarmente encontram-se distribuídos em ambos os postos de trabalho, um EEESMO e um Enfermeiro de Cuidados Gerais. A mesma situação se verifica no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade P, uma vez que frequentemente o BP é igualmente assegurado por um EEESMO e um Enfermeiro de Cuidados Gerais.

No Internamento de Puerpério, também se verificou o incumprimento das dotações seguras, uma vez que na totalidade da equipa de enfermagem apenas uma enfermeira é especialista em enfermagem de SMO.

De acordo com a análise anteriormente descrita, pode-se constatar que as dotações seguras exigidas pela OE, não são cumpridas por nenhum dos serviços onde a estudante realizou o ENPRF, uma vez que este fator se deve principalmente à falta de enfermeiros especializados na área. Esta situação compromete o atendimento e assistência à mulher/família nas várias valências do cuidar, existindo uma maior margem para a ocorrência de erros e déficit de vigilância, levando a que os cuidados de enfermagem não sejam detentores da qualidade devida.

A área de obstetrícia e ginecologia, está presente nas duas Unidades do CH, Unidade F e Unidade P. Na Unidade F abrange a totalidade do 5º piso do edifício do hospital, exceto a consulta externa de grávidas, que se localiza no 2º piso do edifício das consultas externas. Na Unidade P, esta área está localizada no 2º piso do edifício é constituído pelo serviço internamento de ginecologia e serviço bloco de partos. Esta área possui várias valências: urgência de obstetrícia e ginecologia, internamento de grávidas, internamento de ginecologia, bloco de partos, bloco operatório (BO) e internamento de puerpério. No que toca à consulta externa, o seguimento da gravidez em ambiente hospitalar, efetua-se através da consulta de MMF e da consulta de DPN.

2.1.CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS- UNIDADE F

No presente subcapítulo encontrar-se-á a caracterização dos diversos contextos clínicos, onde decorreu o ENFRF, na Unidade F, onde se realizaram a grande maioria dos estágios.

2.1.1. Consulta Medicina Materno-Fetal e Consulta Diagnóstico Pré-Natal

A consulta de MMF realiza-se no 2º piso do edifício hospitalar das consultas externas, em dois gabinetes distintos, equipados de igual forma. Cada gabinete de enfermagem possui uma secretária e um computador para a realização de registo de enfermagem informatizados, uma cadeira para o profissional de saúde e outra para a grávida, de forma que esta esteja confortavelmente sentada durante o período de tempo da consulta. Os gabinetes possuem ainda um monitor para avaliação de sinais vitais, uma balança para monitorização do peso corporal da grávida ao longo do período de

vigilância da gravidez e, uma fita métrica para verificar qual a altura da mesma. Neste mesmo espaço físico, ainda existe uma sala para a realização de cardiocografia (CTG) externa, onde se encontram dois cardiocógrafos e dois cadeirões. A consulta possui também uma casa-de-banho para grávidas e profissionais de saúde.

A equipa multidisciplinar da consulta de MMF é constituída por médicos obstetras, EEESMO, enfermeiros de cuidados gerais, assistentes operacionais e pessoal administrativo. Os horários praticados na consulta são das 08:00h às 13:00h, de segunda a sexta-feira, sendo que das 13:00h às 17:00h decorrem as consultas de referência obstétrica, realizados nos gabinetes anteriormente descritos. Durante os dias úteis, estão distribuídos dois EEESMO para a realização das consultas de vigilância da gravidez de risco.

No que se refere, à consulta de DPN, esta possui dois gabinetes á sua disposição para a realização das consultas. O gabinete de enfermagem contém uma secretária, um computador para a realização de registo informatizados, um telefone para manutenção de contactos telefónicos com as utentes, um monitor para avaliação de sinais vitais, um armário detentor de material para consumo clínico, para que se torne possível a realização de colheitas de sangue e realização de técnicas mais invasivas, como amniocentese e biópsias das vilosidades coriônicas, no mesmo espaço físico. O segundo gabinete desta consulta é normalmente utilizado pelo médico obstetra e, este possui, uma marquesa ginecológica, um ecógrafo para a realização das ecografias obstétricas e uma secretária com computador.

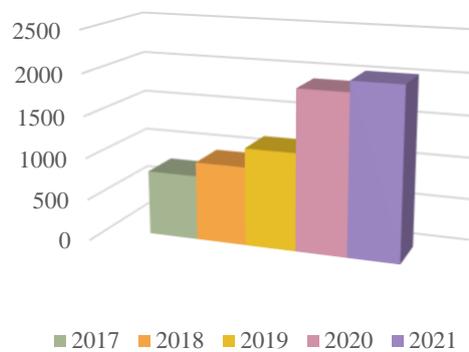
A consulta de DPN ocorre das 08:00h às 20:00h, de segunda a sexta-feira. Existe uma única EEESMO disponível para a realização de consultas de Protocolo I (rastreamento combinado do 1º Trimestre de gravidez) e consultas de DPN. Deste modo, e de forma a gerir os recursos humanos disponíveis, a enfermeira de cuidados gerais presta apoio à consulta, realizando as colheitas de sangue materno, avaliando sinais vitais e, colaborando na consulta de IVG.

Todas as utentes que se encontrem grávidas, têm o direito de realizar o rastreio combinado do 1º trimestre, este rastreio é efetuado em ambiente hospitalar, na consulta de DPN Protocolo I e tem como principal objetivo detetar o mais precocemente possível a existência de anomalias cromossómicas fetais. As grávidas são primeiramente sujeitas a uma avaliação inicial na consulta de enfermagem, onde são registadas várias informações, como: história clínica da utente, avaliação de fatores de risco e identificação de necessidade de a grávida manter o seguimento na consulta de MMF ou

na consulta de DPN. Posteriormente é-lhe explicado no que consta o rastreio combinado do 1º trimestre e, no caso de grávidas com idade igual ou superior a 35 anos, estas são esclarecidas sobre a possibilidade da realização de técnicas invasivas (amniocentese e biópsia das vilosidades coriónicas) caso o rastreio do 1º trimestre tenha dado um resultado positivo.

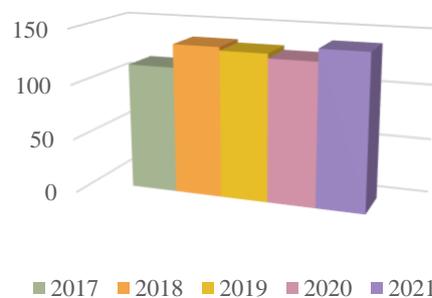
A supervisora clínica, responsável pela orientação da mestranda em estágio, dispensou informação sobre a consulta de DPN e, deste modo, pode-se verificar através da análise da figura 2 que houve um aumento da adesão às consultas de DPN Protocolo I ao longo dos últimos 5 anos.

Figura 2 Consultas de DPN Protocolo I



Em relação à execução de técnicas invasivas como a amniocentese e a biópsia das vilosidades coriónicas, consegue-se verificar uma estabilidade na realização desses procedimentos, tal como se verifica na figura 3. Este acontecimento, associa-se ao fato da pesquisa de DNA fetal, através da colheita de sangue materno periférico, que está disponível para grávidas com resultados de rastreio combinado do 1º trimestre de acordo com os parâmetros: risco intermédio (1:1000) e risco elevado (1:200).

Figura 3 Técnicas Invasivas realizadas nas Consultas de DPN



2.1.2. Serviço de Internamento de Ginecologia

O serviço de ginecologia é constituído pela urgência de ginecologia, consulta da especialidade de ginecologia e internamento de ginecologia. No acesso à urgência geral, as utentes são triadas e encaminhadas para a urgência de obstetrícia e ginecologia, situada no 5º piso. Relativamente às consultas na área da ginecologia, o CH tem à disposição: consulta de ginecologia geral, consulta para patologia do colo do útero, consulta de ginecologia oncológica, consulta de senologia, consulta de apoio à infertilidade, consulta de planeamento familiar (PF) e consulta de uroginecologia.

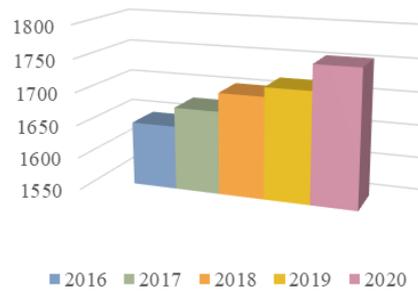
O internamento de ginecologia encontra-se igualmente localizado no 5º piso e é composto por uma sala de trabalho comum, uma sala de enfermagem, um gabinete médico, um gabinete de direção clínica, uma sala de tratamentos, um balcão de administração, seis enfermarias com três camas e dois quartos privados com casa-de-banho incorporada. Estes dois quartos são normalmente utilizados para situações clínicas mais complexas e que implicam um aumento privacidade e diminuição do ruído, como por exemplo, em situações de abortos espontâneos até às dezoito semanas de gravidez e no caso de haver necessidade de transferência de puérperas para o serviço, após parto de feto morto (FM). Deste modo, podemos referir que o serviço de ginecologia possui um total de 20 camas. Neste mesmo espaço físico, existe ainda uma casa-de-banho comum para as utentes internadas e outra para os profissionais de saúde.

Este serviço é integrado por uma equipa multidisciplinar, constituída por nove médicos ginecologistas, onze enfermeiros de cuidados gerais e uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), que neste momento se encontra a coordenar o serviço, assistentes operacionais e uma administrativa.

Os turnos cumpridos pelos enfermeiros, neste serviço, são das 08:00h-16:00h (turno da manhã), das 15:30h-00:00h (turno da tarde) e das 23:30h-08:30h (turno da noite), tendo em conta que no decorrer do turno da manhã encontram-se três enfermeiros escalados e no turno da tarde e da noite encontram-se dois enfermeiros de serviço.

No ano 2020, como representa a figura 4, a nível nacional, no setor público, foram efetuadas 1756 cirurgias na área de Obstetrícia/Ginecologia (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Tem-se verificado que no decorrer dos últimos cinco anos, existem mais mulheres a serem submetidas a cirurgias obstétricas e ginecológicas.

Figura 4 Cirurgias na área Obstetrícia/Ginecologia a nível Nacional



O cancro da mama é o tipo de cancro mais comum, representando cerca de 30% dos casos de cancro que afetam a mulher. Sendo que a nível europeu, a maior taxa de incidência deste tipo de tumor maligno é na região sul de Portugal (SNS, 2021), tal fato pode ser confirmado na prática clínica, no serviço de ginecologia, uma vez que a prestação de cuidados de enfermagem a utentes com doença do foro oncológico, eram na sua grande maioria portadoras de cancro da mama.

2.1.3. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

O serviço denominado de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia é composto por várias aléncias, como: admissão, internamento de grávidas, BP e BO.

A admissão é composta por duas salas, sendo que, em cada uma delas existe uma marquesa ginecológica, um ecógrafo, um monitor para avaliação de sinais vitais, um armário de apoio que contém material para consumo clínico, um cortinado para promoção da privacidade das utentes e uma secretária equipada com computador. No prolongamento da sala número dois da admissão, existe uma subdivisão onde se estão presentes dois aparelhos cardiotocógrafos, uma marquesa e um cadeirão, local este destinado á realização dos registos cardiotocográficos.

Como parte integrante da admissão, existe ainda uma outra sala, a sala de observação (SO), esta é composta por um cadeirão, uma marquesa ginecológica e um pequeno armário que apoio com material de consumo clínico. Esta sala está dividida por um cortinado deslizantes, de forma a proporcionar a devida privacidade às utentes, caso se encontrem duas pessoas no mesmo espaço físico. Esta mesma sala ainda pode ser utilizada para a realização de partos iminentes, caso as restantes salas de partos estejam totalmente lotadas.

O internamento de grávidas localiza-se na mesma ala que o serviço de ginecologia e é composto por uma sala de enfermagem, onde se encontram localizados os computadores para realização de registos informatizados, um ecrã de grandes dimensões ligado à Central Omniview, para que seja possível o registo digital e a visualização dos traçados cardiotocográficos. Existe ainda nesta mesma sala um armário com material de consumo clínico e medicação que faz parte do stock do serviço e uma casa-de-banho destinada aos profissionais de saúde. O internamento é constituído por cinco enfermarias, cada uma delas equipada com três cama, fazendo com que o internamento tenha capacidade para manter internadas quinze grávidas em simultâneo.

Tendo em conta que o internamento de grávidas partilha o mesmo espaço físico com o internamento de ginecologia, as camas disponíveis podem ter que ser geridas por ambos os serviços, de acordo com o número de internamentos, ou seja, se o internamento de grávidas se encontra lotado, poderá ter que haver a necessidade de o serviço de ginecologia dispensar algumas camas ao serviço de grávidas, para que seja possível dar resposta à elevada afluência de grávidas com necessidade de internamento. O serviço de grávidas possui ainda uma casa-de-banho comum a todas as utentes internadas.

No interior da enfermaria encontram-se disposta três unidades, separadas por cortinados móveis. Cada unidade é constituída por: uma cama elétrica articulada, uma mesa de apoio, uma campainha, um armário para guardarem os seus pertences, uma televisão e uma mesa de refeições comum. Estas unidades estão equipadas com uma rampa de oxigénio e uma rampa de vácuo e ar comprimido.

Para que a vigilância do bem-estar materno-fetal seja mais rigorosa, de forma a garantir a segurança das utentes, o serviço de grávidas contém ainda quatro aparelhos cardiotocógrafos, com possibilidade de serem conectados à Central Omniview, dois monitores para avaliação de sinais vitais, bombas infusoras e um termómetro.

No decorrer do contexto pandémico houve a necessidade de se criar um circuito distinto para grávidas infetadas com SARS-CoV₂ e, por esse motivo, foi criada uma ala específica para a observação ginecológica e prestação de cuidados de enfermagem a estas utentes. A ala COVID encontra-se disposta na parte final do corredor, após o serviço de ginecologia, por detrás das portas corta-fogo. Neste local existe uma sala de partos que foi criada para a observação de grávidas que recorrem ao serviço de urgência (SU) e que testam positivo para SARS-CoV₂ e para a realização de partos a mulheres infetadas. Por esse motivo, a sala encontra-se totalmente equipada com uma cama de

parto, um cardiocógrafa, um monitor para avaliação de sinais vitais, um termómetro e uma casa de banho privativa.

A sala imediatamente a seguir, está destinada à receção do RN filho de mães que testam positivo para SARS-CoV₂. Essa mesma sala possui uma incubadora, material necessário para a prestação de cuidados imediatos ao RN, um berço e uma balança. Se o RN se apresentar hemodinamicamente estável, este permanece junto da mãe durante o período de internamento. Na ala COVID, existe também uma enfermaria completamente equipada, destinada a grávidas que testam positivo para SARS-CoV₂ e, que necessitam de internamento hospitalar, para controlo de sintomatologia relacionada com a infeção ou para controlo de outra patologia associada à gravidez.

No centro hospitalar, na unidade F, existem disponíveis quatro salas de partos, cada uma delas possui: uma cama de partos, um cardiocógrafa com possibilidade de se estabelecer ligação com a Central Omniview, um armário que contém material para consumo clínico, uma mesa de inox amovível utilizada para pousar a trouxa de partos, os ferros cirúrgicos de partos e todo o equipamento de proteção individual (EPI) utilizado na execução do parto. Na sala de partos existe ainda uma bancada com uma zona acolchoada para a prestação de cuidados imediatos ao RN após o nascimento, um aquecedor, uma banheira, uma rampa de oxigénio, um sistema de vácuo e ar comprimido, um monitor para avaliação de sinais vitais, um *pantoff* e uma balança apropriada para monitorização do peso de recém-nascidos.

A sala operatória encontra-se situada no mesmo espaço físico que a admissão e as quatro salas de partos. Esta é composta por uma marquesa cirúrgica, um ventilador, um carro com material de apoio aos procedimentos anestésicos, um carro com material de apoio para circulante, um *pantoff*, três mesas de inox móveis, duas rampas de sistema de vácuo e ar comprimido e dois computadores para realização dos registos informatizados (cirurgia segura). No bloco operatório podem ser realizadas cesarianas de carácter programado, urgentes, emergentes e procedimento de dequitação manual.

Imediatamente ao lado do bloco operatório, encontra-se a sala de reanimação do RN, onde estão presentes duas incubadoras para reanimação e prestação de cuidados imediatos ao RN, nascidos através de cesariana. Essa mesma sala possui ainda um armário com material de consumo clínico, duas rampas de oxigénio, duas rampas de vácuo e ar comprimido, uma balança, uma banheira, uma estufa que contém no seu interior lençóis aquecidos e uma janela que promove a ligação direta entre a sala de

reanimação e o serviço de neonatologia, a abertura desta janela é acionada em situações de emergência.

A área de obstetrícia e ginecologia é composta por uma equipa multidisciplinar especializada, constituída por médicos obstetras/ginecologistas, médicos anesthesiologistas, médicos pediatras, enfermeiros de cuidados gerais, EEESMO, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), assistentes operacionais e técnicos administrativos.

No serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia, a equipa de enfermagem é composta por vinte e nove EEESMO, um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC) e catorze enfermeiros de cuidados gerais. O setor admissão está a cargo de dois EEESMO, sendo que um desses elementos está destacado para a prestação de cuidados a utentes que testam positivo para SARS-CoV₂, ou seja, esse elemento pode ter que se ausentar do setor admissão para poder prestar cuidados especializados a grávidas na ala COVID, que se encontra no prolongamento final do serviço de ginecologia. O internamento de grávidas fica à responsabilidade de dois EEESMO ou de um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais, dependentemente do número elementos especialistas presentes durante o turno. Na sala de partos, estão sempre distribuídos dois enfermeiros, podendo ser dois EEESMO ou um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais. O bloco operatório, maioritariamente é assegurado por dois enfermeiros de cuidados gerais, que ocupam o posto de anestesia e circulante.

Esta equipa de enfermagem promove a continuidade dos cuidados prestados com a realização dos turnos de: manhã (08:00h-16:00h), tarde (15:30h-00:00h) e noite (23:30h-08:30h).

2.1.4. Serviço de Internamento Puerpério

A procura da prestação de cuidados de saúde de excelência no serviço internamento puerpério, é uma constante, sendo que este se encontra envolvido em projetos de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente “Maternidade com Qualidade” e “Hospital Amigo dos Bebés”, estando desde o ano 2014 classificado pela Direção Geral da Saúde (DGS), no nível de qualidade bom (CHUA, 2021).

O “Projeto Maternidade com Qualidade” foi criado pela OE no ano de 2013, tendo como principais objetivos: a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde; o aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade dos cuidados; a satisfação dos EEESMO

envolvidos na prática clínica; a melhoria da eficiência dos cuidados; a dotação de recursos adequada (OE, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com a United Nations International Children`s Emergency Fund (UNICEF), em 2018, lançou o programa mundial de promoção do aleitamento materno, intitulando esta iniciativa como “Hospital Amigo dos Bebés”. Esta missão tem como finalidade a promoção e o apoio do aleitamento materno em entidades que disponibilizem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando a prática dos profissionais de saúde e dos cuidadores. Cada instituição hospitalar para que seja classificada como tal, tem que cumprir as dez medidas estipuladas pelas organizações, sendo que se se tratar de um ACES, apenas existem sete medidas que têm que ser cumpridas para que a unidade de saúde seja considerada “Unidade Amiga dos Bebés” (UNICEF, 2018). Estes tipos de projetos são de extrema importância para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados nas maternidades e consequente aumento da satisfação dos utentes.

No internamento de puerpério, mais vulgarmente denominado como serviço de obstetrícia, existem trinta e quatro camas disponíveis, para internamento de puérperas e respetivos recém-nascidos. Dessas trinta e quatro camas, quatro delas estão destinadas a situações clínicas com alguma especificidade, como: puérperas infetadas com SARS-CoV₂, puérperas detentoras de doenças infetocontagiosas, puérperas com síndrome de Hellp ou pré-eclâmpsias e puérperas em que os seus filhos se encontram na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN).

Nas enfermarias, cada unidade da puérpera é constituída por: uma cama elétrica articulada, uma mesa de apoio, um armário para colocação dos seus pertences, uma campainha, uma rampa de oxigénio, uma rampa de vácuo e ar comprimido, um lavatório e uma televisão comum a todas as utentes da enfermaria. Estas unidades, que se encontram no interior das enfermarias, estão separadas fisicamente por cortinados deslizantes, de forma a promover a privacidade de cada utente. Ao longo do serviço, existem disponíveis vários recursos materiais necessários para a prestação de cuidados de enfermagem, tais como: termómetros, monitores para avaliação de sinais vitais e bombas infusoras. Existe uma única sala destinada a cuidados prestados a recém-nascidos, detentora de: balança, oxímetros, fitas métricas e bancadas acolchoadas, para realização da avaliação física e prestação de cuidados específicos ao RN.

No serviço de internamento puerpério, existem ainda uma sala de tratamentos, uma sala de trabalho de enfermagem, duas casas-de-banho para as puérperas e uma para

profissionais de saúde, o gabinete da enfermeira chefe, o armazém clínico, a rouparia, o balcão administrativo, o gabinete onde se procede ao registo dos recém-nascidos (Balcão Nascer Cidadão) e por fim um espaço físico, denominado de cantinho da amamentação, destinado ao apoio no processo de amamentação e realização da alta segura.

O internamento de puerpério é constituído por uma equipa de enfermagem que possui vinte e um enfermeiros de cuidados gerais, dois EEESIP e um EEESMO. As puérperas e respetivos bebés são distribuídos pelos enfermeiros que se encontram presentes durante o turno, esta distribuição ocorre de forma equitativa, tendo em conta o cálculo do número de horas, relativamente à prestação de cuidados, que a díade (mãe-bebé) exige. Durante o turno da manhã (08:00h-16:00h) estão escalados quatro enfermeiros no serviço, no turno da tarde (15:30h-00:00h) encontram-se no serviço três enfermeiros disponíveis e no turno da noite (23:30h-08:30h) existem dois enfermeiros responsáveis pelo serviço. Ao longo dos três turnos anteriormente referidos, um dos elementos de enfermagem presente no serviço, está destacado para a prestação de cuidados a puérperas infetadas com SARS-CoV₂ e respetivos recém-nascidos.

2.1.5. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais têm como missão a prestação de cuidados de alta complexidade, com enfoque no RN considerado vulnerável. Estas requerem a presença de uma Equipa de Enfermagem devidamente capacitada e atualizada em termos das competências científicas, técnicas e relacionais, de forma que consigam identificar as necessidades do neonato e da sua família, com o objetivo de atuar de forma rápida e eficaz para a resolução dos problemas reconhecidos (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri, & Erdmann, 2015).

A UCIN onde se realizou o estágio de observação, engloba também o serviço de medicina intensiva pediátrica. Esta unidade é detentora de doze incubadoras, cinco delas consideradas postos intensivos, pois possuem suporte ventilatório e, sete incubadoras integradas nos cuidados intermédios. O berçário tem a capacidade máxima de seis berços. O restante serviço é composto por uma sala de enfermagem, destinada à passagem de informação entre os vários elementos que constituem a equipa multidisciplinar, uma sala exclusiva para a preparação de leite de fórmula (LF), extração e acondicionamento de leite materno, uma lavandaria onde se efetua a higienização da

roupa vestida aos recém-nascidos e uma casa-de-banho destinada para os pais dos neonatos internados e outra para os profissionais de saúde.

Neste serviço, o Enfermeiro estimula e promove o estabelecimento vincutivo entre o recém-nascido e a sua família, executa procedimentos técnicos de alta complexidade e avalia o crescimento e desenvolvimento dos bebés. Aquando da comunicação com a família do RN sujeito a internamento, o Enfermeiro tem a função de proporcionar conforto e apoio nos momentos difíceis, principalmente quando o RN se encontra perante uma situação clínica grave. Na UCIN, os pais são imediatamente capacitados para a colaboração nos cuidados prestados ao seu filho, de forma a promover o processo de vinculação e consequentemente a melhoria do estado de saúde do neonato.

2.2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS- UNIDADE P

A Unidade P é parte integrante do CH, esta é responsável pela prestação de cuidados de saúde diferenciados a grávidas residentes no Barlavento Algarvio, mas tendo em conta que a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano não possui unidade de obstetrícia, esta instalação hospital, é igualmente responsável pelas grávidas residentes no litoral do Baixo Alentejo.

Na Unidade P, apenas se realizou um contexto clínico do ENPRF, correspondendo ao período de 4 semanas no Serviço de Bloco de Partos.

2.2.1. Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/ Bloco de Partos

O BP tem como missão a assistência a grávidas na preconcepção, gravidez, parto e puerpério. Este serviço encontra-se desde 2008 certificado pela OMS e pela UNICEF como “Hospital Amigo dos Bebés”, sendo responsável pela promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, disponibilizando toda a ajuda necessária a mães e bebés para o estabelecimento e manutenção deste processo (CHUA, 2021).

O serviço denominado de Bloco de Partos, possui várias valências: urgência obstetrícia e ginecologia, bloco de partos, bloco operatório e internamento de grávidas/puerpério.

Referente à sua organização física, o BP é composto por uma ala inicial destinada á admissão, esta possui quatro salas para observação de utentes, duas reservadas para observação de grávidas e as restantes duas para observação de utente do foro ginecológico. Nesse mesmo local, existem ainda uma sala equipada com dois

cardiotocógrafos e duas marquesas, de forma que se possa avaliar o bem-estar materno-fetal aquando da vinda das utentes ao serviço de urgência.

Existem cinco salas de partos, uma delas reservada a parturientes infetadas por SARS-CoV2. Outras duas salas, presentes no serviço, estão destinadas ao puerpério imediato, uma delas para puérperas submetidas a cesarianas e a outra para puérperas que tiveram um parto via vaginal.

O bloco operatório é parte integrante deste serviço, onde se realizam cesarianas programadas, urgentes e emergentes, apenas em dias úteis das 08:00h às 20:00h. Fora do horário anteriormente descrito, caso haja necessidade de se submeter uma utente a este procedimento cirúrgico, a mesma é encaminhada para o bloco operatório central.

O serviço possui também uma sala de enfermagem, com recurso a um ecrã ligado à Central Omniview, dois computadores para a realização de registo informatizados, uma sala de trabalho de enfermagem, destinada à preparação de terapêutica, duas casas-de-banho para as parturientes e respetivos acompanhantes, duas casas-de-banho para profissionais de saúde, uma sala onde se encontra o pessoal administrativo, armazém que contém material de consumos clínico e um gabinete médico.

As cinco salas de partos existentes, encontram-se completamente equipadas com: um aparelho cardiotocográfico com transmissão do registo para a Central Omniview, dois destes monitores possuem sistema wireless, uma cama de parto, um armário com material para consumo clínico, bombas e seringas infusoras, monitor para avaliação de sinais vitais, termómetro, bancada acolchoada para prestação dos cuidados imediatos ao RN, banheira e balança. Estas salas totalmente equipadas, estão também preparadas para a aplicação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto e, por esse motivo, possuem alguns recursos materiais para tal, como: bola de pilatos, kit de massagem de relaxamento, botões de regulação da luminosidade da sala e música ambiente.

A equipa multidisciplinar do bloco de partos desta unidade, é constituída por médicos obstetras/ginecologistas, médicos anestesiológicos, médicos pediatras, EEESMO, enfermeiros de cuidados gerais, assistentes operacionais e técnicos administrativos. Por turno, na urgência de obstetrícia e ginecologia, encontram-se distribuídos dois enfermeiros, havendo a possibilidade de seres ambos EEESMO ou um EEESMO e o outro elemento, enfermeiro de cuidados gerais. Relativamente ao bloco operatório, estão distribuídos dois enfermeiros, maioritariamente, enfermeiros de cuidados gerais, que ocupam os postos de anestesia e circulante. As duas salas de

recobro, possuem um enfermeiro de cuidados gerais ou um EEESMO escalado, de forma a assegurar os cuidados de enfermagem prestados a puérperas no período de greenberg.

2.3.METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A metodologia representa o procedimento ou o trajeto para alcançar determinado fim, sendo que na área da ciência, a finalidade traduz-se na busca constante de conhecimento. Por esse motivo, pode-se afirmar que o método científico é um conjunto de procedimentos adquiridos com o propósito de adquirir conhecimento científico, sendo que este corresponde à linha de raciocínio adotada no processo de aquisição de conhecimentos (Carvalho J. E., 2009).

A aquisição de conhecimento científico, no decorrer do ENPRF, é considerada fundamental para a prestação de cuidados especializados tendo por base a evidência científica, deste modo, a metodologia utilizada para a aquisição de conhecimento foi a supervisão clínica e a orientação pedagógica.

2.3.1. Objetivos

Os objetivos gerais do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, encontram-se inteiramente descritos no planeamento da Unidade Curricular, sendo eles:

- a) Cuidar da mulher/ companheiro inseridos na família e comunidade;
- b) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência;
- c) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional.

Na fase inicial do ENPRF, foram igualmente estabelecidos objetivos pessoais com o propósito da aquisição de competências específicas do EEESMO, definidas no regulamento das competências específicas do EEESMO, (OE, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2019). Sendo assim, os objetivos de estágio estabelecidos correspondem às competências descritas no regulamento:

- a) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré- concecional;

- b) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

2.3.2. Método de Aprendizagem

O ENPRF foi realizado sob a supervisão clínica de EEESMO e com a orientação pedagógica da docente da UÉ. No decorrer do estágio colocaram-se em prática várias estratégias para promoção do processo de aprendizagem, tais como: observação de cuidados prestados, execução clínica, pesquisa bibliográfica para revisão de conteúdos e aprofundamento de conhecimentos. Ocorreram também reuniões formativas e reuniões de avaliação final em cada contexto clínico, onde se encontravam presentes o supervisor clínico, o orientador pedagógico e a mestranda. Paralelamente, foram realizadas diversas reuniões com a professora orientadora ao longo do período do ENPRF.

A supervisão clínica, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2020), é entendida como um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e o supervisionado, com o intuito de estruturar o processo de aprendizagem, adquirir conhecimento e posteriormente desenvolver competências profissionais, de forma analítica e reflexiva. Este processo tem como finalidade a promoção da tomada de decisão autónoma do supervisionado, com o objetivo de desenvolver competências no âmbito do ensino clínico, tendo em conta a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Observação de Cuidados Prestados e Prática Clínica

O desenvolvimento profissional na área de Enfermagem, reflete-se na necessidade de formação contínua ao longo da vida profissional. O termo desenvolvimento pressupõe uma evolução contínua e gradual, que faz com que o enfermeiro aprofunde os seus conhecimentos ao longo da sua carreira. Estes profissionais de saúde, ao longo de toda a sua vida, participam num processo de crescimento pessoal, social e profissional, adquirido através da atualização contínua, que engloba a aquisição de conhecimentos

baseados em evidências científicas, experiência profissional, adquirida no contexto de cuidados e, realização de formação complementar (Carvalho, et al., 2019).

Na fase de iniciação nos contextos clínicos, a aluna assumia maioritariamente uma postura atenta e observadora, de forma a se inteirar e perceber as dinâmicas de cada serviço e como se colocavam em práticas diversas técnicas e procedimentos característicos do contexto, onde naquele momento se inseria. Posteriormente, nos diversos contextos clínicos, a mestranda conseguiu, de forma gradual, o aperfeiçoamento da prática clínica e a aquisição de competências específicas do EEESMO, adquirindo consequentemente autonomia supervisionada durante a prestação de cuidados especializados.

Pesquisa Bibliográfica / Revisão e Aprofundamento de Conhecimentos

A revisão narrativa da literatura realizada para o aprofundamento de conhecimentos foi sobre a temática amniotomia. Esta teve por base a utilização de diversas bases de dados científicas, como: PubMed®, SciELO e Cochrane Library, sendo que o gestor de revisão de artigos utilizado foi o Zotero.

O estudo de caso corresponde a um método de pesquisa estruturado muito utilizado na área de Enfermagem. Este pode ser aplicado em distintas áreas de atuação da prática profissional. Este tipo de estudo focaliza-se em fenómenos complexos e permite o estudo intenso e pormenorizado, associando sempre fontes de evidência científica, para melhor compreensão e credibilidade dos factos (Andrade, et al., 2017).

No decorrer do ENPRF, a estudante de mestrado, teve a oportunidade de realizar um estudo de caso sobre “Gravidez Ectópica” no contexto clínico serviço de ginecologia. Esta temática suscitou bastante interesse à mestranda, uma vez que se deparou com várias situações clínicas complexas, referentes a esta patologia, no período em que realizou o estágio. Tendo em conta que o estudo se encontra prestes a ser publicado e, de forma a evitar o auto-plágio, o apêndice apenas reflete o resumo do artigo (Apêndice B).

No contexto clínico, internamento de puerpério, a mestranda teve oportunidade de participar ativamente na formação em serviço, abordando a temática “Segurança do Doente em Obstetrícia”. Considerou-se um tema de extrema importância, tendo em conta que recentemente, teria sido instaurado no serviço o “Registo do Parto Seguro” e, por esse motivo era fundamental aprofundar e transmitir conhecimentos, de forma que a equipa de enfermagem percebesse a real importância destes registos. Deste modo,

realizou-se uma formação, para a equipa de enfermagem do serviço internamento puerpério. Os documentos de apoio utilizados durante a exposição oral, encontra-se no Apêndice C.

Os momentos formativos anteriormente descritos, consideram-se de extrema importância para o processo de aprendizagem da mestranda, permitindo a análise crítica e reflexiva de novos conhecimentos científicos. De facto, a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica, de forma a guiar a prática de cuidados (Fortin, 1999).

Aplicação de Modelo Teórico

Para promover o processo de aprendizagem, a estudante considerou essencial nortear a prática clínica com base num Modelo Teórico de Enfermagem. O modelo selecionado foi o da Teoria de Consecução de Objetivos, criado por Imogene King, uma vez que a estrutura conceptual fornece a sustentação teórico-conceitual necessária para a prestação de cuidados de enfermagem humanizados, encontrando-se atualizada e inserida no contexto selecionado para o desenvolvimento de competências. De acordo com Nóbrega e Barros (2001, p. 74) “os modelos teóricos de enfermagem refletem os conceitos, organizam o conhecimento e descrevem, explicam e predizem o campo de conhecimento de enfermagem. Estes modelos servem para guiar a busca e a compreensão do domínio de enfermagem”.

Imogene King considera que o seu principal objetivo da área de enfermagem é auxiliar os utentes a manter o seu estado de saúde, considerando o estabelecimento da relação enfermeiro-utente indispensável, uma vez que o profissional de saúde tem a função de interpretar informações durante o processo de enfermagem, planejar, implementar e avaliar os cuidados prestados (Moura & Pagliuca, 2004, p. 276). Assim, considera-se “...a enfermagem sendo um processo de ação, reação e interação, no qual o enfermeiro e o utente compartilham informação sobre a sua própria perceção” (Moreira & Araújo, 2002, p. 98). Deste modo são estabelecidas metas/objetivos comuns na relação interpessoal, de forma a promover a saúde do utente.

2.3.3. População Alvo

A população alvo do Estágio de Natureza Profissional, inclui todas as mulheres/famílias inseridas na comunidade, com quem a mestranda teve contacto,

prestando cuidados de enfermagem especializados, no decorrer dos vários contextos clínicos.

A população alvo dos cuidados de saúde diferenciados, engloba todas as mulheres/família que frequentaram os serviços: Consulta Externa, Internamento de Ginecologia, Internamentos de Grávidas, Bloco de Partos e Internamento Puerpério, do CH- Unidade F e P. O Algarve é caracterizado por ser um destino turístico, conhecido igualmente pelo seu elevado fluxo migratório. Dados estatísticos descritos pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) (2020), revelam que a distribuição geográfica da população estrangeira, localiza-se maioritariamente nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal, correspondendo a 68% da população estrangeira residente em Portugal. Assim sendo, o CH é responsável pela prestação de cuidados diferenciados a mulheres/família de diversas nacionalidades, facto que se considera um grande desafio para os profissionais de saúde desta instituição, uma vez que a multiculturalidade acarreta diferenças linguísticas, culturais, étnicas, de costumes e valores, característicos de cada indivíduo.

3. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A realização do MESMO, exige à mestranda a aquisição de novas competências, mas também, o contributo para a melhoria das práticas cuidativas. De seguida especificam-se quais as estratégias utilizadas para a contribuição da prática baseada na evidência (PBE) e conseqüentemente os contributos deste processo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A temática “Amniotomia na gestão ativa do Trabalho de Parto” remete-nos para uma perspetiva reflexiva, tendo em conta que a amniotomia é considerada uma técnica interventiva, aplicada de forma comum como estratégia para induzir/ acelerar o trabalho de parto. A Organização Mundial de Saúde (2015) não recomenda a execução deste procedimento em mulheres que se encontram no primeiro estágio do trabalho de parto, tendo em conta que é uma prática que possui poucas evidências descritas na literatura e, está relacionada com diversos riscos que poderão comprometer o bem-estar materno-fetal. Esta técnica é realizada frequentemente de forma rotineira pelos Profissionais de Saúde e por esse motivo considero importante a realização deste estudo. Segundo a OE (2006), a Investigação em Enfermagem é indispensável para o desenvolvimento profissional e contribui para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão. Assim sendo, a busca pelo conhecimento científico tem como objetivo contribuir para o processo de tomada de decisão dos EEESMO, baseado na evidência científica e conseqüentemente promover a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Para a concetualização da temática, torna-se fundamental recorrer ao método da revisão narrativa da literatura, de forma a aplicar a evidência científica nos cuidados de enfermagem prestados, capazes de melhorar e sustentar a prática clínica (Sousa, et al., 2016). Nesse sentido procedeu-se a uma revisão da literatura sobre a temática e posteriormente apresenta-se a experiência prática no decorrer do ENPRF, referente á temática central deste relatório.

A revisão narrativa da literatura relativa à prática da amniotomia surge com o propósito de apoiar o desenvolvimento de competências no campo da investigação em enfermagem, mas também da necessidade em adquirir conhecimentos que permitam sustentar a prática clínica em evidências fidedignas e atuais, numa área pertinente dos cuidados do EEESMO. A revisão narrativa da literatura é considerada um instrumento

essencial na área da Enfermagem, pois favorece a síntese de conhecimento acerca de um determinado tema e permite a mobilização de saber científico para a prática clínica. Na categoria profissional de Enfermagem é fundamental a procura constante de conhecimento científico, promovendo a melhoria da prestação de cuidados aos utentes (Souza, Silva, & Carvalho, 2010) .

A presente revisão narrativa teve como objetivo perceber a influência da prática da amniotomia na gestão ativa do Trabalho de Parto.

Seguidamente encontram-se descritas as várias etapas realizadas pela mestranda para a sua elaboração. Inicialmente procedeu-se à definição da questão de investigação, utilizando a estratégia PICO e seguindo o acrónimo de formulação PICO: “Qual a influência da rotura artificial da bolsa amniótica (I), realizada pelos EEESMO (P) na progressão do Trabalho de Parto (Co)?”. Posteriormente, definiram-se as palavras-chave e descritores DeCS, de modo a formular a Equação Boleana. De seguida houve a necessidade de se estabelecer os critérios de inclusão e exclusão, para que se tornasse possível a busca de evidência científica através das pesquisas nas Bases de Dados: PubMed®, SciELO e Cochrane Library, tal como se comprova no Apêndice D. Posto isto, encaminharam-se todos os artigos selecionados para o gestor de referências Zotero, onde se excluíram 13 artigos dos 60 anteriormente selecionados (Apêndice E). Aos restantes 47 artigos foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, sendo de seguida triados através da leitura do título e resumo, restringindo a pesquisa a 11 artigos (Apêndice F). Após efetuar a leitura completa e rigorosa do conteúdo selecionado, foram selecionados 8 artigos para a análise de dados e posterior análise crítica.

3.1. REVISÃO DA LITERATURA

A amniotomia é um procedimento obstétrico que consiste na rutura artificial da bolsa amniótica, com o recurso a uma pinça de Kocker ou amniotomo, esta prática é vulgarmente denominada por RABA (Rutura Artificial da Bolsa Amniótica). A amniotomia na gestão ativa do trabalho de parto apenas é aconselhada a partir do momento em que o colo do útero possui cinco centímetros de dilatação, desde que a apresentação fetal seja cefálica e se encontre bem apoiada no colo do útero, não devem também existir outras contra-indicações maternas e fetais para a realização deste procedimento. Os profissionais de saúde frequentemente recorrem a esta técnica, com o intuito de visualizar as características do LA, para estabelecimentos de monitorização

cardiotocográfica interna e também para promover a evolução do trabalho de parto (Bricker & Luckas, 2012).

Os dois primeiros fatores descritos anteriormente, encontram-se sustentados pela evidência científica atual, contrariamente ao aspeto do encurtamento do trabalho de parto. Sendo que a amniotomia apenas está aconselhada na fase ativa do trabalho de parto, a realização desta técnica de forma precoce, na fase latente do primeiro estágio do TP não é aconselhável, pois poderá acarretar outros riscos que poderão comprometer o bem-estar materno-fetal. A evidência científica não clarifica a redução da duração do TP aquando da realização da amniotomia, assim como o seu efeito no tipo de parto e no estado fetal e neonatal.

Na prática clínica, pode-se verificar que a aplicação da amniotomia na fase ativa do primeiro estágio do TP, aparenta ser eficaz em alguns casos, de forma a estimular a progressão do TP, uma vez que promove a saída de LA, diminuindo conseqüentemente o volume intrauterino e paralelamente estimula a produção de prostaglandinas que auxiliam a dilatação cervical (Smyth, Alldred, & Markham, 2013). Segundo os mesmos autores, este procedimento pode interferir nos processos fisiológicos normais do TP, podendo conduzir a uma vigilância de TP mais interventiva e consecutivamente a alterações na frequência cardíaca fetal (FCF), risco de prolapso do cordão umbilical e risco de infeção fetal.

Segundo a OMS (2015), a amniotomia só deve ser utilizada com base em motivos clínicos, ou seja, defende-se que a prática não deve ser aplicada de forma rotineira perante o TP com evolução normal, podendo ser reservada para o TP com evolução anormal.

De acordo com o estudo realizado por (Abdullah, Saboohi, & Hashami, 2010), a realização da amniotomia promove a redução do primeiro estágio do TP em cerca de 50-54 minutos, sem se terem verificado diferenças na duração do segundo estágio do TP. O mesmo se verificou relativamente ao tipo de parto, a amniotomia, aquando realizada entre os 4-5 centímetros de dilatação cervical, não teve qualquer interferência no desfecho do parto.

Os mesmos autores defendem a RABA em circunstâncias específicas, como no caso de prestação de cuidados de saúde a parturientes em países em desenvolvimento, onde os recursos humanos sejam limitados para a manutenção da vigilância contínua do TP. Justificam esta postura pelas vantagens que a amniotomia possui para acelerar o TP e conseqüentemente diminuir o tempo total de monitorização por parte dos profissionais.

Estas recomendações não se aplicam no contexto de países desenvolvidos como Portugal.

Outros autores estudaram a problemática em questão e encontram-se em concordância com o que foi descritos anteriormente. Segundo o estudo realizado por (Majeed & Tariq, 2013), comparou-se a amniotomia com a prática de manter as membranas amnióticas intactas até ao segundo estágio do TP, ou seja, até à dilatação cervical se encontrar completa (10 centímetros). Os resultados demonstraram que nas mulheres onde se aplicou a técnica amniotomia, o primeiro estágio do TP reduziu cerca de 85 minutos, sem influenciar a duração do período expulsivo e o tipo de parto. Estes autores consideram uma prática útil para reduzir a ocorrência de trabalhos de partos prolongados. Macones, Cahill, Stamilio, e Odibo (2012) comprovam uma diminuição de 2 horas no tempo de TP, aquando da aplicação da amniotomia precoce ou tardia, antes ou depois dos 4 cm de dilatação cervical.

O momento em que é realizada a amniotomia é um fator a ter em consideração. Nos diferentes artigos analisados, a aplicação da prática amniotomia possui momentos distintos, sendo que este fator por alterar o resultado da técnica. No caso da amniotomia ser realizada a uma parturiente em que o Índice de Bishop não é favorável, há um aumento da probabilidade do parto ser uma cesariana (Bricker & Luckas, 2012).

Perante os resultados encontrados, podemos afirmar que a realização da amniotomia no decorrer do TP, está associada à redução da duração do mesmo, em cerca de uma hora, mas consequentemente pode aumentar o risco de: alterações na FCF, prolapso do cordão, e infeção materna e fetal.

O Índice de Apgar (IA) representa uma escala a partir da qual os profissionais de saúde fazem a primeira avaliação do RN, ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida, respetivamente. Esta escala é utilizada para avaliar o grau de adaptação do RN à vida extrauterina.

A evidência científica demonstra que não existem diferenças significativas no IA estabelecido a recém-nascidos, onde durante o TP se realizou uma RABA, comparativamente com recém-nascidos onde a rutura da bolsa amniótica ocorreu de forma espontânea (REBA) (Bellad, Kamal, & Rajeshwari, 2010).

Existem outros estudos que vêm corroborar o que foi anteriormente descrito, segundo Majeed e Tariq (2013) existe um ligeiro aumento do número de RN's com IA inferior a 6 ao quinto minuto de vida, tendo sido realizada anteriormente a amniotomia. Mesmo assim, os autores admitem que no estudo realizado, não houve casos de sofrimento fetal,

uma vez que as parturientes mantiveram a monitorização cardiotocográfica de forma contínua, monitorizando-se constantemente a FCF. Este fator permite verificar continuamente o bem-estar fetal, de forma a permitir uma rápida intervenção aquando da existência de alterações na FCF, evitando repercussões negativas para o RN. Deste modo, concluiu-se que a amniotomia não está associada a alterações do bem-estar neonatal e conseqüentemente, não promove alterações no IA que é atribuído aos RN's após o nascimento.

De acordo com Smyth, Alldred, e Markham (2013) pode-se afirmar que não foram encontradas diferenças significativas entre RN's de mulheres sujeitas a amniotomia no decorrer do TP e os RN's de mulheres em que foi preservada a membrana amniótica intacta, durante o primeiro estágio do TP, considerando: o IA, os valores do pH arterial e venoso do sangue colhido através do cordão umbilical, a ocorrência de prolapso do cordão umbilical, a taxa de admissão na UCIN, o síndrome de dificuldade respiratória, a febre neonatal, a infeção e a morte perinatal.

A realização da RABA está diretamente ligada com a ocorrência de prolapsos do cordão umbilical (PCU) no decorrer do TP. Esta emergência obstétrica está em 10% dos casos associada à realização da amniotomia (Macones, Cahill, Stamilio, & Odibo, 2012). Esta técnica possui sempre o risco de PCU, mesmo quando esta é realizada no intervalo existente entre as contrações uterinas, diminuindo a pressão de exteriorização do LA e conseqüentemente diminuindo a possibilidade do prolapso do cordão umbilical (Smyth, Alldred, & Markham, 2013).

Outros riscos associados á execução desta técnica é a infeção materna e fetal. Embora não existam estudo que associem a amniotomia à infeção provocada por Streptococcus B (STB) no RN, sabemos que com a realização deste procedimento, quanto maior for o período até ao nascimento, maior é a probabilidade de ocorrência da infeção (Smyth, Alldred, & Markham, 2013). Macones, Cahill, Stamilio, e Odibo (2012), verificam um ligeiro aumento do número de casos de corioamnionite quando a bolsa amniótica (BA) não se encontra intacta.

O estudo realizado e apresentado por Cooley (2010), demonstra que a amniotomia é um método eficaz para proceder à indução do trabalho de parto (ITP), sendo que as grávidas a quem aplicou esta técnica, tiveram um parto eutócico nas 24 horas seguintes. Majeed e Tariq (2013) verificaram que ao se aplicar a técnica amniotomia em mulheres em TP, houve conseqüentemente, uma redução significativa na utilização do fármaco ocitocina. Este fato deve-se ao aumento da contratilidade uterina após a rutura da bolsa

amniótica, pois a apresentação fetal apoia mais facilmente no colo do útero, provocando pressão e havendo também a libertação de prostaglandinas que auxiliam na dilatação do colo do útero.

Ao longo do período de internamento, a rutura da bolsa amniótica no primeiro estágio do TP é muito frequente, esse acontecimento deve-se principalmente às recorrentes avaliações (toques vaginais) realizadas pelos profissionais de saúde e, que mesmo de forma involuntária acabam por provocar a rutura da bolsa. De acordo com o estudo realizado por (Bricker & Luckas, 2012), em 86% dos casos, aplicando a mínima intervenção, torna-se possível a manutenção das membranas amnióticas integras até ao segundo estágio do TP.

De acordo com a literatura científica utilizada para a realização da presente revisão, conclui-se que a prática da rutura artificial da bolsa amniótica, influencia a progressão do trabalho de parto. Conclui-se que a realização da amniotomia no decorrer de um TP espontâneo, reduz em média uma hora da durabilidade do mesmo, mantendo igualmente todos os riscos associados à técnica, como risco aumentado para parto através de cesariana, prolapso ou compressão do cordão umbilical, alterações na frequência cardíaca fetal e efeitos adversos no bem-estar fetal e neonatal.

Os resultados obtidos através da pesquisa efetuada, alertam os profissionais de saúde para a prática da amniotomia precoce, com o intuito de reduzir a duração do TP com evolução considerada normal, tendo em conta que esta não se encontra sustentada pela evidência científica atualmente existente. Porém, verifica-se também que a RABA pode ser uma medida útil para promover a progressão do TP em situações de evolução anormal.

Após a análise e reflexão dos artigos selecionados para a revisão narrativa da literatura, verifica-se que a prática da amniotomia não deve ser realizada de forma rotineira pelos profissionais de saúde, embora exista pouca evidência científica para fundamentar os riscos associados, sabemos que existem e, por esse motivo devemos manter uma atuação preventiva, minimizando os riscos associados ao procedimento.

Assim sendo, pode-se concluir que existe a necessidade de realização de estudos randomizados e controlados, onde se proceda á comparação da amniotomia realizada de forma precoce em relação a grupos de controlo onde a amniotomia não fosse executada pelos profissionais de saúde. No entanto e, consoante o conhecimento atual, recomenda-se que as evidências sejam disponibilizadas aos EEESMO para que estes possam

informar, discutir e propor a realização deste procedimento às utentes, capacitando-as para uma tomada de decisão responsável e devidamente informada.

3.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

Após a pesquisa e posterior análise da literatura científica existente, referente à temática Amniotomia na gestão ativa do Trabalho de Parto, tornou-se possível aplicar os conhecimentos adquiridos na prática clínica. O EEESMO deve ser responsável pela implementação de práticas que promovam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados na assistência das parturientes, verifica-se a importância de mobilizar para a prática clínica um conjunto de conhecimentos atualizados e normas de atuação que permitam o profissional de saúde intervir de forma a promover a evolução do TP sem aumentar o risco de complicações. Deste modo, perante a importância desta problemática, parte o interesse deste estudo para investigar, através dos estudos já existentes, os efeitos da amniotomia na progressão do TP, relativamente: à duração do TP, à descida da apresentação fetal, à recorrência a métodos farmacológicos para alívio da dor e avaliação do bem-estar do RN. Neste sentido, acredita-se que os resultados deste estudo sustentem a tomada de decisão responsável sobre a realização desta técnica e, que a divulgação do conhecimento permita aperfeiçoar a prática de cuidados na gestão ativa do TP.

O instrumento selecionado para a colheita de dados das parturientes na prática clínica, corresponde ao Partograma (Anexo I), este representa uma ferramenta considerada indispensável pelos EEESMO no decorrer das práticas cuidadas a parturientes, no contexto de Bloco de Partos. O Partograma permite o registo e monitorização contínua da condição fetal, materna e progressão do TP (Gebreslassie, et al., 2019). A OMS (2017) recomenda a utilização deste instrumento de forma a identificar prontamente desvios no TP e no bem-estar materno-fetal.

Através da utilização do instrumento anteriormente descrito, tornou-se possível traçar o perfil das parturientes a quem a mestranda prestou cuidados. A População Alvo é constituída por parturientes internadas em Sala de Partos, onde foram definidos os seguintes critérios de inclusão: Parturientes cujo parto tenha ocorrido no CH; Parturientes com idade superior a 15 anos; Primíparas; Multíparas; Gravidez de termo; Parturientes em fase latente do primeiro estágio do TP; Parturientes em fase ativa do

primeiro estágio do TP. Foram igualmente definidos os critérios de exclusão: Partos gemelares; Partos de RN pré-termo; Partos via vaginal com apresentação pélvica.

Aplicando o protocolo de análise estatística descritiva nos dados recolhidos, estes foram analisados através do sistema Microsoft Excel.

Caraterização População Alvo

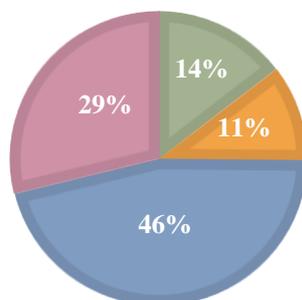
A população alvo analisada, cumpriu os critérios de inclusão e exclusão, a qual é constituída por 302 mulheres que se encontravam em Trabalho de Parto, sendo que a 14% (n=44) a mestranda realizou o parto e participou ativamente noutros partos, correspondendo a 11% (n=32) das utentes com quem manteve contato. A vigilância do TP constitui a maior parcela percentual da assistência realizada, correspondendo a 46% (n=139) das parturientes. Foram igualmente prestados cuidados a utentes no período denominado de puerpério imediato a 29% (n=87) da amostra. A tabela 7 e a figura 5 esquematizam o conjunto de parturientes a quem a mestranda prestou cuidados de enfermagem especializados no contexto clínico Bloco de Partos.

Tabela 7 Assistência Parturientes Bloco de Partos

| Partos | Parturientes |
|---|---------------------|
| Parto Realizado | 44 |
| Parto Colaborado | 32 |
| Vigilância Trabalho Parto | 139 |
| Puerpério Imediato | 87 |
| Assistência Parturientes no Bloco de Partos | 302 |

Figura 5 Assistência Parturientes Bloco de Partos

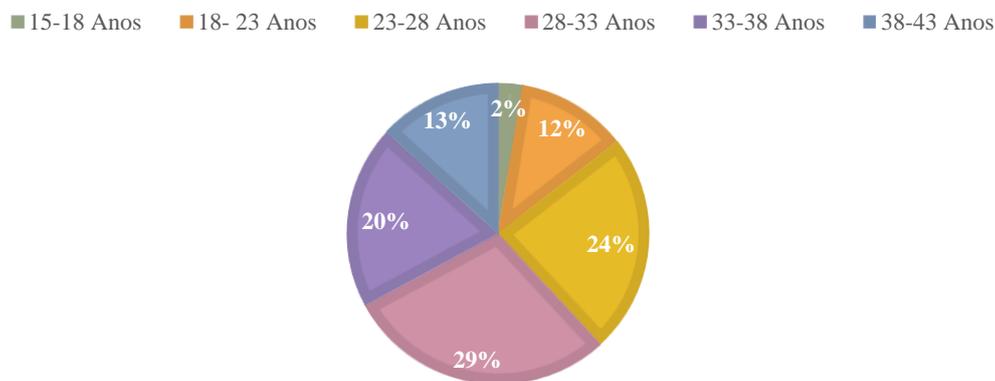
■ Parto Realizado ■ Parto Colaborado
■ Vigilância Trabalho Parto ■ Puerpério Imediato



Foi estabelecido um subconjunto da amostra, analisando somente as parturientes a quem a mestranda realizou o parto ou colaborou no parto realizado por outro

profissional de saúde, de forma a conseguir analisar todas as variáveis de uma amostra onde se reconhecem todas as características das parturientes, deste o momento em que são admitidas na sala de partos até ao momento do parto. Este subconjunto é constituído por 76 utentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 43 anos. De acordo com a figura 6, consegue-se verificar que os maiores grupos etários representados são dos 28-33 anos de idade (29%; n=22) e dos 23-28 anos de idade, correspondendo a 24% (n=18) da amostra. Dos 33-38 anos de idade verifica-se igualmente uma grande percentagem de participantes (n=15) correspondendo a 20% da população alvo, sendo que dos 38-43 anos de idade a tendência diminui, representando 13% (n=10) das parturientes inseridas no estudo. O grupo mais jovem é composto por 11 mulheres com idades entre os 15-23 anos de idade correspondendo a 14% das participantes.

Figura 6 Grupos etários Parturientes

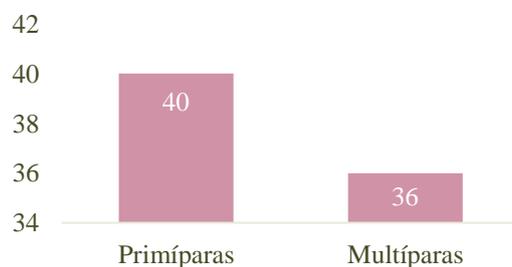


Os dados percentuais representados na figura 6 refletem a realidade portuguesa, no que se refere à idade média das mães aquando do nascimento de um filho. Dados estatísticos recentes demonstram que em 2021 a idade média das parturientes é de 32,3 anos de idade, contrastado com o ano de 1990 em que a idade média das parturientes correspondia a 27,1 anos (PORDATA, 2021). O conceito de “idade materna avançada” reconhece todas as mulheres que têm filhos com idade igual ou superior a 35 anos. Estas são consideradas grávidas de risco, uma vez que a sua gestação é tardia. Este fator tornou-se uma realidade mundial cada vez mais crescente ao longo do tempo, pois tal situação deve-se ao aumento da inserção feminina no mercado de trabalho e ao aumento do investimento na formação por parte das mulheres. Porém, esta situação é considerada problemática, uma vez que as gestações acima dos 35 anos de idade aumentam o risco de desenvolver complicações que podem afetar o bem-estar materno e fetal (Barboza, et al., 2020).

Caraterização Obstétrica das Parturientes

A paridade das 76 participantes, encontra-se esquematizada na figura 7, onde se verifica que 40 parturientes (52,63%) eram primíparas e 36 (47,37%) multíparas.

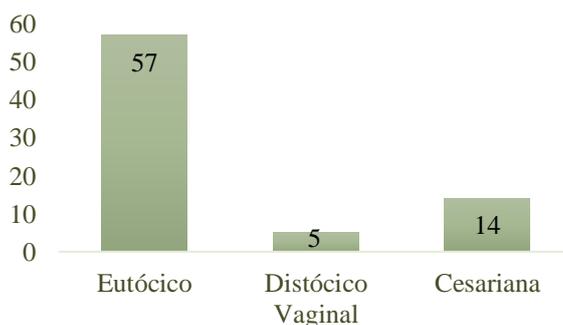
Figura 7 Frequência da Paridade das Parturientes



Relativamente à amostra selecionada, pode-se afirmar que a taxa de PE foi muito superior comparativamente com a taxa de Partos Distócicos (PD) e cesarianas, correspondendo a 75% (n=57) dos partos realizados e colaborados pela mestranda. Sendo que as cesarianas representam ainda um número significativo na totalidade dos casos participantes de 18,42% (n=14) e, os partos distócicos equivalem à menor parcela percentual, com 6,58% (n=5) dos casos (Figura 8).

De acordo com a OMS, 21% do número total de partos correspondem a cesarianas, a entidade acredita que esta problemática irá aumentar ao longo dos próximos anos, como tem ocorrido até então. A cesariana corresponde a um procedimento cirúrgico que pode acarretar possíveis complicações, como: hemorragias abundantes e de difícil controlo, infeção, aumento do período de recuperação pós-cirúrgica, complicações nas gestações seguintes e atraso no estabelecimento da amamentação e contato pele-a-pele com o recém-nascido. A decisão de um parto através de uma cesariana pode não ser evitável, quando o trabalho de parto se considera perlongado (trabalho de parto estacionário), quando se revelam alterações no bem-estar fetal, revelando um sofrimento fetal ou quando este se encontra posicionado, intrauterino, de forma anómala (OMS, 2021).

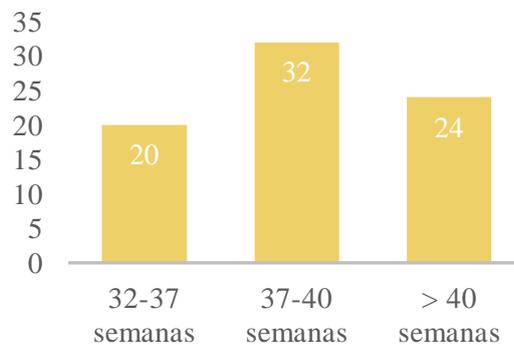
Figura 8 Via do Parto



No decorrer do contexto clínico Bloco de Partos, os recém-nascidos filhos das parturientes que constituíam a amostra selecionada pela aluna, eram detentores da idade gestacional representada na figura 9. A mestranda vigiou o trabalho de parto de 76 mulheres, sendo que 42,11% (n=32) dos recém-nascidos eram considerados de termo, possuindo uma idade gestacional entre as 37 e as 40 semanas, os restantes 24 (31,58%) recém-nascidos de termo eram detentores de idade gestacional superior a 40 semanas. Porém apenas 26,32% (n=20) dos recém-nascidos eram considerados pré-termo, com idade gestacional entre as 32 e as 37 semanas.

A análise da figura 9, demonstra que mais de metade dos recém-nascidos a quem a aluna prestou cuidados, filhos de mulheres consideradas primíparas e multíparas, tiveram bebês de termo.

Figura 9 Idade Gestacional



Quando se diagnostica uma gravidez, torna-se fundamental iniciar a vigilância/monitorização da mesma. A avaliação do grau de risco associado à gravidez no período pré-natal, é estabelecido através do preenchimento e posterior análise da Escala de Goodwin Modificada (Anexo III).

“Considera-se gravidez de baixo risco quando não é possível identificar nenhum fator acrescido de morbidade materna, fetal e/ou neonatal.” (DGS, Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, 2015, p. 33). O grau de risco inerente a uma gravidez é considerado dinâmico e, por esse motivo deve ser reavaliada ao longo de todas as consultas. A identificação do risco é realizado através da avaliação clínica, laboratorial e imagiológica, ao longo de todo o período pré-natal (DGS, 2015).

De acordo com a análise realizada a partir da figura 10, pode-se verificar que a aluna acompanhou parturientes em que, na grande maioria da amostra a gravidez foi corretamente vigiada, correspondendo a 93% (n=71) do número total de parturientes. Sendo que apenas 7% (n=5) das grávidas monitorizou a gravidez de forma incorreta.

Figura 10 Vigilância da Gravidez



A tabela 8 demonstra os vários mecanismos que desencadearam o trabalho de parto nas 76 parturientes que constituem a amostra em estudo. A maior parcela percentual, corresponde a 56,58% (n=43) do número total de mulheres, sendo que nesta situação o TP evoluiu devido à rutura espontânea da bolsa amniótica. Em 31,57% (n=24) dos casos, houve a necessidade de se aplicar um método de ITP, uma vez que o TP não se desencadeou de forma espontânea. No contexto clínico onde a estudante realizou o ENPRF as induções de TP são realizadas através de métodos farmacológicos, como: ocitocina, misoprostol e dinoprostona. Porém, existe a possibilidade de se aplicar um método mecânico para a ITP através de uma sonda Folley. Pode-se verificar também que 11,84% (n=9) das parturientes que constituem a amostra, iniciaram o TP de forma espontânea, sem necessitarem de outras intervenções associadas.

Tabela 8 Mecanismo Trabalho Parto

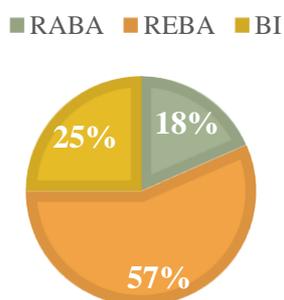
| Mecanismo Trabalho Parto | Frequência | Percentagem (%) |
|---------------------------|------------|-----------------|
| Espontâneo | 9 | 11,84 |
| Indução Trabalho de Parto | 24 | 31,57 |
| REBA | 43 | 56,58 |
| Total | 76 | 100 |

Rutura da Bolsa Amniótica e Duração do Trabalho de Parto

Procedeu-se à recolha de dados relativos à rutura/ integridade da bolsa amniótica, no subconjunto constituído pelas 76 parturientes. Pode-se constatar, através da figura 11, que na grande maioria dos casos analisados, a rutura da bolsa amniótica ocorre de forma espontânea, esta situação verificou-se em 43 (57%) mulheres inseridas na amostra. A rutura artificial da bolsa amniótica, ou seja, Amniotomia, é considerada uma prática interventiva neste contexto, correspondendo à parcela percentual mais baixa, tendo sido aplicada em 18% (n=14) das parturientes. Por fim, pode-se verificar que a

manutenção da integridade da bolsa amniótica é também uma medida promovida pelo EEESMO, esta foi aplicada em 25% (n=19) das utentes.

Figura 11 Frequência Rutura da Bolsa Amniótica



De acordo com o que está descrito na literatura existente sobre a temática amniotomia, verifica-se que esta técnica associada a outras intervenções possui benefícios, promovendo a evolução do TP, evitando a possibilidade de ocorrência de um TP prolongado. Porém, a aplicação desta prática isolada, é ainda muito discutível, não existindo evidência científica suficiente para a sustentar (Abdullah, Saboohi, & Hashami, 2010).

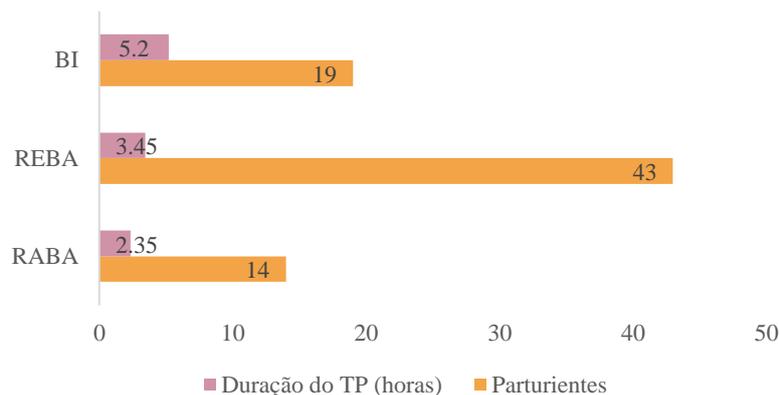
Segundo as recomendações emitidas pela OMS (2015), a amniotomia só deverá ser realizada com base em motivos clínicos, ou seja, este procedimento não deve ser aplicado por rotina de forma a promover a evolução de um TP considerado linear, devendo ser reservada para as situações em que o TP evolui de forma anormal e, que por esse motivo é necessário abreviá-lo.

Apesar de representar uma técnica aliciante para os EEESMO, de forma a minimizar a duração do TP, estes profissionais de saúde, têm presentes os riscos inerentes à realização deste procedimento: aumento da intervenção, alterações no bem-estar fetal, risco de prolapso do cordão umbilical e risco infeccioso. Ao serem prestados cuidados de enfermagem especializados com base na evidência científica existente, os EEESMO possuem uma postura mais conservadora, mantendo a integridade da BA ou aguardando que a mesma sofra uma rutura espontânea. Este fato pode ser justificado através da análise na figura 11, associando a maior percentagem de REBA e bolsa íntegra (BI) comparativamente com a baixa percentagem de RABA.

Os dados recolhidos através do instrumento utilizado no decorrer da prática clínica-Partograma (Anexo I), refletem que as 19 parturientes (25%), que mantiveram a bolsa amniótica íntegra até ao momento do parto, foram sujeitas a um TP com uma duração média de 5h20min, correspondendo aos trabalhos de partos mais duradouros em relação

às restantes parturientes que constituem a amostra. As utentes (n=43) em que a rutura da bolsa amniótica ocorreu de forma espontânea, tiveram um TP que demorou em média 3h45min, sendo que as parturientes (n=14) a quem foi realizada a amniotomia, tiveram um TP que demorou cerca de 2h35min, representando o grupo da amostra, com uma evolução do TP mais rápida (Figura 12).

Figura 12 Rutura Bolsa Amniótica vs Duração do TP



Tendo em conta o modo de recolha de dados, não pudemos extrapolar estes resultados para a população em geral, no entanto, os dados gráficos apresentados anteriormente, encontram-se sustentados com as bases teóricas descritas na literatura, revelando que a realização da amniotomia apresenta ser eficaz no encurtamento do TP, uma vez que com a saída de LA, existe a diminuição do volume intrauterino e consequentemente são estimuladas e posteriormente produzidas prostaglandinas que promovem a dilatação do colo do útero (Smyth, Aldred, & Markham, 2013).

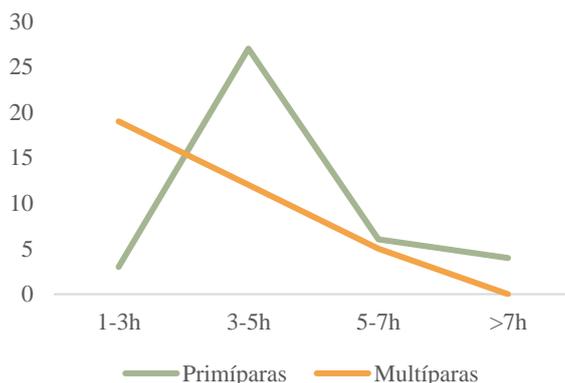
O estudo realizado por (Macones, Cahill, Stamilio, & Odibo, 2012) sustenta a ideia de que, quando a amniotomia é realizado de forma precoce ou tardia, ou seja, na fase latente ou na fase ativa do primeiro estágio de TP, diminui cerca de 2 horas a durabilidade do TP. Deste modo podemos verificar que as parturientes que apresentam REBA apresentam um TP com menos 1h35min, comparativamente com as parturientes que possuem BI. Sendo que as mulheres a quem lhes foi realizada a amniotomia, são igualmente detentoras de um TP mais curto, com cerca de 2h45min a menos, em relação às utentes que possuem BI.

A duração do TP não depende inteiramente da rutura da bolsa amniótica, existem outros fatores que influenciam a durabilidade do mesmo, como: paridade, idade materna, história obstétrica, mobilidade materna ao longo do TP, apresentação fetal e altura da apresentação fetal (plano). O que se verifica através dos dados colhidos no

contexto clínico é que no caso das 40 primíparas selecionadas no subconjunto da amostra, 67,5% (n=27) tiveram um TP com uma duração entre 3-5 horas. Sendo que no caso das mulheres multíparas (n=36) a situação é distinta, onde 52,78% (n=19) experienciam um TP com a duração de 1-3 horas (Figura 13).

Deste modo, podemos verificar que frequentemente as mulheres multíparas possuem trabalhos de partos menos duradouros comparativamente com as mulheres primíparas.

Figura 13 Duração do TP de acordo com a Paridade



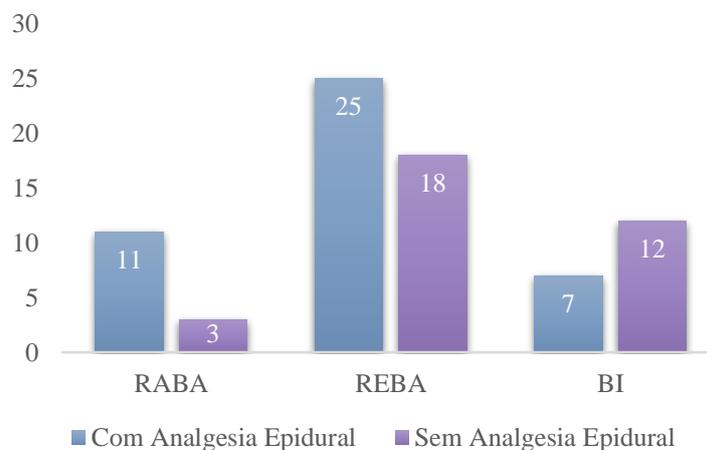
Rutura da Bolsa Amniótica e Analgesia Epidural

Epidural é como vulgarmente se denomina a técnica de inserção de um cateter na região lombar da coluna vertebral. Este cateter epidural passa entre duas vértebras lombares e entra no espaço epidural, que rodeia as fibras nervosas. Esta técnica bloqueia a condução nervosa na medula espinhal, a qual é responsável pela transmissão ao cérebro, dos estímulos dolorosos do útero e respetivo canal de parto. Este mesmo procedimento é considerado um método farmacológico para alívio da dor no decorrer do TP e é realizado por um médico Anestesiologista. A dosagem do medicamento administrado via epidural deve ser adequada às queixas referidas pela parturiente, de forma a gerir a administração de fármacos. A dosagem farmacológica nunca deve ser excessiva, permitindo que a mulher mantenha a sensibilidade dos membros inferiores, permitindo a mobilização dos mesmos. Assim sendo, torna-se possível a colaboração materna no período expulsivo, no momento do parto (Smith, Levett, Carmel T Collins, Ee, & Suganuma, 2018).

Segundo a WHO (Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018), a analgesia epidural corresponde ao método mais eficaz para alívio da dor no TP, aumentando, contudo, o risco de parto instrumentado. Tal como se encontra representado na figura 14, 43 (56,58%) das parturientes inseridas na amostra

selecionada, realizaram analgesia epidural, sendo que as restantes 33 (43,42%) optaram por outro tipo de analgesia. Torna-se importante analisar os dados recolhidos para verificar que, quando as parturientes possuem rutura da bolsa amniótica, independentemente de ser uma rutura espontânea ou artificial, a maior parte (63,16%, n=36) das parturientes opta por aderir ao método farmacológico para alívio da dor. Contrariamente ao que acontece às parturientes com BI, onde a maioria (63,16%, n=12) não pretende aderir à analgesia epidural, por opção própria ou pelo fato do TP ter evoluído de forma rápida, não sendo possível a realização do procedimento.

Figura 14 Frequência de Epidural em relação à Rutura da Bolsa Amniótica

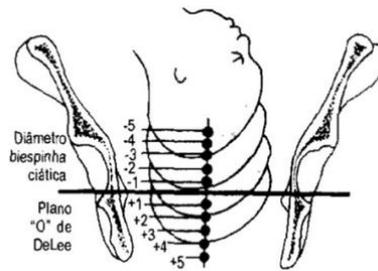


Amniotomia e Plano Apresentação Fetal

A terminologia estática fetal é utilizada para descrever a posição do feto na cavidade intrauterina. A apresentação fetal representa a região fetal que se encontra mais próxima da bacia materna, ou seja, a região do corpo fetal que irá ser exteriorizada primeiramente no momento do parto. A apresentação fetal mais comum é a cefálica, mas podendo também ser pélvica ou acromial. A insinuação fetal é outro aspeto importante a ter em consideração aquando da avaliação vaginal (toque vaginal) das parturientes, pois esta permite verificar a que altura se encontra a apresentação fetal em relação à bacia materna (Ghi, et al., 2009).

No decorrer do ENPRF, no contexto clínico BP, o acompanhamento e vigilância do TP das parturientes que constituem a amostra selecionada, era devidamente registado no instrumento, utilizado para colheita de dados, o partograma (Anexo I). Deste modo, torna-se possível verificar a progressão da apresentação fetal ao longo do TP, analisada com base nos Planos de Lee, tal como se encontra ilustrado na figura 15.

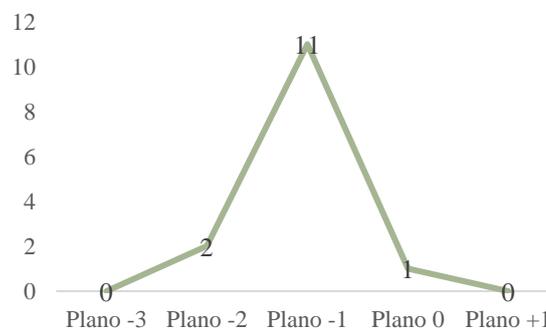
Figura 15 Planos de Lee



Fonte: <https://www.fetalmed.net/diagnostico-da-altura-e-da-variedade-da-apresentacao-do-polo-cefalico-fetal/>

Na figura 16 apresenta-se a aplicação da prática da amniotomia a 14 parturientes inseridas na amostra em estudo, verificando através da interpretação do gráfico que a execução desta técnica apenas foi realizada em situações onde a apresentação fetal se encontra no plano -2, plano -1 e plano 0. A amniotomia foi realizada maioritariamente quando a apresentação fetal se encontra no plano -1 em 78,57% (n=11) dos casos analisados. Em 14,29% (n=2) das situações, a amniotomia foi efetuada quando a apresentação fetal se encontra no plano -2, de acordo com os Planos de Lee. E por fim, a amniotomia foi realizada em 7,14% (n=1) dos casos, quando a apresentação fetal se encontra situada no plano 0, ou seja, a nível das espinhas isquiáticas da pelve materna.

Figura 16 Amniotomia em relação ao Plano Apresentação Fetal



Os EEESMO no contexto clínico em questão, possuem uma prática baseada na evidência científica e, por esse motivo e de acordo com as recomendações atribuídas pela (OMS, 2015), a realização da amniotomia apenas é realizada com base em motivos clínicos, nomeadamente, quando o TP não evolui de acordo com o esperado para aquela parturiente. Verificou-se que a amniotomia realizada às parturientes (n=14) em estudo, foi praticada quando a apresentação fetal já se encontrava apoiada no colo do útero, ou seja, no plano -2, no plano -1 e no plano 0. Assim conseguimos concluir que se manteve uma prática defensiva, de forma a minimizar os riscos associados à técnica.

A técnica e o intuito da mesma são explicados à parturiente, sujeita ao procedimento e, posteriormente é obtido o consentimento informado. De seguida, com recurso a uma técnica asséptica, são identificadas as membranas amnióticas, através do exame vaginal e posteriormente procede-se à rutura das mesmas com o auxílio de uma pinça Kocher. Para que a saída de LA seja gradual e não provoque uma descompressão abrupta a nível intrauterino, é mantida uma pressão constante no fundo do útero aquando do toque vaginal, de forma a auxiliar o apoio da apresentação fetal no colo do útero, evitando assim o risco de prolapso do cordão umbilical.

Após a execução da amniotomia, é fundamental o registo no partograma da hora da rutura da bolsa, das características do LA (quantidade, cor e odor) e da FCF imediatamente após o RABA. A FCF é considerada um parâmetro de extrema importância após a realização do procedimento, uma vez que a ocorrência de complicações como o prolapso ou a compressão do cordão umbilical e a infeção, normalmente são acompanhadas de alterações no traçado cardiotocográfico, revelando traçados não tranquilizadores, podendo assim detetar de imediato situações de sofrimento fetal e permitir uma atuação mais rápida e eficaz.

Existem situações em que se considera pertinente a realização do exame vaginal, como nas situações de dúvida da dilatação cervical ou quando o traçado cardiotocográfico possui alterações e é necessário despistar a presença de prolapso do cordão umbilical. Estas avaliações devem ser efetuadas quando estritamente necessárias e assegurando sempre a utilização de uma técnica asséptica, pois tendo em conta que existe uma rutura da bolsa amniótica, o risco de infeção materno-fetal aumenta significativamente (Amed, et al., 2003).

Amniotomia e Bem-Estar do Recém-Nascido

A rutura artificial da bolsa amniótica pode encurtar a duração do TP, porém este procedimento pode interferir nos processos fisiológicos normais do TP, promovendo alteração da FCF, aumentando o risco de prolapso do cordão umbilical e o risco infeccioso (Andres & Rankin, 2013).

O Índice de Apgar representa uma escala a partir da qual os profissionais de saúde fazem a primeira avaliação do RN, ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida, após o nascimento. Esta escala é utilizada para avaliar o grau de adaptação do RN à vida extrauterina, pontuando de 0-2, a avaliação da frequência cardíaca, respiração,

tonicidade muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele, como se encontra representado na figura 17 (Bellad, Kamal, & Rajeshwari, 2010).

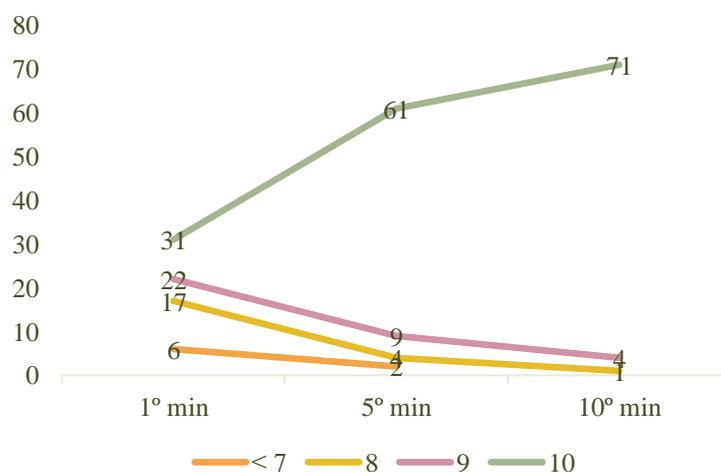
Figura 17 Índice de Apgar

| Índice de Apgar | | | |
|------------------------|--------------------------|--|-----------------------|
| Nota | 0 | 1 | 2 |
| Frequência Cardíaca | Ausente | Lenta <100 bpm | Normal >100 bpm |
| Esforço Respiratório | Ausente | Irregular (lento, choro fraco) | Regular (bom e forte) |
| Tônus Muscular | Flacidez total | Alguma flexão dos membros nas extremidades | Boa movimentação |
| Irritabilidade Reflexa | Ausente | Alguma reação (careta) | Choro, espirro |
| Cor | Cianose, palidez cutânea | Corpo róseo e extremidades cianóticas | Completamente rosa |

Fonte: <https://www.abcdnaenfermagem.com.br/o-que-e-apgar/>

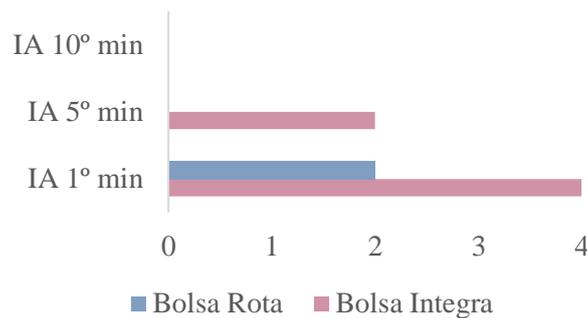
No contexto clínico BP, a mestranda teve oportunidade de realizar 44 partos e colaborar em 32 partos realizados por outros profissionais de saúde, a mesma acompanhou e vigiou continuamente o TP e o parto das 76 parturientes. Através da utilização do partograma, foi possível recolher os valores do IA estabelecidos aos recém-nascidos pertencentes à amostra em estudo, verificando através da análise da figura 18 que 7,90% (n=6) nasceram com um IA ≤ 7 no 1º min de vida extrauterina, 2,63% (n=2) mantiveram esse valor ao 5º min de vida e nenhum deles mantinha um IA ≤ 7 ao 10º min após o nascimento. Contrastando com a tendência anteriormente descrita, podemos verificar que 40,79% (n=31) nasceram com um IA de 10 ao 1º min de vida, 80,26% (n=61) possuem esse mesmo valor ao 5º min de vida e, 93,42% (n=71) detêm 10 pontos no IA ao 10º min de vida.

Figura 18 Índice de Apgar dos Recém-Nascidos



Após a interpretação gráfica da figura 18 e 19, podemos considerar que os valores percentuais de RN's com $IA \leq 7$ ao 1º, 5º e 10º minuto de vida são baixos (10,53%), comparados com a totalidade da amostra. Verifica-se também na figura 19 que a maioria dos recém-nascidos com $IA \leq 7$ no 1º e 5º minuto de vida, estão associados a situações de integridade da bolsa amniótica, por esse motivo considera-se que a realização da amniotomia não evidência qualquer alteração no bem-estar dos RN após o seu nascimento.

Figura 19 Índice de Apgar de Recém-Nascidos Score ≤ 7



Rutura da Bolsa Amniótica e Streptococcus do grupo B

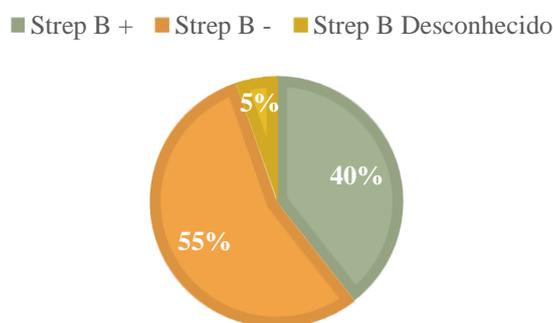
No decorrer do período gravídico, entre as 35 e as 37 semanas de gestação, é necessário a realização de um exame, que consiste na colheita, através de uma zaragatoa inserida na vagina e no ânus respetivamente, para detetar a presença e quantidade da bactéria *Streptococcus agalactiae* ou *Streptococcus beta hemolítico* do grupo B, mais vulgarmente denominada por *Streptococcus B*. Esta bactéria está naturalmente presente no trato gastrointestinal, urinário e no canal vaginal, sem causar qualquer tipo de sintomatologia (AnneSchuchat, 1999). Porém, a presença e colonização do *Streptococcus B* na vagina da mulher grávida, pode causar frequentemente infeções do trato urinário, corioamnionite, endometrite no período pós-parto e bacteriemia. Em relação ao RN, esta bactéria pode ser responsável por provocar uma infeção neonatal precoce (até aos 6 dias de vida) e, menos frequentemente, por infeção neonatal tardia (dos 7 aos 90 dias de vida).

A infeção neonatal precoce manifesta-se, em 90% os casos, nas primeiras 24 horas de vida do RN, principalmente sob a forma de sépsis e menos frequentemente sob a forma de pneumonia e meningite. A transmissão vertical da bactéria *Streptococcus B*, ocorre durante o TP ou após a rutura da bolsa amniótica. Este tipo de transmissão promove a infeção do feto in útero ou na passagem deste pelo canal de parto. Por esse motivo, no início do TP ou após a rutura da bolsa amniótica, existe indicação para

iniciar a administração de antibioterapia profilática às parturientes, de forma a tentar minimizar o risco de transmissão da bactéria *Streptococcus B* para o feto, no decorrer do TP (Pinheiro, Agro, Braga, & Almeida, 2013).

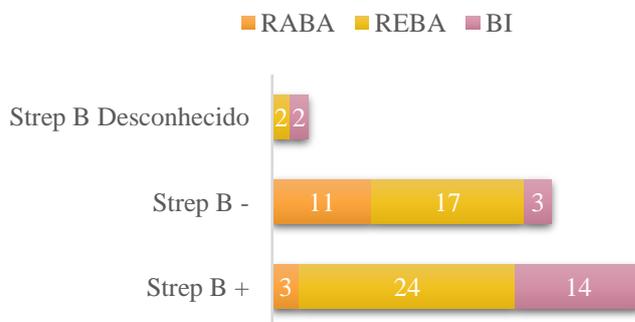
Na figura 20 está representada a presença, ausência e desconhecimento da bactéria *Streptococcus B* no subconjunto de parturientes em estudo. A maior parcela percentual, corresponde às mulheres grávidas que ao realizar o exame testaram negativo relativamente à presença da bactéria, refletindo-se em 55% (n=42) do número total de casos analisados. Sendo que 40% (n=30) das parturientes possuem a bactéria *Streptococcus B* e 5% (n=4) desconhecem a presença ou ausência da bactéria, por não terem realizado o exame.

Figura 20 Frequência *Streptococcus do grupo B*



De acordo com a análise da figura 21, podemos verificar a relação existente entre a rutura da bolsa amniótica e a presença da bactéria *Streptococcus B* nas parturientes sujeitas ao estudo. Pode-se constatar que a prática da amniotomia foi maioritariamente aplicada nas parturientes com *Streptococcus B* negativo, correspondendo a 26,19% (n=11) desse subconjunto. Sendo que em parturientes com *Streptococcus B* positivo, a realização da amniotomia foi muito reduzida, refletindo-se em 10% (n=3) dos casos.

Figura 21 Frequência Rutura da Bolsa Amniótica em relação ao *Streptococcus B*



Podemos afirmar, que foi aplicada uma prática preventiva, de forma a minimizar os possíveis riscos infecciosos para a mãe e para o bebê, evitando realizar uma rutura artificial da bolsa amniótica, de forma propositada, a parturientes com Streptococcus B positivo.

A partir dos resultados analisados, pode concluir-se que a duração do TP, aquando da realização da amniotomia diminui em cerca de 2 horas, tanto em parturientes primíparas como múltíparas. Porém, encontram-se sempre presentes os riscos inerentes à realização da técnica. A amniotomia pode acarretar alterações na FCF, este fator é facilmente detetado através da monitorização contínua cardiotocográfica. No entanto, perante a amostra de parturientes em estudo, não se verificou alteração no bem-estar dos recém-nascidos nos primeiros 10 minutos de vida extrauterina, tal foi verificado através do IA atribuído aos mesmos.

Não foram identificadas quaisquer situações de prolapso do cordão umbilical no subconjunto de parturientes a quem foi realizada a amniotomia, o mesmo se pode afirmar relativamente a casos de infeção neonatal precoce. De acordo com o que é sustentado pela literatura científica existente, a amniotomia deve ser reservada para parturientes que apresentem uma evolução anormal do TP, o que está de acordo as recomendações da OMS (2015). Assim sendo, perante o conhecimento disponibilizado atualmente, recomenda-se que haja o aprofundamento desta temática e que sejam disponibilizados aos profissionais de saúde para que estes consigam aplicar na sua prática clínica a melhor e mais atual evidência científica, sustentando a sua tomada de decisão, juntamente com a parturiente.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Segundo a OE, os cuidados de saúde na área da Enfermagem, assumem nos dias de hoje, uma maior importância e exigência técnica e científica, por esse motivo torna-se fundamental a diferenciação e a especialização dos Profissionais de Saúde. Esta entidade, define ainda Enfermeiro Especialista como “...aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. O perfil de competências especializadas do EEESMO é constituído pela associação entre as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas, esta visam promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e garantir assim, aos utentes, cuidados especializados, continuados e de qualidade (Diário da República, 2019).

Na atual seção, encontram-se descritas as intervenções, na prática clínica, realizadas pela mestrandia, que contribuiriam para o processo de mobilização de competências, de forma a atingir os objetivos anteriormente estabelecidos.

4.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Inicialmente é exigido ao Enfermeiro Especialista, a aquisição de um conjunto de competências comuns, que sustentam igualmente as restantes especialidades em enfermagem, onde, segundo a OE, são definidas como “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2019).

No processo de aquisição de competências a nível da especialização na área de Enfermagem e, de acordo com o Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro do ano 2019, descrevem-se de seguida as atividades realizadas para a aquisição das mesmas.

Para que o Enfermeiro consiga adquirir as competências específicas da sua área de especialização, é necessário conhecer os domínios que fazem parte integrante das competências comuns do Enfermeiro Especialistas, sendo eles:

A. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

- B. Melhoria Contínua da Qualidade
- C. Gestão dos Cuidados
- D. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Atividades: Na posição de estudante do MESMO, tornou-se fundamental a integração nos diversos contextos clínicos, no decorrer do ENPRF. A mestranda sentiu necessidade em integrar-se, não apenas, no seio da equipa de enfermagem, mas também no seio da equipa multidisciplinar. Existiu igualmente a necessidade de adquirir conhecimento relativo às dinâmicas dos serviços, consultando protocolos de enfermagem, de forma a sustentar a prática clínica, de acordo com a normatização de cada contexto clínico.

O ambiente que dá lugar á pratica de enfermagem, influencia os resultados esperados, tanto seja para os recetores dos cuidados de saúde como para os profissionais que os executam (Bricker & Luckas, Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index, 2002). A qualidade dos cuidados prestados aos utentes reflete-se na prestação de cuidados seguros e cuidados centrados no doente, promovendo sempre a individualidade do mesmo (Fragata, 2012). Os cuidados centrados na pessoa, podem ser demonstrados através da tomada de decisão compartilhada entre o utente e o profissional de saúde, bem como através do apoio à autogestão e comunicação eficaz. O cuidado centrado na pessoa não é atribuir-lhe o que ela pretende, mas sim considerar as preferências das pessoas como indivíduos e, trabalhar em conjunto com as mesmas, para desenvolver soluções apropriadas (Silva, 2014). Deste modo, ao longo do ENPRF, procurei em todos os momentos da prática clínica, prestar cuidados à mulher/casal/família, respeitando todas as suas tomadas de decisão, através da realização de ensinios, de forma que os intervenientes tivessem a possibilidade de tomar decisões autónomas, mas informadas. Perante o contato com as utentes, a mestranda fazia questão de se apresentar como estudante do mestrado, de forma que estas

pudessem escolher outro profissional de saúde para a prestação de cuidados especializados, se assim fosse a sua preferência.

A supervisão clínica em Enfermagem é fundamental para assegurar um suporte efetivo na relação supervisiva, garantindo assim a qualidade no processo de ensino-aprendizagem, possibilitando a aquisição de competências pessoais e profissionais, essenciais para a construção crítico-reflexiva e consolidação da identidade profissional. A aquisição de competências promove a qualidade e segurança dos cuidados prestados, visando a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018). Por esse motivo, a mestranda foi continuamente supervisionada pela Enfermeira Orientadora, em cada contexto clínico, aquando da prestação de cuidados, minimizando a probabilidade de ocorrência de erros, promovendo a segurança das utentes.

No serviço de Obstetrícia Puerpério, a mestranda realizou uma formação em serviço a cerca da “Segurança do Doente em Obstetrícia” (Apêndice C), tendo por base as recomendações emitidas pela OMS, através do “Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros” (Anexo II). Este exercício contribuiu para aprofundar conhecimentos na temática em questão e transmitir a importância da mesma à restante equipa de enfermagem (OMS, 2017).

O sigilo profissional é um dos princípios básicos da profissão, este foi constantemente mantido pela mestranda, tanto no exercício profissional como na elaboração dos trabalhos escritos, mantendo sempre o anonimato das utentes sujeitas ao estudo. Na realização do estudo de caso “Gravidez Ectópica” (Apêndice B), no âmbito do estágio de Ginecologia, foi solicitada a permissão da utente para a colheita de dados e posterior elaboração do trabalho, esta manifestou-se concordante.

Competência A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Atividades: A responsabilidade profissional do EEESMO encontra-se inteiramente descrita no Regulamento nº391/2019, publicado em Diário da República a 3 de maio.

Ao longo de todos os contextos clínicos, a mestranda demonstrou uma constante consideração pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais. No decorrer da prestação de cuidados, manteve sempre o devido respeito pelas diferentes

crenças e valores culturais da mulher/família, com diferentes etnias e nacionalidades. As práticas cuidativas refletiram uma atuação constante baseada na compreensão das diferentes decisões e vontades por parte das utentes, adequando os cuidados prestados aos seus desejos e vontades, tendo sempre em consideração a segurança, dignidade e privacidade de cada indivíduo.

A comunicação considera eficaz, permite a satisfação do utente e, conseqüentemente a maior adesão aos cuidados de saúde, com resultados favoráveis, quando o método comunicativo é adequado às capacidades cognitivas, ao nível cultural, educacional e às crenças e valores de cada pessoa (Wittenberg-Lyles, Goldsmith, Richardson, Hallett, & Clark, 2013). Em termos práticos, foram vários os momentos em que a mestranda se deparou com mulheres provenientes da Índia, Bangladesh, Nepal e Roménia, sendo que estas apenas conseguiram comunicar através da sua língua materna. A barreira linguística foi considerada um fator problemático ao longo da prestação de cuidados, uma vez que impedia o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre o prestador de cuidados e o recetor dos mesmos. Nestas situações específicas recorria-se ao apoio do acompanhante, que frequentemente falava a língua inglesa e, deste modo, conseguia-se estabelecer uma comunicação eficaz com a utente, por intermédio do companheiro.

B. Melhoria Contínua da Qualidade

Competência B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Competência B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Atividades: A qualidade na área da saúde é considerada uma prioridade, esta contribui para: a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, para a equidade e respeito com que estes cuidados são prestados. Segundo a DGS (2015), a qualidade em saúde consiste na prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional de excelência, tendo em consideração os recursos humanos e

materiais disponíveis, conseguindo conseqüentemente a adesão e satisfação dos utentes, pois estes cuidados são igualmente adequados às necessidades de cada individuo.

De acordo com OMS (2020), a nível das instituições de saúde deve haver uma contínua procura pela melhoria da qualidade dos cuidados, de forma a que estes possam ser efetivos e promover segurança aos utentes, para que a aplicação dos recursos disponíveis seja realizada de forma eficiente, para que a prestação de cuidados seja equitativa, para que os cuidados sejam prestados de forma oportuna e de modo a que a prestação dos cuidados satisfaça os utentes e corresponda às necessidades e expetativas dos mesmos.

No decorrer do ENPRF, no serviço de Obstetrícia Puerpério, tornou-se possível a participação da mestranda na formação em serviço, na qualidade de formadora. A elaboração deste exercício foi acompanhada pela Supervisora Clínica e pela Professora Orientadora, sendo que o tema da formação correspondia à “Segurança do Doente em Obstetrícia” (Apêndice C). Tornou-se bastante pertinente a elaboração deste trabalho, uma vez que contribuiu para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos, que auxiliaram a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista. A apresentação oral foi realizada em contexto de estágio, presencialmente para toda a equipa de enfermagem que constitui o serviço.

A mestranda assistiu à concretização de formações realizadas no CH no âmbito do estágio de Bloco de Partos. As temáticas das sessões formativas eram: Anestesia Geral para Parto por Cesariana; Anestesia Locoregional para Parto por Cesariana; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - O compromisso no processo. No período em que se realizou o estágio no contexto clínico Obstetrícia Puerpério, houve igualmente oportunidade da mestranda participar nas formações em serviço, na qualidade de formanda, eram estas: Segundas Jornadas de Enfermagem-Liderar, formar e inovar; Separação zero e contato pele-a-pele logo após o nascimento. A formação contínua na área de Enfermagem, é composta pela formação em serviço e pela formação complementar, sendo estes dois princípios que sustentam o crescimento e desenvolvimentos pessoal e profissional do Enfermeiro, permitindo que este preste cuidados de enfermagem de acordo com as melhores e mais inovadoras práticas e conhecimento científico (Chicória, 2013). As experiências anteriormente descritas, contribuem para o processo de aprendizagem da estudante, uma vez que a formação em serviço, é parte integrante da formação contínua, que resulta no reforçar de

conhecimentos base e aquisição de novos conhecimentos, de forma a melhorar as práticas do cuidar, no contexto do local de trabalho.

Competência B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Atividades: Ao longo da aplicação dos cuidados de enfermagem especializados, no decorrer do ENPRF, tornou-se possível colocar em prática as competências comuns do enfermeiro especialista, de forma a garantir a promoção de um ambiente seguro e terapêutico. O enfermeiro possui a importante função de identificação de situações de riscos, no decorrer da sua prática clínica, bem como a análise, proposta e aplicação de soluções para a resolução dos problemas por ele detetados. O enfermeiro tem o dever de prestar cuidados de saúde de excelência, promovendo constantemente a segurança do utente, realizando a gestão de um ambiente seguro e terapêutico, através do controlo de riscos que ameaçam a capacidade profissional, proporcionando conseqüentemente a qualidade dos cuidados (OE, 2006). De forma a exemplificar esta situação, pode-se descrever a situação em que as parturientes se encontram na sala de partos, sem alívio da dor. Esta condicionante faz com que as mulheres se encontrem descontroladas física e psicologicamente, revelando comportamentos descontrolados, que podem provocar alteração no bem-estar físico e emocional da própria, do RN e do profissional de saúde. Por este motivo, a mestranda adaptou a sua prática, de forma a promover um ambiente seguro, através do alívio da dor com recurso a métodos farmacológicos, diminuição da luminosidade do ambiente onde a parturiente se insere, promoveu a presença de uma pessoa significativa para a mesma na sala de partos, regulou a temperatura ambiental e colocou música ambiente de acordo com a preferência da parturiente.

Estas situações acontecem recorrentemente, devido a fatores de stress inerentes ao processo que constitui o TP. As diferenças culturais promovem conseqüentemente diferentes reações e atitudes por parte das parturientes, uma vez que ao possuírem diferentes crenças e valores, irão também ter diferentes vontades e desejos, aos quais o profissional de saúde tem que adequar a sua prática.

C. Gestão dos Cuidados

Competência C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Atividades: O exercício profissional do enfermeiro insere-se num contexto de atuação multiprofissional. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela OE, as intervenções de enfermagem podem ser classificadas de duas formas distintas, as autónomas (intervenções iniciadas pela prescrição do enfermeiro) e as interdependentes (intervenções iniciadas pela prescrição de outro profissional de saúde) (OE, 2011). Ao longo dos contextos clínicos onde se realizou o ENPRF, verificou-se o estabelecimento da articulação entre os vários elementos que constituem a equipa multidisciplinar. Cada categoria profissional, constituinte da equipa, possui competências e funções distintas, sendo que todos os membros trabalham em equipa para atingir um objetivo comum, promover os melhores cuidados na assistência à mulher/casal/família.

A comunicação considerada eficaz no seio da equipa multidisciplinar, deve ser precisa, completa, objetiva, oportuna e compreendida por todos os profissionais, deste modo, minimiza-se a ocorrência de erros e promove-se a segurança do utente (OE, 2011).

A competência anteriormente descrita é considerada de extrema importância para a prática profissional do EEESMO, como exemplo prático, pode-se expor a situação de referência dos pais para o “Cantinho de Amamentação”, no serviço de Obstetrícia Puerpério. Este encaminhamento torna-se fundamental, para que a família continue a obter auxílio relativamente ao processo de amamentação, após o momento da alta clínica. Deste modo, se pode exemplificar a gestão dos cuidados de enfermagem, de forma a promover a qualidade e segurança da mulher/família.

Outro momento demonstrativo da gestão realizada pelo Enfermeiro Especialista, refere-se à vigilância do TP de parturientes que se encontrem internadas em sala de partos. De acordo com as competências específicas inerentes à especialidade de SMO, emitidas pela OE, a assistência na gravidez de baixo risco é assumida pelo EEESMO. Caso ocorra algum desvio do padrão de normalidade no decorrer do TP, o EEESMO tem competência para identificar a situação e, posteriormente pedir a colaboração e

encaminhar a situação para outros profissionais de saúde habilitados à resolução do problema.

Competência C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Atividades: A experiência clínica da mestranda, revelou uma reflexão acerca desta competência. Ao realizar o ENPRF em diversos contextos clínicos, verificou-se que a gestão dos recursos é fundamental para garantir a continuidade e qualidades dos cuidados de saúde prestados. Existem vários modelos de gestão de cuidados, de forma a auxiliar a gestão dos recursos disponíveis (Costa, 2004). Nas unidades de cuidados onde a mestranda realizou o estágio, verificou-se a existência do modelo de cuidados de enfermagem individual, modelo de cuidados de enfermagem funcional e modelo de cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável. O método individual é aplicado no contexto clínico Bloco de Partos, onde um EEESMO é responsável pela prestação de cuidados de enfermagem especializados globais, a parturientes que se encontrem em TP. As práticas aplicadas pelo profissional recaem sobre a sua responsabilidade, estando este encarregue pela organização e execução dos mesmos. O método funcional consiste na organização do trabalho através de tarefas, no qual cada enfermeiro é responsável por concretizar tarefas específicas, sendo estas padronizadas e definidas previamente quanto à sua execução. Este método de gestão de cuidados é verificado a nível do BO, onde se realizam as cesarianas e na Admissão da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia. O método por enfermeiro responsável, está presente nos serviços de internamento, como no serviço de Ginecologia e no serviço de Obstetrícia, onde um enfermeiro possui um determinado número de utentes a seu cargo, sendo este responsável pela prestação geral de cuidados de enfermagem a todos os utentes que lhe estão distribuídos, durante um determinado período de tempo.

D. Desenvolvimentos das Aprendizagens Profissionais

Competência D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento

de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Competência D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Atividades: No decorrer do ENPRF surgiram momentos em que foi necessário adquirir e aprofundar o autoconhecimento, de forma a conseguir justificar todas as práticas executadas. Perante o constante investimento no processo de aprendizagem, por parte da estudante, tornou-se possível a execução de cuidados de saúde especializados com base na evidência científica, sendo este fator verificado e validado pelos supervisores clínicos.

Na área da SMO, deparamo-nos facilmente com situações de difícil resolução, uma vez que interferem com a capacidade emocional do estudante em estágio. Esta dificuldade teve que ser solucionada e ultrapassada, de forma que a mestranda conseguisse demonstrar a sua capacidade de agir e de decidir, perante os supervisores clínicos, para que estes pudessem depositar em si, confiança e autonomia em relação à prestação de cuidados.

Ao longo da atual formação académica, foi necessário investir e desenvolver conhecimentos relativamente a métodos de investigação, para que fosse possível a realização do estudo de caso “Gravidez Ectópica” (Apêndice B), a formação em serviço denominada de “Segurança do Doente em Obstetrícia” (Apêndice C) e a revisão narrativa da literatura. Foi necessário o recurso a bases de dados fidedignas, de forma a obter o melhor e mais recente conhecimento científico, que possibilita a prática baseada na evidência.

4.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As competências específicas referentes à área de especialização de SMO, refletem o a prática dos profissionais nos diversos contextos clínicos, tanto a nível dos cuidados de saúde primários como a nível de cuidados de saúde prestados em ambiente hospitalar.

Segundo a OE, as competências específicas do Enfermeiro Especialista são “... competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos

problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Diário da República, 2019).

No decorrer do processo de aquisição de competências a nível da especialização na área de Enfermagem e, de acordo com o Regulamento nº391/2019 de 3 de maio, descrevem-se de seguida as atividades realizadas para a aquisição das mesmas.

Competência 1: Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Atividades: O planeamento familiar representa uma componente fundamental na prestação de cuidados de saúde na área da saúde sexual e reprodutiva. Este conceito refere-se a um conjunto de medidas, que possibilitam às pessoas/casal, planear a conceção, ou seja, programar os números desejados de filhos, no período de tempo que assim o desejam e delinear igualmente o espaçamento entre nascimentos. O PF abrange o aconselhamento e transmissão de informação relativa à saúde sexual e reprodutiva, consistindo num direito que assiste todos os indivíduos. Assim, pode considerar-se que o PF tem como objetivos: promover uma vivência sexual agradável e segura; promover uma parentalidade saudável; prevenir gravidezes indesejadas; reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade materna, perinatal e infantil; reduzir os números de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis [IST] (APF, 2022). De acordo com o Artigo 4º, Lei 3/84 publicada em Diário da República no ano 1984, o PF promove ações como: aconselhamento genético e conjugal, informações e atribuição de métodos contraceptivos e meios de contraceção, tratamento da infertilidade, prevenção de IST e rastreio do cancro genital.

No âmbito do estágio realizado na Consulta Externa, a mestranda, teve oportunidade de assistir a consultas médicas de Patologia do Colo do Útero. As mulheres em idade fértil e no período de climatério, frequentam esta consulta de forma a vigiar e monitorizar a sua saúde ginecológica, uma vez que foram sujeitas a tratamentos devido a lesões no colo do útero, maioritariamente causadas pelo Papiloma vírus Humano (HPV).

Segundo dados estatísticos analisados, pode-se verificar que no ano de 1971 a taxa de natalidade em Portugal correspondia a 20,97%, sendo que no ano de 2021, a taxa corresponde a 7,7%, confirmando-se uma descida de 13,27% nas últimas cinco décadas (Pordata, 2021). Este acentuado declínio deve-se ao aumento da adesão aos serviços de saúde na área do PF, demonstrando que os casais da atualidade possuem uma preocupação acrescida relativamente à gestão do seu futuro reprodutivo, aumentando consequentemente a utilização de métodos que regulam a fertilidade.

Durante o período de aprendizagem, a mestranda teve possibilidade de refletir acerca da competência em questão, uma vez que surgiram várias oportunidades de aplicar na prática clínica, nos diversos contextos. Na Consulta Externa do CH, foi possível realizar consultas de enfermagem de revisão pós-parto e colaborar nas consultas médicas de IVG, existindo a oportunidade da mestranda: facultar métodos contraceptivos e supervisionar a sua utilização; fornecer informação sobre métodos contraceptivos adequados a adultos e adolescentes; identificar problemas relacionados com a vivência da sexualidade, encaminhando as situações que estão para além da sua área de atuação; informar e orientar sobre os recursos disponíveis na comunidade no âmbito do PF e preconcepcional. As ações anteriormente descritas, foram igualmente colocadas em prática no serviço de Obstetrícia Puerpério, onde no momento da alta clínica, se alerta a puérpera/casal para a importância da utilização dos métodos contraceptivos, adequando o método ao estilo de vida da mulher, evitando o surgimento de gravidezes indesejadas. Ao longo destes momentos de aprendizagem, foi possível o contato com os diversos métodos contraceptivos existentes.

Na grande maioria das situações verificadas, o PF e controlo da função sexual e reprodutiva é uma responsabilidade exclusivamente feminina. Grande parte dos métodos contraceptivos são aplicados à mulher, o que implica um acompanhamento, vigilância e medicalização constante de um dos membros que constituem o casal. Ambos são considerados responsáveis pelo controlo da sua vida sexual, mas o PF é centralizado na figura feminina. Esta é que recorrentemente procura os cuidados de saúde e faz a escolha do método, assumindo a responsabilidade pela decisão da quantidade de filhos que pretende ter (Santos & Freitas, 2011). Tal acontecimento foi verificado no decorrer da prática clínica e, por esse motivo, a mestranda tentou quebrar essa desproporção, tomando medidas que englobassem o acompanhante na decisão do método contraceptivo, fazendo com que este pudesse estar igualmente informado e capacitado para proceder à escolha, promovendo uma decisão comum, enquanto casal.

Assim, pode-se concluir que é de extrema importância a constante atualização da informação detida pelos profissionais de saúde, fazendo com que estes prestem cuidados de qualidade a nível da saúde sexual e reprodutiva, promovendo a segurança dos casais/famílias (Consenso sobre Contraceção, 2020).

Competência 2: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Atividades: A mulher grávida, ao gerar um novo indivíduo, tem que se adaptar a uma nova situação, ser mãe, sofrendo modificações fisiológicas e emocionais, parte constituinte do processo adaptativo à gravidez, que termina aquando do nascimento de um ou mais recém-nascidos. Ao longo do tempo, tem-se verificado um aumento da efetividade e qualidade dos cuidados de saúde prestados no decorrer da vigilância pré-natal e neonatal, existindo um aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde durante o período preconcecional, ao longo da gravidez, no momento do parto e no pós-parto, que fez com que a morbimortalidade materna e fetal diminuísse drasticamente.

Em Portugal, a vigilância da gravidez de baixo risco pode ser seguida a nível dos Cuidados de Saúde Primários, enquanto as gravidezes consideradas de riscos, possuem critérios para acompanhamento a nível hospitalar, nas Consultas Externas. A DGS implementou o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, de forma a nortear a intervenção do EEESMO. Este programa tem como intuito promover a saúde da população, desde o início do ciclo de vida (DGS, 2015).

A mestranda teve oportunidade de colocar em prática esta competência, no estágio realizado na Consulta Externa do CH, que permitiu a prestação de cuidados especializados supervisionados, na consulta de MMF e consulta de DPN. A consulta de MMF tem com principal objetivo promover a saúde materno-fetal, realizando um acompanhamento rigoroso ao longo da gravidez de forma a minimizar riscos, diagnosticar e tratar precocemente possíveis complicações durante a gestação. A Consulta de DPN inclui um conjunto de procedimentos que são realizados com o intuito de detetar precocemente anomalias congénitas no embrião ou feto. Os procedimentos invasivos realizados na consulta de DPN são a Amniocentese e a Biópsia das

Vilosidades Coriônicas, sendo que a estudante teve oportunidade de participar na realização destas técnicas, no decorrer do ENPRF.

Nos dois departamentos anteriormente descritos, tornou-se possível desenvolver competências como: informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis durante a gravidez; monitorizar a gravidez; informar e orientar a grávida a cerca de sinais e sintomas de risco; identificar e monitorizar a saúde materno-fetal, através dos meios clínicos apropriados; informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez; promover a elaboração de um plano de parto, aconselhando e apoiando a mulher na decisão; identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica realizando a referenciação das situações que estão para além da área de atuação do EEESMO.

A possível carência de serviços de saúde relacionada com o PF e o consequente déficit de informação, faz aumentar a probabilidade de ocorrência de uma gravidez indesejada (OMS, 2015). Frequentemente, esse acontecimento leva a que as mulheres recorram à realização de um aborto induzido, vulgarmente denominado de IVG. Este é um procedimento médico, seguro, utilizado para interromper a gestação, através de um método medicamentoso e que segundo a legislação nº 16/2007, poderá ser efetuada até às 10 semanas de gravidez, calculadas a partir da data da última menstruação (DUM). O protocolo medicamentoso faz parte das recomendações emitidas pela DGS (Interrupção Medicamentosa da Gravidez, 2007). Esta medida trouxe benefícios para a saúde, na medida em que houve uma diminuição do número de casos de aborto clandestino. As mulheres /casais que pretendem ser sujeitos a este procedimento, podem dirigir-se ao Centro de Saúde ou à Consulta Externa, onde encontram uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, que lhes poderão prestar todo o apoio necessário. O fato da mestranda ter assistido à consulta de IVG em ambiente hospitalar, permitiu a aquisição de competências, tais como: promoção da decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, garantindo a informação e orientação para os recursos disponíveis na comunidade; identificação e monitorização do processo de abortamento; conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções, com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto; identificação de complicações pós -aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; transmitir informação e orientação à mulher sobre sexualidade no período pós-aborto.

No decorrer do ENPRF, a aluna realizou 197 exames pré-natais e vigiou 236 gravidezes consideradas de risco (Apêndice G).

Competência 3: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

Atividades: O TP possui vários estádios e, torna-se fundamental a compreensão específica de cada um deles, de forma a manter a vigilância e monitorização do TP de forma correta e eficaz. Estipular o início da Fase Ativa do 1º estágio do TP tem sido um aspeto bastante controverso, uma vez que existem vários autores com definições distintas.

Friedman (1981), foi o primeiro criador de conteúdo científico, que promoveu conhecimento obstétrico aos profissionais de saúde na área da SMO. Realizou um estudo onde tentava perceber quanto tempo, em média, uma mulher em TP levava para que o colo do útero, dilatasse cerca de 1 cm. De forma a tentar perceber este acontecimento, realizou um gráfico que representa a “*Friedman labour curve*”, onde se percebe que o autor assume a Fase Latente do TP dos 0-4 cm de dilatação cervical, onde o colo uterino demorou 8,6 horas para atingir a dilatação de 4 cm. Posteriormente, a Fase Ativa do TP é definida entre os 4-10 cm de dilatação, que corresponde à fase mais rápida no que toca à evolução do TP, durando em média cerca de 5 horas. Como o TP parecia evoluir mais rapidamente a partir dos 4 cm de dilatação, Friedman assumiu por isso que esta seria a Fase Ativa. Quando a dilatação atinge os 9 cm, existe uma ligeira desaceleração detetada na FCF, até atingir os 10 cm, sendo que o mesmo autor, ainda admite que a mulher em TP, poderá estar em média 1 hora a realizar esforços expulsivos até se concretizar o nascimento.

De acordo com orientações mais atualizadas, (Rhoades & Cahill, 2017) consideram que a Fase Latente se estabelece entre os 0-6 cm de dilatação cervical, enquanto a Fase Ativa apenas se inicia quando a parturiente apresenta 6 cm de dilatação, progredindo até aos 10 cm. Estes autores, consideram que, a duração da Fase Latente, comparada com a teoria defendida por Friedman, é mais prolongada, demorando mais tempo para que o colo do útero atinja os 6 cm de dilatação. Porém, também contrariam o autor mais antigo, no sentido em que assumem que a Fase Ativa do TP progride mais rapidamente,

relativamente à ideia defendida por Friedman. Na curva de TP mais atualizada, os autores Rhoades e Cahill (2017) não manifestam a existência de alterações a nível da FCF na fase final do TP.

O documento “*Positive Birth*”, foi elaborado pela OMS e, estabelece o início da Fase Ativa do TP a partir do momento em que a parturiente manifesta contrações regulares, dolorosas e possua uma dilatação cervical de 5 cm (WHO, Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018). Assim sendo, verifica-se que não existe um consenso comum entre autores para o estabelecimento concreto, relativamente ao início da Fase Ativa do TP.

No decorrer dos vários períodos de estágio em Bloco de Partos, a mestranda conseguiu desenvolver atividades que possibilitaram a aquisição da competência descrita, tais como: implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos; implementar e avaliar intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos; implementar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor; identificar e monitorizar o trabalho de parto; identificar e monitorizar o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; identificar e monitorizar desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto; implementar intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto; avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

Ao longo do contexto clínico Bloco de Partos, a estudante teve oportunidade de adquirir conhecimentos e experienciar a sua prática. Realizou 197 exames pré-natais, executou 44 partos eutócicos, nos quais em 12 aplicou a prática de episiotomia e procedeu 29 vezes à perineorrafia. Participou ativamente num parto pélvico e num parto gemelar e, colaborou em 30 partos realizados por outros profissionais de saúde. Também procedeu à vigilância de 139 mulheres em trabalho de parto com gravidez considerada de risco (Apêndice G).

Competência 4: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Atividades: O Puerpério é o período que se inicia imediatamente após o momento da dequitação, correspondendo a 6 semanas, ou 42 dias após o parto, este é considerado o período de recuperação psicológica e física da mulher, onde se inicia a retorno dos órgãos reprodutores ao seu estado normal. O puerpério é dividido em três fases distintas: Puerpério Imediato - correspondente às duas primeiras 2 horas após o parto; Puerpério Precoce - até ao 10º dia pós-parto; Puerpério Tardio - que se estende até ao 42º dia após o parto (DGS, Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, 2015).

O Puerpério é uma experiência única na vida de uma mulher, pois em nenhuma outra fase da vida, ocorrem modificações físicas e emocionais tão exacerbatantes num curto espaço de tempo. O organismo materno, tem a capacidade de ir recuperando de todas as alterações ocorridas durante o período gestacional, até voltar ao normal, considerando a normalidade a fase pré-concepcional.

O período puerperal é caracterizado por imensas alterações na vida da mulher/casal, incluindo a adaptação ao papel parental e às relações familiares, estes aspetos, associados à recuperação física, emocional e às necessidades do recém-nascido, fazem com que este período corresponda a uma fase de grande vulnerabilidade a alterações no estado de saúde da mulher (DGS, 2005).

Nesta etapa torna-se fundamental avaliar constantemente o estado de saúde da mulher e do RN, bem como a adaptação da tríade ao seu novo papel, o papel parental. O aleitamento materno é um fator promotor do bem-estar materno-infantil, favorecendo a vinculação mãe-bebé, diminuindo o risco de hemorragia pós-parto, de depressão pós-parto, bem como de cancro nos diversos órgãos do aparelho reprodutor feminino (DGS, 2015).

No contexto clínico Obstetrícia Puerpério, foi possível desenvolver atividades que permitiram à mestranda a aquisição desta competência: realização do exame físico da puérpera e do RN; informar a mãe/casal relativamente aos sinais e sintoma de alarme do RN; capacitar o casal para a prestação de cuidados ao RN; prestação de auxílio no processo de amamentação; promoção do aleitamento materno; identificação de

complicações pós-parto; referência e encaminhamento de mulheres/casais com desvios da adaptação à parentalidade, situações essas que se encontram para além da área de atuação; promoção da adaptação ao período puerperal; prestação de cuidados a puérperas e recém-nascidos com patologia associada.

No contexto clínico Obstetrícia Puerpério, a aluna teve oportunidade de prestar cuidados a 24 puérperas de risco, 102 puérperas saudáveis, 100 recém-nascidos saudáveis e 27 recém-nascidos com risco associado (Apêndice G).

No contexto clínico Neonatologia, foi realizado um breve estágio de observação, onde a estudante teve possibilidade de visualizar os cuidados prestados a 4 recém-nascidos categorizados de risco (Apêndice G). A aluna considerou de extrema importância a oportunidade de realização deste estágio, uma vez que se considera fundamental perceber quais as necessidades dos recém-nascidos prematuros (RNP) e, os cuidados de enfermagem prestados, de acordo com a situação clínica do neonato. Contudo, verificou-se que as práticas cuidativas são centradas no desenvolvimento do RN, promovendo o seu neuro desenvolvimento e, paralelamente capacitando a família para a prestação de cuidados direcionados de acordo com as necessidades da criança.

No decorrer deste estágio percebeu-se a real importância do investimento na saúde de um RNP, que é feita através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, promoção do crescimento e desenvolvimento, bem como da criação de oportunidades geradoras de novas competências. Os cuidados de enfermagem prestados aos neonatos, observados pela aluna, encontravam-se na base da proximidade, parceria, conforto e abordagem holística do RNP e da sua família.

Competência 5: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Competência 6: Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

Descritivo: Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Atividades: O climatério reflete-se na etapa de vida da mulher caracterizada pela transição entre o período reprodutivo e a incapacidade reprodutiva, pois ao longo do

tempo, existe um declínio progressivo da função ovárica, possuindo o seu término um ano depois de se estabelecer a menopausa. O climatério está associado a um conjunto de sinais e sintomas característicos desta transição hormonal, denominados de “síndrome climatérica”, são estes: irregularidades menstruais, afrontamentos, sudorese noturna, alterações do humor, alterações no padrão normal do sono (Fatela, et al., 2021). A transição para a menopausa, corresponde ao período de tempo em que se iniciam as irregularidades menstruais e termina com a última menstruação. Designando-se de perimenopausa o período de tempo entre a transição para a menopausa e o primeiro ano após o surgimento da mesma (Oliveira, et al., 2016).

No estágio realizado no serviço de Ginecologia do CH, houve oportunidade de prestar cuidados especializados, supervisionados, a diversas mulheres em idade fértil e em fase de climatério. As utentes, estando internadas no serviço, tinha-lhes sido diagnosticada uma patologia do foro ginecológico, podendo ou não ter indicação cirúrgica associada ao tratamento da enfermidade. A estudante teve contato com 106 mulheres com afeções ginecológicas, tal encontra-se descrito no (Apêndice G). Durante o decorrer do estágio, tornou-se possível a prestação de cuidados pré e pós-operatórios, a mulheres submetidas a intervenção cirúrgica, como: mastectomia (parcial, total e radical), histerectomia (parcial e total) através da via laparoscópica ou laparotômica, salpingectomia por meio de laparoscopia ou laparotomia, ooforectomia via laparoscópica ou laparotômica, tumorectomia e vulvectomia radical.

Foram igualmente prestados cuidados de enfermagem a utentes com diagnósticos de: gravidez ectópica tubárica, doença inflamatória pélvica (DIP) e abortos com idade gestacional inferior a 18 semanas. Foi neste contexto clínico, que foi realizado um estudo de caso a cerca da “Gravidez Ectópica” (Apêndice B), de forma a adquirir e aprofundar conhecimentos, realizando uma ampla pesquisa sobre a temática em estudo.

Durante o período de aprendizagem no contexto Ginecologia, tornou-se possível a presença da mestrandia em algumas cirurgias da área ginecológica, estas intervenções cirúrgicas decorreram no Bloco Operatório Central do CH. Esta assistiu a três cirurgias em que as utentes foram sujeitas a castrações cirúrgicas após mastectomias anteriormente realizada e uma doente a que foi realizada uma mastectomia total, com biópsia do gânglio sentinela e colocação de expansor.

Deste modo, foram desenvolvidas competências específicas do EEESMO no que se refere ao acompanhamento da mulher em fase de tratamento de afeções do aparelho

gênito-urinário e/ou mama, bem como implementar e avaliar intervenções à mulher em tratamento de afeções gênito-urinário e/ou mama.

Competência 7: Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Descritivo: Cuida o grupo -alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Atividades: A educação para a saúde é considerando um processo educativo a partir do qual se pretende promover a autonomia da população alvo, capacitando os indivíduos de forma que estes possam, juntamente com os profissionais de saúde, adquirir conhecimento apropriado e fidedigno. Esta prática requer a participação dos Enfermeiros, que em cooperação com os utentes, partilham saberes, permitindo que a população consiga tomar decisões devidamente informadas.

O planeamento familiar tem a função de proporcionar meios educacionais onde homens e mulheres em idade fértil, possam exercer os seus direitos em relação à conceção e contraceção, permitindo ainda a disponibilização de meios, métodos e técnicas de regulação da fertilidade (Bezerra, 2018).

Na prática clínica, foi maioritariamente na Consulta Externa e no serviço Obstetrícia Puerpério que foram aplicadas intervenções de educação para a saúde a mulheres/casais que se encontram em idade fértil. A informação transmitida a cerca de comportamentos saudáveis em relação à saúde sexual e reprodutiva e esclarecimentos sobre os métodos contraceptivos, foram temáticas frequentemente abordadas à população alvo. Tendo em conta que a mestranda prestou cuidados de enfermagem a mulheres/famílias de diversas nacionalidades, foi necessário adequar a prática clínica, e a orientação da informação transmitida, de acordo com as necessidades, crenças e valores de cada indivíduo. Pois a estudante pretendia que a informação fosse compreendida na totalidade, de forma que os utentes pudessem ficar devidamente esclarecidos.

Neste contexto, considera-se imperioso que a formação do EEESMO lhe proporcione o desenvolvimento de habilidades para a transmissão de conhecimentos adequados, na área da saúde sexual e reprodutiva, de forma a corresponder às necessidades e expectativas dos utentes, assim torna-se possível a prestação de cuidados de qualidade congruentes com as necessidades da população.

A formação contínua na área de Enfermagem é o pilar que sustenta o crescimento pessoal e profissional do Enfermeiro, permitindo que este exerça a sua prática de acordo com a melhor e mais atualizada evidência científica. Assim o profissional de saúde tem

a hipótese de questionar as suas aprendizagens e perspetivas, assim como adquirir novos conhecimentos teóricos e novas condutas. Esta nova aquisição de conhecimentos permite que os cuidados de enfermagem prestados sejam mais seguros, refletindo-se num impacto positivo em relação à qualidade, promovendo experiências mais satisfatórias aos utentes (OE, 2020).

O ENPRF revelou-se numa experiência bastante positiva e enriquecedora no processo de especialização da mestranda, sentindo o verdadeiro investimento por parte dos supervisores clínicos no processo de ensino-aprendizagem.

No início de cada contexto clínico, a mestranda conseguiu apresentar aos supervisores clínicos os objetivos de aprendizagem anteriormente estabelecidos, relativamente aos quais os enfermeiros orientadores sempre se demonstraram bastante recetivos. No decorrer do processo de aprendizagem, as situações clínicas das utentes assistidas pela mestranda, eram constantemente discutidas com os enfermeiros responsáveis pela orientação, esta atitude promoveu o desenvolvimento da relação teórico-prática.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para obter o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é fundamental a aquisição de competências relacionada com a área. Estas competências são obtidas através de um processo contínuo de aprendizagem que se inicia no primeiro ano letivo, correspondendo à fase teórica, sendo que posteriormente, no segundo ano, as aprendizagens anteriormente adquiridas são transportadas para a prática clínica, no Estágio de Natureza Profissional. A elaboração do presente Relatório de Estágio considerou-se um meio de reflexão perante a prestação de cuidados de enfermagem especializados, sendo que o seu conteúdo surge da investigação e da análise crítica e reflexiva de todo o desempenho durante o período de estágio.

Estando atualmente presente na última fase do processo formativo, pode afirmar-se que este constituiu um período de constante aprendizagem e partilha de experiências únicas, pois foram aproveitados todos os momentos e recursos disponíveis para promover o autoconhecimento e conseqüentemente o desempenho das melhores práticas cuidativas.

A promoção da qualidade da assistência na área de Enfermagem, deve-se à aplicação de práticas baseadas na evidência científica, permitindo uma atitude rigorosa e reflexiva no decorrer da prestação de cuidados. Neste sentido, ao realizar o presente Relatório de Estágio, foi selecionada uma temática de interesse pertinente para o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem prestados à mulher/casal/família, pelo EEESMO. Deste modo, tornou-se possível percecioner a verdadeira relevância da investigação na área de Enfermagem assim como, reconhecer a devida importância da prática baseada na evidência.

Com a realização da revisão narrativa da literatura verificou-se a existência de escassas evidências, atualizadas e abrangentes, relativamente à “Amniotomia na gestão ativa do Trabalho de Parto”. Existindo uma lacuna neste sentido, a prática clínica no decorrer do ENPRF foi guiada tendo em consideração os riscos associados à realização da amniotomia, adquirindo uma postura defensiva enquanto prestador de cuidados, promovendo a segurança da parturiente e do recém-nascido. Pois, de acordo com a literatura analisada, verificou-se que a amniotomia pode ser eficaz na diminuição da durabilidade do trabalho de parto, mas acarretando alguns riscos à realização do procedimento. Estes riscos são o aumento da taxa de cesarianas quando a amniotomia é realizada de forma precoce, scores de Índice de Apgar baixos, prolapso ou compressão

do cordão umbilical e infecção materna e neonatal. Embora todas estas situações de risco estejam relatadas na literatura científica disponível, em termos estatísticos os dados não se consideram relevantes, o que se veio igualmente a verificar nos dados colhidos e analisados nos contextos clínicos onde se realizou o ENPRF. Esta conclusão reforça a necessidade de investimento na temática em questão, com estudos mais alargados e precisos.

No percurso vivenciado revelaram-se momentos de grande dificuldade, no que toca à capacidade de conciliação da vida pessoal e profissional com as exigências características deste processo de aprendizagem, mas, todas as situações de maior complexidade foram ultrapassadas devido à adoção de uma postura humilde e proativa.

Com a finalização deste percurso, é possível reconhecer que um dos aspetos mais positivos na área de Enfermagem é o contacto próximo com o utente e, conseqüente o estabelecimento de relações humanas, engrandecendo a nossa própria vida, a nossa forma de estar perante os outros e perante nós mesmos. Foi com toda a certeza um estágio muito gratificante e enriquecedor, em termos pessoais e profissionais.

Conclui-se assim, o presente Relatório de Estágio, assim como a minha formação académica, com a perfeita noção da responsabilidade e importância do percurso realizado, acreditando alcançar a excelência com a experiência, ao longo dos próximos anos, como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdullah, A., Saboohi, S., & Hashami, U. (2010). Effects of Amniotomy versus Spontaneous Rupture of Membrane on Progress of Labour and Foetal Outcome in Primigravidae. *Journal of Liaquat University of Medical & Health Sciences*, 9(1), 33-36.
- Amed, A., Papa, A., Yamashita, A., Abrao, A., Beck, A., Abranção, A., & Camano, L. (2003). *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar* Universidade Federal de São Paulo]. Manole Lda.
- Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A., & Xavier, A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão interativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26, 1-12. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Andres, M., & Rankin, J. (2013). Amniotomy in spontaneous, uncomplicated labour at term. *British Journal of Midwifery*. <https://doi.org/doi.org/10.12968/bjom.2007.15.10.27342>
- APF. *Métodos Contraceptivos*. Retrieved 06 Agosto from <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos#>
- Barboza, B., Calil, C., Trigo, I., Eller, J., Silva, L., & Vaz, M. (2020). Idade materna avançada e seus desfechos. *Revista Cadernos de Medicina*, 2, 146-151.
- Bellad, M., Kamal, P., & Rajeshwari, P. (2010). Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labor in Primigravidae: A Randomized Controlled Trial. *South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology*, 2(1), 37-39. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-1057>
- Bezerra, I., Monteiro, V., Nascimento, J., Vieira, N., Silva, R., Alcântara, B., . . . Machado, F. (2018). Ações de Educação em Saúde e o Planeamento Familiar: Um Relato de Experiência. *Revista Ciência Plural*, 4(3), 82-90. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2018v4n3ID17293>
- Bricker, L., & Luckas, M. (2000). Amniotomy alone for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD002862. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002862>
- Carvalho, A., Barroso, C., Pereira, M., Teixeira, A., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem - Manual Prático*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carvalho, J. (2009). *Metodologia do Trabalho Científico* (E. Editora, Ed. 2ª edição ed.).

- Chicória, M. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência* [Escola Superior de Saúde de Coimbra]. Coimbra.
- Cooley, S. M., Geary, M. P., O'Connell, M. P., McQuillan, K., McParland, P., & Keane, D. (2010). How effective is amniotomy as a means of induction of labour? *Ir J Med Sci*, 179(3), 381-383. <https://doi.org/10.1007/s11845-010-0502-6>
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium - Journal of Education, Technologies and Health*, 30, 234–251.
- DGS. *Circular Normativa n.º9/SR: Interrupção Medicamentosa da Gravidez*. Retrieved from https://www.spdc.pt/files/legix/11268_3.pdf
- DGS. (2005). *Puerpério: alterações emocionais e psicológicas*. <https://www.chts.min-saude.pt/barrigas-e-rebentos/puerperio-alteracoes-emocionais-e-psicologicas/>
- DGS. (2015a). *Norma n.º 001/2015 de 19/01/2015: Registo de Indicações de Cesariana*.
- DGS. (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. (D. a. o.-G. d. Saúde, Ed.).
- DRE. (1984). *Decreto-Lei n.º3/84 de 24 de março: Educação sexual e planeamento familiar*
Retrieved from <https://files.dre.pt/1s/1984/03/07100/09810983.pdf>
- DRE. (2007). *Decreto-Lei n.º16/2007 de 17 de abril da Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez*. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/lei/16/2007/p/cons/20160229/pt/html>
- DRE. (2013). *Decreto-Lei n.º 69/2013, de 17 de maio: Criação do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., por fusão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E., e do Hospital de Faro, E.P.E.* Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/69/2013/05/17/p/dre/pt/html>
- DRE. (2015). *Despacho n.º 5613/ 2015 de 15 de maio - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020*.
- DRE. (2016). *Portaria n.º147/2016, 19 de Maio: Critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do serviço nacional de saúde*.
- DRE. (2017). *Decreto-Lei 101/2017 de 23 de agosto: Denominação do Centro Hospitalar do Algarve, E. P. E.*
- DRE. (2018a). *Decreto-lei n.º61/2018 de 3 de Agosto: Regime jurídico dos centros académicos clínicos e dos projetos-piloto de hospitais universitários*.
- DRE. (2018b). *Regulamento Académico da Universidade de Évora*.

- Fatela, A., Neves, A., Couto, D., Arteiro, D., Águas, F., Geraldês, F., . . . Ramos, V. (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos Doentes- Uma abordagem prática* (Lidel, Ed.).
- Friedman, E. (1981). The labor curve. *Clin Perinatol*, 8(1), 15-25.
- Gebreslassie, G. W., Weldegeorges, D. A., Assefa, N. E., Gebrehiwot, B. G., Gebremeskel, S. G., Tafere, B. B., . . . Welesamuel, T. G. (2019). Utilization of the partograph and its associated factors among obstetric care providers in the Eastern zone of Tigray, Northern Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J*, 34, 181. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.181.18246>
- Ghi, T., Farina, A., Pedrazzi, A., Rizzo, N., Pelusi, G., & Pilu, G. (2009). Diagnosis of station and rotation of the fetal head in the second stage of labor with intrapartum translabial ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 33(3), 331-336. <https://doi.org/10.1002/uog.6313>
- INE. (2020). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008465&selTab=tab0&xlang=pt
- INE. (2021). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Lake, E. T. (2002a). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*, 25(3), 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lake, E. T. (2002b). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*, 25(3), 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Macones, G. A., Cahill, A., Stamilio, D. M., & Odibo, A. O. (2012). The efficacy of early amniotomy in nulliparous labor induction: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 207(5), 403.e401-405. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.08.032>
- Majeed, N., & Tariq, S. (2013). Comparison of Artificial Rupture of Membranes with Intact Membrane in Labouring Multigravidae. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 17, 234-237.

- Marques, I., Barbosa, S., Basile, A., & Marin, H. (2005). Guia de Apoio à Decisão em Enfermagem Obstétrica: aplicação da técnica da Lógica Fuzzy. *Revista Brasileira de Enfermagem, REBEn*, 58, 349-354.
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., . . . Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perception of their clinical learning environment in Malawi: a mixed-method study. *BMC Nurs*, 19, 87. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00480-4>
- MCEESMO. (2011). *Parecer nº18/2011: Colocação de Dispositivo Intra-uterino por Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer18_CEESMO.pdf
- MCEESMO. (2019). *Parecer nº43/2019: Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Moreira, T., & Araújo, T. (2002). O modelo conceitual de sistemas interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. *Revista Latino Am Enfermagem*, 97-103. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000100015>
- Moreno, D., & Carrillo, J. (2019). *Normas APA 7.a edición* (E. U. Central, Ed. 7 ed.). Universidad Central. <https://doi.org/doi.org/10.1037/0000165-000>
- Moura, E., & Pagliuca, L. (2004). A Teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família". *Rev. Esc. Enferm*, 3. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000300005>
- Nacional, R. O. (2021). *O cancro da mama é o cancro mais comum nas mulheres e representa cerca de 30% do total dos casos de cancro na mulher*. <https://ron.min-saude.pt/pt/tumor/top5/mama/epidemiologia/>
- Nóbrega, M., & Barros, A. (2001). Modelos Assistenciais para a prática de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0034-71672001000100009>
- Oberg, V. (2010). The amniotomy question: examining the pros and cons of rupturing membranes. *Midwifery Today Int Midwife*(95), 9-10, 62-14.
- OE. (2006a). *Investigação em enfermagem: tomada de posição*. Lisboa

- OE. (2006b). *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*.
- OE. (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*.
- OE. (2015a). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro*.
- OE. (2015b). *Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril, Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*.
- OE. (2018). *Regulamento n.º 366/2018, Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*.
- OE. (2019a). *Decreto-Lei n.º 85/2019 de 03 de maio, Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.
- OE. (2019b). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
- OE. (2020). *A supervisão clínica no desenvolvimento profissional*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/a-supervisao-clinica-no-desenvolvimento-profissional-vai-a-debate/>
- OECD. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018*. OECD Publishing. [https://doi.org/https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)
- Pacheco, A., Costa, A., Lanhoso, A., Santos, A., Rodrigues, C., Rebelo, C., . . . Ferraz, T. F. (2020). *Consenso sobre Contraceção*.
- Pinheiro, L., Agro, J., Braga, J., & Almeida, A. (2013). *Rastreio e Prevenção da Doença Perinatal causada pelo Streptococcus agalactiae*
- PORDATA. (2021a). *Estatísticas sobre Portugal e Europa (Taxa bruta de Natalidade, Issue*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>
- PORDATA. (2021b). *Estatísticas sobre Portugal e Europa (Partos: total e em estabelecimentos de saúde., Issue*. [https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+saúde-152](https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+saude-152)
- PORDATA. (2021c). *Estatísticas sobre Portugal e Europa (Idade média da mãe ao nascimento de um filho, Issue*.
- Rhoades, J. S., & Cahill, A. G. (2017). *Defining and Managing Normal and Abnormal First Stage of Labor*. *Obstet Gynecol Clin North Am*, *44*(4), 535-545. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2017.07.001>

- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M., & Erdmann, A. (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, 137-146. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV14023>
- Santos, J., & Freitas, P. (2011). Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1813-1820.
- Schuchat, A. (1999). Group B streptococcus. *The Lancet Journal*, 353(9146), 51-56. [https://doi.org/doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)07128-1](https://doi.org/doi.org/10.1016/S0140-6736(98)07128-1)
- SEF. (2020). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2019*.
- Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care*. The Health Foundation.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Sukanuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD009290. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub3>
- Smyth, R. M., Alldred, S. K., & Markham, C. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD006167. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub3>
- SNS. *Instituição*. CHUA. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao>
- SNS. *Posicionamento Estratégico*. CHUA. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/posicionamento-estrategico/>
- SNS. (2022). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/export/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>
- Sousa, A., Souza, K., Rezende, E., Martins, E., Campos, D., & Lansky, S. (2016). Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery*, 2, 324-331. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>
- Souto, S., Albuquerque, R., & Prata, A. (2020). O medo do parto em tempo de pandemia do novo coronavírus. *Revista Brasileira de Enfermagem, REBEn*, 73, 7. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (Sao Paulo)*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5 ed.). Lusociência.
- WHO. (2015a). *OMS: gravidez indesejada resulta de falta de serviços de planejamento familiar*. <https://news.un.org/pt/story/2019/10/1692151>
- WHO. (2015b). Recomendações para o aumento do trabalho de parto. *Maternal and Child Survival Program*, 4.
- WHO. (2017). *Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos*
- WHO. (2018a). *Baby-friendly Hospital Initiative* (UNICEF, Ed.).
- WHO. (2018b). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*
- WHO. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*
- WHO. (2021). *Declaração da OMS sobre taxa de cesarianas* (D. d. S. d. R. e. Pesquisa, Ed.). Human Reproduction Program.
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Richardson, B., Hallett, J. S., & Clark, R. (2013). The practical nurse: a case for COMFORT communication training. *Am J Hosp Palliat Care*, 30(2), 162-166. <https://doi.org/10.1177/1049909112446848>

APÊNDICES

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)Nome: Maria Otília Brites ZangãoUniversidade/Instituição: Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de DeusN.º Identificação Civil: 09294982 -7 ZX5 Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____Telef.: + 351 963543933 E-mail: otiliaz@uevora.pt ID ORCID: 0000-0003-2899-8768

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHODomínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciências da Saúde 
Consulte a lista de Áreas FOS em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/28>Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): Amniotomia; Evolução Clínica; Trabalho de Parto; Obstetria; Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetria**12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA**

Assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]

Documento em anexo.

Descritores (DeCs): Amniotomia; Evolução Clínica; Trabalho de Parto; Obstetria; Enfermeiras Obstétricas.

Descriptors (DeCs): Amniotomy; Clinical Evolution; Labor, Obstetric; Obstetrics; Nurse Midwives.

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Plano do Trabalho
- Cronograma
- Declaração de Orientador(es)
- Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento
(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)
- Outros: _____

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.

Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

A Universidade de Évora (UE) é uma instituição educacional que disponibiliza o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), sendo este um curso de 2º ciclo, proporciona a obtenção do grau de Mestre. O mesmo encontra-se registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e possui um parecer favorável por parte da Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981), disponibilizando assim os conhecimentos e competências necessárias para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO). Deste modo, torna-se possível a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Reg.nº 140/2019 de 6 de fevereiro) e das Competências Específicas do EEESMO (Reg.nº 391/2019 de 3 de maio). Estas competências, proporcionam ao EEESMO a responsabilidade pela vigilância da saúde da mulher no período reprodutivo, nos processos de saúde/ doença ao longo do período pré-concepcional, pré-natal, intraparto e pós-natal e ainda o encargo pela promoção da saúde e deteção precoce de complicações na saúde do recém-nascido até ao 28º dia de vida. A educação sexual, planeamento familiar, área ginecológica, climatério e saúde pública, são outras componentes pelas quais o EEESMO possui competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

De acordo com as orientações descritas no Plano de Estudos da UE (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019), o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF) é uma das Unidades Curriculares (UC) estabelecidas, exigindo assim, a apresentação em provas públicas, do Relatório Final, que possui a descrição pormenorizada das competências adquiridas no decorrer dos contextos clínicos, tal como a temática selecionada pelo estudante. O ENPRF possui 60 ECTS, tendo o seu início dia 13/09/2021 e término dia 19/06/2022, este será composto pelos vários campos clínicos: Cuidados de Saúde Primários/ Consulta Externa; Internamento de Grávidas /Ginecologia; Internamento de Puérperas e Bloco de Partos.

Os objetivos do ENPRF, estão inteiramente descritos no planeamento da UC, sendo eles: Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência; Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional. Deste modo, foi elaborado um plano de atividades que descreve todos os objetivos estabelecidos, atividades a desenvolver e resultados esperados, ao longo de todos os campos clínicos.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE, 2012, p. 22), o Enfermeiro Especialista é definido como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. Para que seja possível a participação crítica e ativa na prestação de cuidados de enfermagem especializados, torna-se fundamental a reflexão a cerca das intervenções aplicadas na prática clínica, permitindo assim uma compreensão do processo de enfermagem, tornando possível solucionar problemas e consolidar conhecimentos baseados na evidência científica. É neste contexto, que a temática selecionada se enquadra na assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto, sendo o principal objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em Saúde Materna e Obstetrícia. Torna-se assim importante aprofundar conhecimentos, explorar e analisar, qual a influência da rotura artificial da bolsa amniótica na progressão do trabalho de parto, orientando assim a conduta do EEESMO relativamente a esta técnica.

A amniotomia é definida como a rotura artificial das membranas amnióticas, através de um instrumento esterilizado denominado de amniótomo, este é inserido através do cérvix durante o exame vaginal, permitindo a saída de líquido amniótico (Obergh, 2010). Esta técnica pode ser realizada no início, durante ou no final do trabalho de parto, sendo indicado como método de indução de parto, tendo sempre em consideração que é estritamente recomendada: em gestantes com gravidez de termo; o colo do útero tem que apresentar características favoráveis à sua dilatação e apagamento; e a apresentação fetal tem que ser cefálica (Marques, Barbosa, Basile, & Marin, 2005).

Para além desta técnica, existem ainda outros procedimentos possíveis de serem aplicados para abreviar o trabalho de parto, deste modo, torna-se importante perceber quais as vantagens, desvantagens e riscos associados à prática.

A seleção desta temática remete-nos para uma perspetiva reflexiva, tendo em conta que a amniotomia é considerada uma técnica interventiva, aplicada de forma comum como estratégia para acelerar a evolução do trabalho de parto. Sendo esta técnica realizada frequentemente de forma rotineira, pelos Profissionais de Saúde, considero importante o estudo desta temática, tendo como objetivo contribuir para o processo de tomada de decisão dos EEESMO, baseado na evidência científica.

Para a elaboração do Relatório Final, torna-se fundamental recorrer ao método da revisão integrativa da literatura, de forma a aplicar a evidência científica nos cuidados de enfermagem prestados, capazes de melhorar e sustentar a prática clínica (Sousa, et al., 2016).

No seguimento dos campos clínicos, definiram-se como objetivos gerais: a) aprofundar o conhecimento no contexto clínico; b) desenvolver competências, tendo por base a relação que a teoria e a prática possuem na evidência. De acordo com os objetivos estabelecidos, seguem-se as atividades planeadas para cada contexto clínico. Os resultados esperados coincidem com o fundamento das competências comuns e específicas do EEESMO estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), essenciais para o desenvolvimento profissional e aquisição do grau académico e título profissional.

PLANO DE ATIVIDADES

| Campo Clínico | Objetivos | Atividades a Desenvolver | Resultados Esperados | Processo de Avaliação |
|--|--|--|--|---|
| Consulta Externa (Consulta de Medicina Materno-Fetal; Consulta de Diagnóstico Pré-Natal) | Objetivo 1. Cuidar da mulher/casal no período pré-natal | 1.1. Orientação e assistência a mulheres na vigilância da gravidez de risco | Promover a saúde da mulher grávida durante o período gestacional | Registos validados por orientador clínico: Boletim da Grávida SCLínico Protocolos do serviço Registos curriculares: Exames pré-natais |
| | | 1.2. Orientação e assistência a mulheres em fase de diagnóstico pré-natal | Diagnosticar e prevenir precocemente complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal | |
| | | 1.3. Orientação e assistência a mulheres em fase de decisão para IVG | Prestar cuidados á mulher no período pré-natal nas situações de interrupção da gravidez | |
| | | 1.4. Orientação e assistência a mulheres em fase de decisão para ILG | | |
| Serviço de Grávidas/ Ginecologia | Objetivo 2. Cuidar da mulher/casal no período pós-natal | 2.1. Orientação e assistência a mulheres que vivenciam um processo de saúde/doença no âmbito da sexualidade, planeamento familiar e período pós concepcional | Promover a saúde da puérpera no período pós-natal Diagnosticar e prevenir precocemente complicações na saúde da mulher /casal durante o período pós-natal | Registos validados por orientador clínico: SCLINICO Partograma |
| | | 3.1. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas patológicas | Diagnosticar e prevenir precocemente complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal | |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | | 3.2. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas de termo | Promover a monitorização contínua da gravidez | Protocolos do serviço Registos curriculares: Exames pré-natais |
| | | 3.3. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas pré-termo | Avaliar bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados | |
| | | 3.4. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas em indução de trabalho de parto | | |
| | | 3.5. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas com feto morto ou em processo de ILG | Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento | |
| | Objetivo 4. Cuidar da mulher/ família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica | 4.1. Prestação de cuidados de enfermagem a mulheres em situação de abortamento até às 18 semanas de idade gestacional | Identificar e monitorizar o trabalho de abortamento | |
| | | | Promover a saúde ginecológica da mulher | |
| | | 4.2. Prestação de cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios a mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas/ ginecológicas oncológicas | Diagnosticar precocemente e prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama | |
| | | 4.3. Prestação de cuidados de enfermagem à mulher com afeção do aparelho génito-urinário e/ou mama | Promover a adaptação da mulher com patologia ginecológica à nova situação clínica | |
| Serviço de Obstetria/ Puerpério | Objetivo 5. Cuidar da mulher/casal no período pós-natal | 5.1. Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas | Promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal | Registos validados por orientador clínico: SCLINICO Protocolos do serviço Boletim de Saúde Infantil e Juvenil Aleitamento Materno Registos curriculares: Cuidados a puérperas |
| | | 5.2. Prestação de cuidados de enfermagem a recém-nascidos | Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal | |
| Serviço Bloco de Partos | Objetivo 6. Cuidar da mulher/casal durante o trabalho de parto | 6.1. Prestação de cuidados de enfermagem a grávidas durante o trabalho de parto | Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido | Registos validados por orientador clínico: SCLINICO Partograma Protocolos do serviço Registos curriculares: Número/tipo de partos Estudo da temática estabelecida: Recolha e análise de dados indicadores da influência da rotura artificial da bolsa amniótica na progressão do trabalho de parto |
| | Objetivo 7. Cuidar da mulher/casal durante o período pós-natal | 7.1. Prestação de cuidados de enfermagem a puérperas no período pós-natal imediato (até 2 horas de puerpério imediato) | Providenciar cuidados à mulher com patologia durante o trabalho de parto e no período pós-natal | |
| | Objetivo 8. Gerir a prestação de cuidados de enfermagem em Saúde Materna e Obstetria com segurança e qualidade | 8.1. Prestação de cuidados de enfermagem nos diversos campos clínicos 8.2. Aprimoramento dos conhecimentos acerca da influência da rotura artificial da bolsa amniótica na progressão do trabalho de parto 8.3. Capacitação do EEESMO acerca dos contributos da amniotomia na progressão do trabalho de parto | Perceber qual a pertinência da rotura artificial da bolsa amniótica para a evolução do trabalho de parto | |

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

| TAREFAS/ ATIVIDADES | ANO 2021 | | | | ANO 2022 | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| | SET | OUT | NOV | DEZ | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | |
| Reuniões para elaboração do Projeto | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisão da Literatura | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Projeto | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Submissão do Projeto | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolha de informação | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento e análise da informação | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redação do Relatório Final | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega do Relatório Final | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Discussão do Relatório Final | | | | | | | | | | | | | | | | | |

REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., . . . Rocha, V. (2015). Livro de Bolso- Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia/ Parteiras. Portugal: Goody S.A.
- Europeiras, O. C. (1989). Directiva do Conselho. Jornal Oficial das Comunidades Europeias , 19- 29.
- Marques, I. R., Barbosa, S. d., Basile, A. L., & Marin, H. F. (2005). Guia de Apoio à Decisão em Enfermagem Obstétrica: aplicação da técnica da Lógica Fuzzy. REBEn-Revista Brasileira de Enfermagem, 349-354.
- Oberg, V. (2010). The amniotomy question: examining the pros and cons of rupturing membranes. Midwifery Today Int Midwife .
- OE. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019. Diário da República n.º 26/2019, Série II, 4744-4750.
- OE. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II, 13560- 13565.
- República, A. d. (4 de Março de 2009). Diário da República, 1.ª série — N.º 44 — 4 de Março de 2009. 1466-1530.
- República, A. d. (2019). Universidade de Évora Aviso n.º 15812/2019- Parte E. Diário da República, 2.ª série, 139-140.
- REPE. (2012). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. 22.
- Sousa, A. M., Souza, K. V., Rezende, E. M., Martins, E. F., Campos, D., & Lansky, S. (2016). Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Obtido de DOI: 10.5935/1414-8145.20160044

APÊNDICE B: ESTUDO DE CASO GRAVIDEZ ECTÓPICA

GRAVIDEZ ECTÓPICA: ESTUDO DE CASO ECTOPIC PREGNANCY: CASE REPORT EMBARAZO ECTÓPICO: INFORME DE CASO

Sofia Maciel Correia¹

<https://orcid.org/0000-0003-4609-8691>

Maria Otília Brites Zangão²

<https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>

Resumo

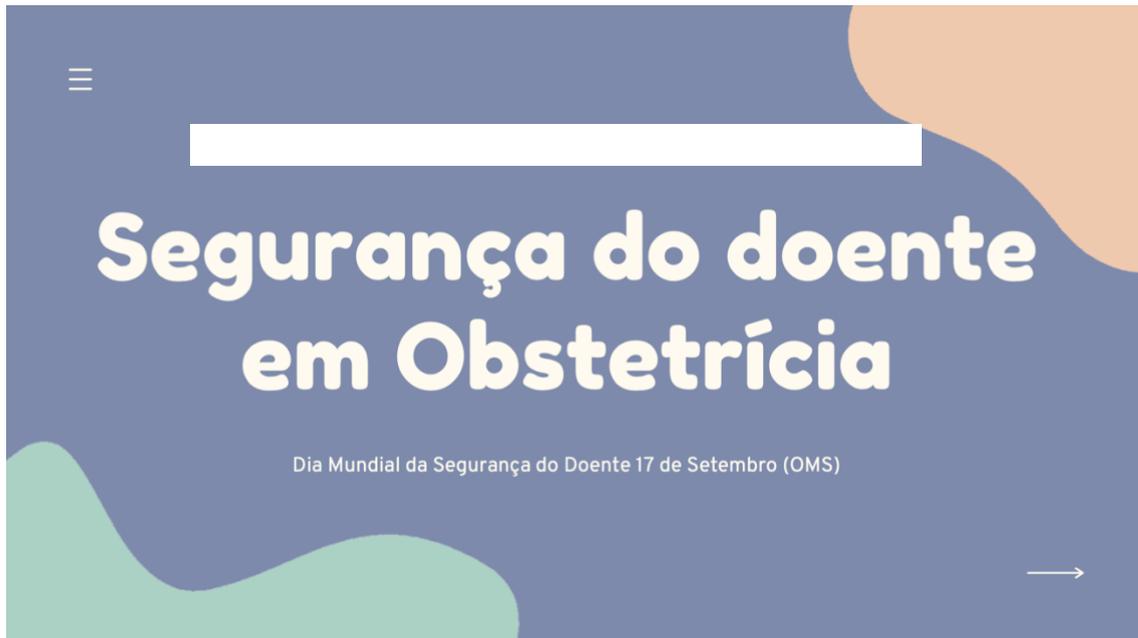
Objetivo: Elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com abordagem na gravidez ectópica. Método: Caso clínico referente a utente de 25 anos com diagnóstico de gravidez ectópica. Para a colheita de dados foi utilizado o Modelo Teórico de Nancy Roper e para a elaboração do Plano de Cuidados de Enfermagem foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Resultados: Na avaliação inicial identificaram-se dez diagnósticos de enfermagem, sendo estabelecidos cinco diagnósticos prioritários: Dor (10023130); Perda sanguínea vaginal (10043924); Ansiedade (10000477); Falta de conhecimento sobre a doença (10021994); Ferida cirúrgica (10019265), de forma a promover a melhoria do estado de saúde da utente. Conclusão: A enfermagem possui um papel importante na identificação precoce de potenciais problemas, bem como na promoção da saúde das utentes com gravidez ectópica numa abordagem holística, favorecendo a qualidade de vida das mesmas.

Descritores: Gravidez Ectópica; Diagnóstico de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Estudo de Caso

Abstract

Objective: To draw up a proposal for a nursing care plan with an approach to ectopic pregnancy. Método: Caso clínico referente a utente de 25 anos com diagnóstico de gravidez ectópica. For data collection, Nancy Roper's Theoretical Model was used and the International Classification for Nursing Practice was used to develop the Nursing Care Plan. Results: In the initial assessment ten nursing diagnoses were identified, and five priority diagnoses were established: Pain (10023130); Vaginal blood loss (10043924); Anxiety (10000477); Lack of knowledge about the disease (10021994); Surgical wound (10019265), in order to promote the improvement of the user's health status. Conclusion: Nursing plays an important role in the early identification of potential problems, as well as in promoting the health of users with ectopic pregnancy in a holistic approach, thus improving their quality of life.

Descriptors: Pregnancy, Ectopic; Nursing Diagnosis; Nursing Care; Case Reports



Objetivos



Primeira meta

Aprofundar conhecimentos sobre a segurança do doente em Obstetrícia



Segunda meta

Compreender a importância da segurança do doente em Obstetrícia



Terceira meta

Promover a segurança do doente em Obstetrícia

Histórico

Florence Nightingale (1855)

Implementou procedimentos organizacionais e de higiene na prestação de cuidados de enfermagem, sendo capaz de reduzir a mortalidade nas tropas Britânicas durante a guerra da Crimeia (Mitchell, 2008).

Segurança do doente

Centrada nos acontecimentos relacionados com os erros e incidentes ocorridos na ação direta com o doente e favoreciam a percepção errada de que estes acontecimentos eram exclusivamente da responsabilidade dos profissionais que se encontravam na prestação de cuidados diretos aos doentes.

A partir dos anos 90, vários estudos revelaram que as instituições da área da saúde, apresentavam fragilidades, quer relativamente aos processos organizacionais, quer relativamente à sua estrutura. Estes fatores contribuem para a ocorrência de acontecimentos adversos que colocam em causa a segurança dos utilizadores dos cuidados de saúde (Lawton et al., 2012).



Conceito Segurança do doente

(OMS)



Redução do dano desnecessário, provocado ao utente, associado aos cuidados de saúde prestados.



Definir estratégias de prevenção e cultura de segurança para promoção da segurança do doente.



Conscientização e o envolvimento dos cidadãos na compreensão da importância do conceito de segurança em saúde, de forma a estimular a solidariedade e ação global para promover a segurança do doente.

Dia Mundial da Segurança do Doente 17 de Setembro

Diretrizes para a segurança do doente

(SNS)

Promoção de uma cultura de segurança

Execução sistemática e estruturada dos processos de prevenção do risco desnecessário

Articulação com os processos organizacionais

Integração das melhores evidências científicas disponíveis

Responsabilização e sensibilização para a capacidade de reagir a mudanças



Pandemia Covid-19

No que concerne à segurança, 2020 foi um ano absolutamente desafiante. A vivência em contexto de pandemia levantou constrangimentos e inseguranças, quer na comunidade em geral, quer na comunidade profissional. As atuais circunstâncias de contingência devido à COVID-19, colocam novos desafios e agravam antigas fragilidades às quais, enquanto profissionais e instituição de saúde responsáveis, temos que dar a melhor resposta.



Segurança do doente em Obstetrícia

O nascimento de um filho traduz-se num momento único e inesquecível na vida de uma mulher/casal/família. Devemos sempre ter em consideração os ideais de cada um, respeitado as suas vontades, de forma a que se consiga promover uma experiência positiva.

Torna-se fundamental refletir diariamente sobre a “Segurança em Obstetrícia”, considerando a gestão de riscos, voltada para a humanização, a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem dirigidos à mãe e ao recém-nascido (SNS,2020).



Cuidados de Enfermagem

♥ Pós- parto

♥ Amamentação



Pós- Parto

Hemorragia

Parto vaginal

500 ml de sangue



Cesariana

1000 ml de sangue



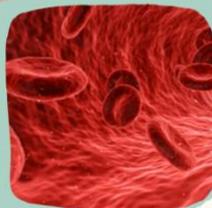
Atonia uterina



Retenção placentária



Lacerações e episiotomias



Alterações nos fatores de coagulação



2 horas vigilância



Período de Greenberg

1. Monitorização contínua de sinais vitais;
2. Vigilância de perdas hemáticas vaginais: Globo de segurança de pinard;
3. Perfusão IV contínua de oxitocina (5ui).

→ Bloco de Partos
Bloco Operatório

Estes protocolos deveriam de ser partilhados pelos vários elementos da equipa multidisciplinar, nos diferentes contextos de cuidados dirigidos à saúde materna, nomeadamente na urgência obstétrica/ginecologia, no bloco de partos, no bloco operatório, e na obstetrícia/puerpério. O cumprimento dos protocolos e o respeito pelas suas recomendações, ao longo de todo o circuito, é crucial para o sucesso de todos os profissionais, que trabalham em equipa, na defesa da segurança da puérpera.

É também competência do enfermeiro, assegurar-se das condições de segurança necessárias para a transferência da mãe e do recém-nascido para o serviço de internamento, após estas 2 horas, bem como a sua vigilância durante o transporte.

A segurança da mãe e do recém-nascido é uma responsabilidade de todos, e para a qual todos devem contribuir. A prevenção da hemorragia é uma intervenção fundamental para a recuperação da autonomia da puérpera e para a sua capacidade de desempenhar o seu papel de mãe. Logo, enquanto profissionais de saúde, todos temos o dever de zelar para que este seja um momento vivido de forma feliz.



Comunicação

Equipa Multidisciplinar

1.

Recolha de dados.



2.

Registos nos sistemas informatizados.



3.

Partilha de informação entre os vários profissionais de saúde envolvidos nos cuidados.

Check List

Parto Seguro

Amamentação

A amamentação é um ato de amor e carinho, que promove a vinculação entre a mãe e o seu bebé. Este processo é fundamental para o desenvolvimento psico-afetivo do recém-nascido.

O sucesso do aleitamento materno depende de vários fatores:

- Orientações prévias durante o período da gravidez (Preparação para o parto);
- Orientações no período pós-parto (Internamento puerpério e Cantinho amamentação).

Capacitar a mãe para superar as dificuldades que possam surgir ao longo do processo de amamentação, minimizar as preocupações e favorecer a sua auto-confiança, acreditando que quanto mais instruída sobre o assunto estiver, mais facilidade terá para superar os obstáculos.



O que são?

“estar disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos” (American Federation of Teachers, 1995)

| | |
|---|--|
|  | Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica |
| PARECER N.º 43 / 2019 | |
| PARA: DIGNÍSSIMA BASTONÁRIA | |
| POR INICIATIVA DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA (REVOGA O PARECER N.º 21/2017) | |
| ASSUNTO: CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA | |

Rácio assistência Internamento de puérperas

- ✓ 1:3 no puerpério patológico
- ✓ 1:6 no puerpério normal

Dotações Seguras em Obstetrícia

Obrigada!

Referências

- 01** Enfermeiros, O. d. (2019). Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- 02** João Baptista dos Santos de Freitas, M., & Dinis Parreira, P. M. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 10, 171-178.
- 03** Saúde, D. G. (2011). Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.
- 04** Saúde, O. M. (s.d.). Dia Mundial da Segurança do Doente. Obtido de <https://www.afro.who.int/pt/regional-director/speeches-messages/dia-mundial-da-seguranca-do-doente>
- 05** Saúde, S. N. (2020). Dia Mundial da Segurança do Doente: Segurança em Obstetrícia. Obtido de <https://www.chts.min-saude.pt/noticias/dia-mundial-da-seguranca-do-doente-seguranca-em-obstetricia/>
- 06** Santos, E. K. (2010). CULTURA DA SEGURANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO OBSTÉTRICO. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPART
- 07** Silva, I. M. (2017). A SEGURANÇA DO DOENTE E O RESPEITO PELA VULNERABILIDADE COMO CAMINHO PARA A EXCELÊNCIA DO CUIDAR. Católica Instituto de Ciências da Saúde- Escola de Enfermagem.
- 08** Zangão, M. O., & Fernandes, M. A. (2019). Segurança do Doente em Obstetrícia. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras.

Guião- Segurança do doente em Obstetrícia

Diapositivo 1- Segurança do doente em Obstetrícia

Bom dia, hoje estamos aqui reunidos enquanto equipa de enfermagem para abordar uma temática muito importante, a segurança do doente em obstetrícia. A Organização mundial de saúde estabeleceu o dia 17 de setembro, como o dia mundial da segurança do doente.

Diapositivo 2- Mestrado em Enfermagem de saúde materna e obstetrícia

O meu nome é Sofia Maciel Correia e vou-vos apresentar esta temática, na qualidade de aluna do mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica, estando neste momento a terminar o meu ensino clínico no serviço de obstetrícia.

Esta temática foi-me sugerida pela Enf^a responsável pela minha orientação neste estágio, o qual eu aceitei por considerar um tema bastante pertinente tanto para mim enquanto aluna da especialidade, como para a restante equipa de enfermagem.

Diapositivo 3- Objetivos

Com esta ação formativa temos como objetivos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a segurança do doente em obstetrícia;
- Compreender a importância da segurança do doente em obstetrícia;
- Promover a segurança do doente em obstetrícia.

Diapositivo 4- Histórico

Desde cedo que os enfermeiros se preocupam com a qualidade e segurança nos cuidados em saúde. Em 1855, Florence Nightingale através dos trabalhos que realizava verificou que estabelecendo procedimentos organizacionais e de higiene foi capaz de reduzir a mortalidade nas tropas Britânicas durante a guerra da Crimeia.

Ao longo de muitos anos que a preocupação relativamente à segurança do doente era centrada exclusivamente nos acontecimentos relacionados com os erros e incidentes ocorridos na ação direta com o doente, e favoreciam a perceção errada de que estes acontecimentos eram exclusivamente da responsabilidade dos profissionais que se encontravam na prestação de cuidados diretos aos doentes.

A partir dos anos 90, vários estudos revelaram que as instituições da área da saúde, apresentavam fragilidades, quer relativamente aos processos organizacionais, quer relativamente à sua estrutura. Estes fatores contribuem para a ocorrência de acontecimentos adversos que colocam em causa a segurança dos utilizadores dos cuidados de saúde.

Diapositivo 5- Conceito Segurança do doente

O conceito de segurança do doente é referente ao empenho na redução do dano desnecessário, provocado ao utente, associado aos cuidados de saúde. Constitui uma preocupação global de saúde pública. A percepção da sua importância, determina um compromisso mundial, sendo necessário implementarem-se estratégias de prevenção e cultura de segurança para promover a segurança do doente.

Este tipo de iniciativas pretendem aumentar a consciencialização e o envolvimento dos cidadãos na compreensão da relevância do conceito de segurança em saúde, bem como estimular a solidariedade e ação globais para promover a segurança do doente.

Diapositivo 6- Diretrizes para a segurança do doente

O sistema nacional de saúde estabeleceu princípios e diretivas orientadoras para a melhoria da segurança do utente, e são elas:

- Promoção de uma cultura de segurança;
- Execução sistemática e estruturada dos processos de prevenção do risco desnecessário;
- Articulação com os processos organizacionais;
- Integração das melhores evidências científicas disponíveis;
- Responsabilização e sensibilização para a capacidade de reagir a mudanças.

Diapositivo 7- Pandemia Covid-19

No que concerne à segurança, 2020 foi um ano absolutamente desafiante. A vivência em contexto de pandemia levantou constrangimentos e inseguranças, quer na comunidade em geral, quer na comunidade profissional. As atuais circunstâncias de contingência devido à COVID-19, colocam novos desafios e agravam antigas fragilidades às quais, enquanto profissionais e instituição de saúde responsáveis, temos que dar a melhor resposta.

Diapositivo 8- Segurança do doente em Obstetria

No que toca à segurança do doente na área da obstetria, todos nós sabemos que o nascimento de um filho traduz-se num momento único e inesquecível na vida de uma mulher/casal/família. Devemos sempre ter em consideração os ideais de cada um, respeitando as suas vontades, de forma a que se consiga promover uma experiência positiva. E por isso torna-se fundamental refletir diariamente sobre a “Segurança em Obstetria”, considerando a gestão de riscos, voltada para a humanização, a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem dirigidos à mãe e ao recém-nascido.

Diapositivo 9- Cuidados de Enfermagem

Sendo o serviço de obstetria um serviço de prestação de cuidados no pós-parto e amamentação, importa refletir sobre a segurança e como a promover, neste contexto. Não deixando de considerar todos os outros fatores que estão implícitos na segurança do doente, como por exemplo o controlo de infeção... mas hoje

iremos ter em conta as dimensões mais específicas ao cuidado no pós-parto e amamentação, que são tão características no serviço de Obstetrícia.

Diapositivo 10- Pós-parto

Uma das maiores preocupações na garantia da segurança da puérpera no pós-parto é referente ao risco de hemorragia. A perda hemática vaginal associada ao pós-parto é de aproximadamente 500 ml de sangue no parto vaginal e cerca do 1000 ml de sangue na cesariana. A hemorragia pós-parto é associada à perda hemática superior a 1L, sendo que as principais causas mais frequentes são: atonia uterina, retenção placentária (fragmentação da placenta durante o processo de dequitação), trauma do canal de parto (lacerações e episiotomias) e alterações nos fatores de coagulação da puérpera. A hemorragia pós-parto, ocorre maioritariamente nas primeiras 2 horas após a dequitação (saída da placenta).

Diapositivo 11- Período de Greenberg

As duas horas imediatamente após o parto, correspondem ao período de greenberg.

Para que se consiga promover a segurança da puérpera, torna-se fundamental a vigilância intensiva, com monitorização contínua de sinais vitais, vigilância da perda hemática vaginais, com verificação frequente do globo de segurança de pinard (massagem e expressão uterina). A perfusão contínua de oxitocina via IV é também considerada uma medida fundamental para a manutenção da contração uterina no puerpério imediato.

Pelo seu carácter permanente, a vigilância destas 2 horas tem necessariamente que ocorrer nos contextos do Bloco de Partos e do Bloco Operatório, e deve integrar o cumprimento dos protocolos de atuação na prevenção da atonia uterina e no controle da hemorragia pós-parto.

Diapositivo 12

Estes protocolos deveriam de ser partilhados pelos vários elementos da equipa multidisciplinar, nos diferentes contextos de cuidados dirigidos à saúde materna, nomeadamente na urgência obstétrica/ginecologia, no bloco de partos, no bloco operatório, e na obstetrícia/puerpério. O cumprimento dos protocolos e o respeito pelas suas recomendações, ao longo de todo o circuito, é crucial para o sucesso de todos os profissionais, que trabalham em equipa, na defesa da segurança da puérpera.

É também competência do enfermeiros, assegurar-se das condições de segurança necessárias para a transferência da mãe e do recém-nascido para o serviço de internamento, após estas 2 horas, bem como a sua vigilância durante o transporte.

A segurança da mãe e do recém-nascido é uma responsabilidade de todos, e para a qual todos devem contribuir. A prevenção da hemorragia é uma intervenção fundamental para a recuperação da autonomia

da puérpera e para a sua capacidade de desempenhar o seu papel de mãe. Logo, enquanto profissionais de saúde, todos temos o dever de zelar para que este seja um momento vivido de forma feliz.

Diapositivo 13- Comunicação Equipa Multidisciplinar

Considera-se também de extrema importância a comunicação eficaz entre os vários membros da equipa multidisciplinar, partilhando toda a informação relativa à gravidez, ao momento do parto e ao puerpério imediato, notificando com clareza todas as intercorrências e procedimentos efetuados.

Neste sentido, coloca-se a pertinência da comunicação dentro da equipa multidisciplinar, bem como da relevância do acesso aos dados recolhidos e a sua partilha entre os vários profissionais envolvidos no cuidado. Para uma melhor partilha de informação, possuímos os sistemas de informação, bem como a qualidade dos registos produzidos pelos diferentes profissionais, a qual exige tempo na sua produção, que será rentabilizado através da efetividade na garantia da segurança.

Diapositivo 14- Check List Parto Seguro

Posto isto, torna-se fundamental e estritamente necessário o preenchimento correto e completo da check list do parto seguro, que adquirimos recentemente para complementaridade dos nossos registos informatizados.

Diapositivo 15- Amamentação

A amamentação é um ato de amor e carinho, que promove a vinculação entre a mãe e o seu bebé. Este processo é fundamental para o desenvolvimento psico-afetivo do recém-nascido.

Este deve ser adaptado à mama na primeira hora de vida, devido ao facto de se encontrar num grande período de reatividade. Sendo que a amamentação tem também um papel fundamental no favorecimento da contração uterina e com ela a prevenção e controle da hemorragia.

O sucesso do aleitamento materno depende de vários fatores, mas o que estão inteiramente relacionados com os profissionais de saúde, são:

- As orientações prévias transmitidas ao longo do período da gravidez (Preparação para o parto);
- As orientações no período pós-parto (Internamento puerérico e cantinho de amamentação).

Estas orientações têm como principal objetivo capacitar a mãe, para que esta seja capaz de superar as dificuldades que possam surgir ao longo do processo de amamentação, minimizar as preocupações e favorecer a sua auto-confiança, acreditando que quanto mais instruída sobre o assunto estiver, mais facilidade terá para superar os obstáculos.

No entanto, para o estabelecimento e manutenção da amamentação, é imperioso um adequado rácio enfermeiro/puérpera, o qual constitui uma dimensão da segurança que exige um comprometimento constante com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros referentes às “Dotações Seguras” no serviço de obstetrícia. Estas, para além de proporcionarem o aumento da qualidade, constituem um elemento

protetor dos profissionais, reduzindo a ansiedade e o stress provocado pelo trabalho, com repercussão no aumento da humanização dos cuidados.

Diapositivo 16- Dotações seguras em obstetria

Vamos então tentar perceber melhor ao que correspondem as dotações seguras em obstetria. A American Federation of Teachers em 1995 foi a primeira entidade a definir este conceito como “estar disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos”.

Segundo o Parecer emitido pela ordem dos enfermeiros no ano de 2019, no serviço de internamento de obstetria, o rácio de enfermeiros é de 1:3 no caso de se tratarem de puérpera patológicas e de 1:6 quando prestamos cuidados a puérperas sem patologia associada.

Os enfermeiros são os elementos da equipa de saúde habilitados com inúmeras competências, entendidas como um conjunto de comportamentos que englobam os conhecimentos, as habilidades e os atributos pessoais essenciais para prestarem cuidados de qualidade. No entanto, é necessário que as organizações estejam munidas dos recursos materiais, técnicos e humanos adequados para que os enfermeiros possam cumprir a sua missão. A dotação adequada de recursos de enfermagem refere-se à correta dotação de enfermeiros em quantidade (número de enfermeiros ou equivalentes em tempo integral) e em qualidade (experiência/ formação dos enfermeiros) face às necessidades dos clientes, sendo uma das condições favoráveis para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. É fundamental dispor de recursos de enfermagem adequados para que os enfermeiros possam orientar a sua prática de forma a prestar cuidados de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos clientes.

Diapositivo 17- Agradecimentos

Muito obrigada pela vossa atenção, espero que a formação tenha sido do vosso agrado.

Diapositivo 18- Referências Bibliográficas

APÊNDICE D: PESQUISA BASE DE DADOS

| PubMed | |
|-----------------|--|
| Equação Boleana | ("Amniotomy"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh] |
| | |
| Resultados | 23 Artigos |

| SciELO | |
|-----------------|--------------------------|
| Equação Boleana | (*amniotomy) AND (labor) |
| | |
| Resultados | 33 Artigos |

English English Sign In

Trusted evidence. Informed decisions. Better health.

Cochrane Reviews Trials Clinical Answers About Help About Cochrane

We noticed your browser language is Portuguese. You can select your preferred language at the top of any page, and you will see translated Cochrane Review sections in this language. Change to Portuguese.

Advanced Search

Search Search manager Medical terms (MeSH) PICO search

Save search View saved searches Search help

Did you know you can now select fields from Search manager using the **S** button (next to the search box)? Search manager lets you add unlimited search lines, view results per line and access the MeSH browser using the new **MeSH** button.

Title Abstract Keyword amniotomy

AND Title Abstract Keyword labour, obstetric

with Cochrane Library publication date from Jan 2010 to Dec 2022

Search limits Send to search manager Run search

Clear all

Cochrane Reviews 4 Cochrane Protocols 0 Trials 49 Editorials 0 Special Collections 0 Clinical Answers 0 More

4 Cochrane Reviews matching amniotomy in Title Abstract Keyword AND labour, obstetric in Title Abstract Keyword - with Cochrane Library publication date Between Jan 2010 and Dec 2022

Cochrane Database of Systematic Reviews
Issue 7 of 12, July 2022

Select all (4) Export selected citation(s) Show all previews

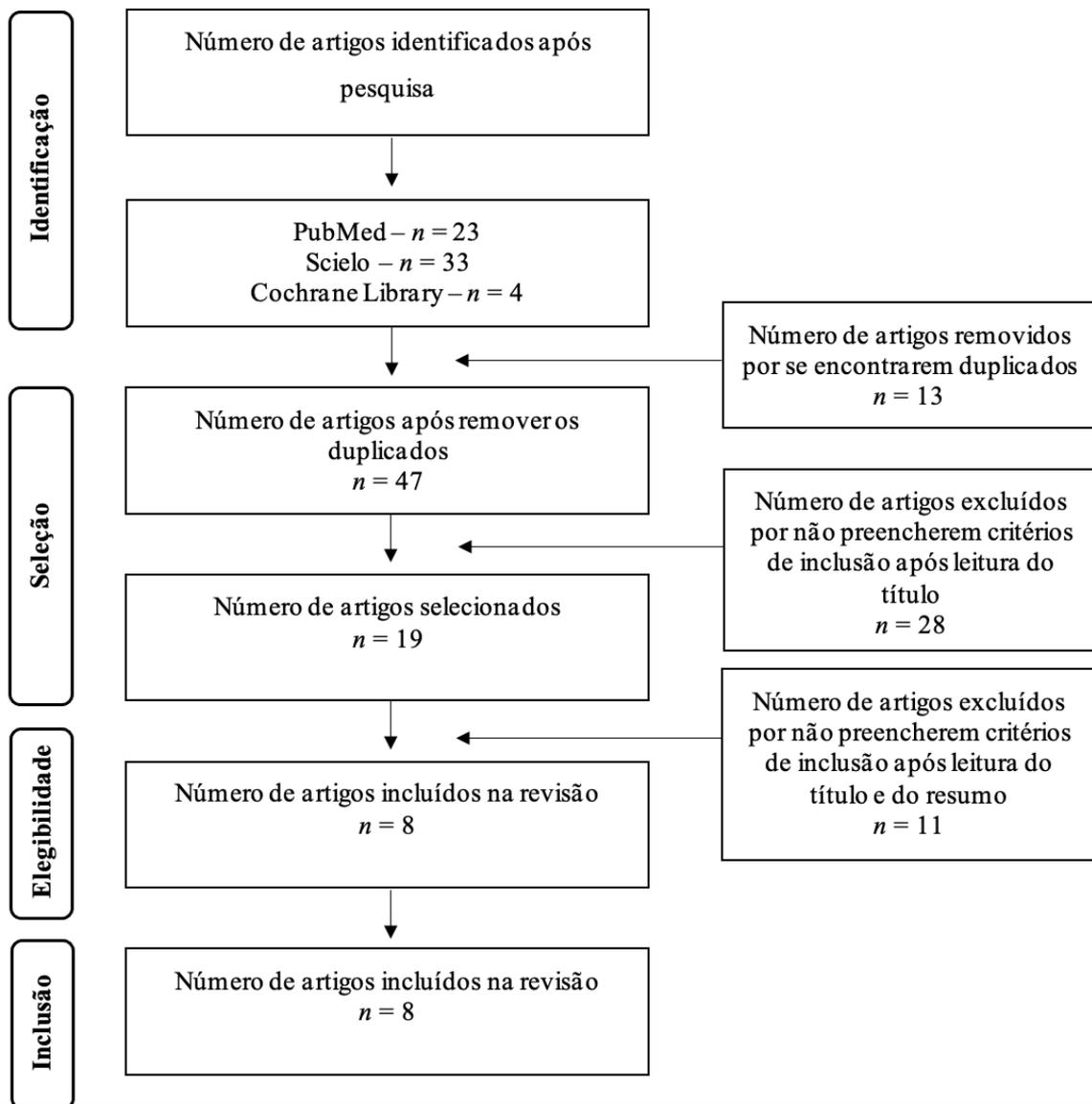
Order by Relevancy Results per page 25

- Amniotomy for shortening spontaneous labour**
Rebecca MD Smyth, Carolyn Markham, Therese Dowswell
Intervention Review 18 June 2013 New search Free access
Show PICO's Show preview
- Antibiotics prior to amniotomy for reducing infectious morbidity in mother and infant**
Amita Ray, Sujay Ray
Intervention Review 1 October 2014 Free access
Show PICO's Show preview
- Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care**
Shuqin Wei, Bi Lan Wo, Hui-Ping Qi, Hairong Xu, Zhong-Cheng Luo, Chantal Roy, William D Fraser
Intervention Review 7 August 2013 New search Free access
Show PICO's Show preview
- Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women**

APÊNDICE E: GESTÃO ARTIGOS NA PLATAFORMA ZOTERO

| Bases Dados | Equação Boleana | Resultados |
|--|--|------------|
|  | ((("Amniotomy"[Mesh]) AND "Labor, Obstetric"[Mesh]) | 23 |
|  | (*amniotomy) AND (labor) | 33 |
|  | (amniotomy):ti,ab,kw AND (labour, obstetric):ti,ab,kw | 4 |
| Total | Número total de artigos das bases de dados | 60 |
|  | Número total de artigos após submissão no gestor de referências Zotero | 47 |

APÊNDICE F: PRISMA- FLUXOGRAMA DO PROCESSO METODOLÓGICO



APÊNDICE G: CONTABILIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ESTÁGIO DE NATUREZA
PROFISSIONAL



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Ano Lectivo 2020 /2021

Nome do Aluno Sofia Nacielle Correia Nº 46880

| | |
|---|-----|
| 1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100) | 197 |
| 2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente | |
| • Partos eutócicos (40) ----- | 44 |
| • Participação activa em partos pélvicos ----- | 1 |
| • Participação activa em partos gemelares ----- | 1 |
| • Participação activa noutros partos ----- | 30 |
| • Episiotomia ----- | 12 |
| • Episiorrafia / perineorrafia----- | 29 |
| 3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) | |
| • Gravidez ----- | 236 |
| • Trabalho de parto ----- | 139 |
| • Puerpério ----- | 24 |
| 4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100) | 102 |
| 5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100) | 100 |
| 6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco | 27 |
| 7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas. | 106 |

Rubrica Professor

ANEXOS

ANEXO II: LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS

ANTES DO PARTO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



| 1 Na Admissão | |
|--|---|
| <p>A mãe tem de ser transferida?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, organizada</p> | <p>Verificar os critérios da unidade de saúde</p> |
| <p>Partograma iniciado?</p> <p><input type="checkbox"/> Não, inicia a partir de ≥ 4cm</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> | <p>Começa a registar no partograma quando o cérvix for ≥ 4 cm, depois o cérvix deve dilatar ≥ 1 cm/h</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cada 30 min: registar FC, contracções, FC fetal • A cada 2 h: registar a temperatura • A cada 4 h: registar TA |
| <p>A mãe precisa de tomar:</p> <p><i>Antibióticos?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, administrados</p> <p><i>Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, sulfato de magnésio administrado</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, anti-hipertensivo administrado</p> | <p>Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento</p> <p>Dar antibiótico à mãe, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • História de corrimento vaginal fétido • Rotura de membranas >18 h <p>Administrar sulfato de magnésio à mãe, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A TA diastólica for ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+ • A TA diastólica for ≥ 90 mmHg e proteinúria 2+ e se houver dor de cabeça grave, distúrbio visual, dor epigástrica <p>Administrar anti-hipertensivo à mãe, se a TA sistólica for >160 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectivo: manter a TA $<150/100$ mmHg |
| <p><input type="checkbox"/> Confirmar se existe material para limpar as mãos e usar luvas em cada exame vaginal.</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Encorajar a presença do acompanhante no parto.</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Confirmar que a mãe ou o acompanhante pedirão ajuda durante o parto, se necessário.</p> | <p>Pedir ajuda, se houver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Dor abdominal grave • Dor de cabeça forte ou distúrbio visual • Incapacidade de urinar • Necessidade de fazer força |

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acréscimos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety.

WHO/HIS/SDS/2015.26

© Organização Mundial da Saúde 2017. Alguns direitos reservados.

Este trabalho é disponibilizado sob licença de CC BY-NC-SA 3.0 IGO:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

2

Antes da expulsão (ou antes da cesariana)

A mãe precisa de tomar:

Antibióticos?

- Não
 Sim, administrados

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento
Administrar antibióticos à mãe, na presença de:

- Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- História de corrimento vaginal fétido
- Ruptura de membranas >18 horas
- Cesariana

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

- Não
 Sim, sulfato de magnésio administrado
 Sim, fármaco anti-hipertensivo administrado

Dar sulfato de magnésio à mãe, na presença de:

- TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+
- TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+, e: forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica

Dar fármaco anti-hipertensivo à mãe, se TA sistólica >160 mmHg
• Objectivo: manter TA $<150/100$ mmHg

Confirmar que existe o material necessário ao lado da cama e preparar o parto:

Para a mãe

- Luvas
 Desinfectante de mãos à base de álcool ou água limpa e sabão
 Oxitocina 10 unidades na seringa

Preparar cuidados à mãe, logo a seguir ao parto: Confirmar que só há um bebé (não mais)

1. Dar oxitocina dentro de 1 minuto após o parto
2. Retirar a placenta 1-3 minutos após o parto
3. Massajar o útero depois da placenta sair
4. Confirmar que o útero está contraído

Para o bebé

- Toalha limpa
 Lâmina/tesoura esterilizada para cortar o cordão umbilical
 Dispositivo de aspiração
 Balão e máscara

Preparar cuidados ao bebé, logo a seguir ao parto:

1. Secar o bebé e mantê-lo quente
2. Se não respirar, estimulá-lo e desobstruir vias aéreas
3. Se continuar a não respirar:
 - laquear e cortar o cordão
 - desobstruir as vias aéreas, se necessário
 - ventilar com balão e máscara
 - gritar por socorro

- Assistente identificado e pronto para ajudar no parto, caso seja necessário.**

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acréscimos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety.

3

Logo após o parto (no espaço de 1 hora)

A mãe tem sangramento anormal?

- Não
 Sim, pedir ajuda

Se sangramento anormal:

- Massajar o útero
- Considerar mais uterotónico
- Iniciar fluidos IV e manter a mãe quente
- Tratar a causa: atonia uterina, placenta/fragmentos retidos, lacerações vaginais, rotura uterina

A mãe precisa de tomar:*Antibióticos?*

- Não
 Sim, administrados

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento. Dar antibióticos à mãe, se a placenta for removida manualmente ou se a temperatura da mãe for $\geq 38^\circ\text{C}$ e se tiver:

- Tremores
- Corrimento vaginal fétido

Se a mãe tiver laceração do períneo de terceiro ou quarto grau, dar antibióticos para evitar infecção

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

- Não
 Sim, sulfato de magnésio administrado
 Sim, fármaco anti-hipertensivo administrado

Dar sulfato de magnésio à mãe, se tiver:

- TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+
- TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+, e: forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica

Dar anti-hipertensivo à mãe, se a TA sistólica > 160 mmHg

- Objectivo: manter a TA $< 150/100$ mmHg

O bebé precisa de:*Transferência?*

- Não
 Sim, efectuada

Verificar os critérios da sua unidade de saúde.

Antibióticos?

- Não
 Sim, administrados

Dar antibióticos ao bebé, se tiverem sido dados antibióticos à mãe para tratamento de uma infecção materna durante o parto ou se o bebé tiver:

- Frequência respiratória $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
- Retracção torácica, gemidos ou convulsões
- Reacção lenta aos estímulos
- Temperatura do bebé $< 35^\circ\text{C}$ (não subindo após aquecimento) ou temperatura do bebé $\geq 38^\circ\text{C}$

Cuidados especiais e monitorização?

- Não
 Sim, organizados

Prestar cuidados/monitorização especial ao bebé, se:

- Prematuro de mais de um mês
- Peso à nascença < 2500 gramas
- Precisar de antibióticos
- Precisar de reanimação

Amamentação e contacto pele com pele iniciados (se a mãe e o bebé estiverem bem).

Confirmar que a mãe / acompanhante pedirão ajuda, se houver sinais de perigo.

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acréscimos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety.

APÓS O PARTO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



4

Antes da alta

Confirmar a permanência na unidade de saúde durante 24 horas após o parto.

A mãe precisa de tomar antibióticos?

- Não
 Sim, administrar e adiar a alta

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento.
Dar antibióticos à mãe, se:
• Temperatura da mãe $\geq 38^{\circ}\text{C}$
• Corrimento vaginal fétido

A tensão arterial da mãe é normal?

- Não, tratar e adiar a alta
 Sim

Dar sulfato de magnésio à mãe, se:
• TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+
• TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+ e: forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica

Dar fármaco anti-hipertensivo à mãe, se TA sistólica > 160 mmHg
• Objectivo: manter a TA $< 150/100$ mmHg

A mãe tem sangramento anormal?

- Não
 Sim, tratar e adiar a alta

Se pulsação > 110 batimentos por minuto e tensão arterial < 90 mmHg
• Dar fluidos IV e manter a mãe quente
• Tratar a causa (choque hipovolémico)

O bebé precisa de tomar antibióticos?

- Não
 Sim, dar antibióticos, adiar a alta, prestar cuidados especiais

Dar antibióticos ao bebé, se:
• Frequência respiratória $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
• Retracção torácica, gemidos ou convulsões
• Reacção lenta aos estímulos
• Temperatura do bebé $< 35^{\circ}\text{C}$ (não subindo depois de aquecimento) ou temperatura do bebé $\geq 38^{\circ}\text{C}$
• Deixou de mamar bem
• Vermelhidão do umbigo estendendo-se à pele ou deitando pus

O bebé come bem?

- Não, estabelecer boas práticas de amamentação e adiar a alta
 Sim

Discutir e informar a mãe sobre as opções de planeamento familiar.

Marcar consulta de seguimento e confirmar que a mãe/acompanhante procurarão ajuda, se surgirem sinais de perigo após a alta.

Sinais de Perigo

A mãe tem:

- Hemorragia
- Dor abdominal grave
- Forte dor de cabeça ou distúrbio visual
- Respiração difícil
- Febre ou tremores
- Dificuldade em urinar
- Dor epigástrica

O bebé tem:

- Respiração acelerada/difícil
- Febre
- Frio anormal
- Falta de apetite
- Menos actividade do que o normal
- Amarelecimento de todo o corpo

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acréscimos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety.

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

ANEXO III: ESCALA DE GOODWIN MODIFICADA

| HISTÓRIA REPRODUTIVA | | | |
|---|-----------|-----------|------------|
| Idade | ≤17>40 | = 3 | |
| | 18 - 29 | = 0 | |
| | 30 - 39 | = 1 | |
| Paridade | 0 | = 1 | |
| | 1 - 4 | = 0 | |
| | ≥ 5 | = 3 | |
| HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR | | | |
| Aborto habitual ≥ (3 consecutivos) | = 1 | | |
| Infertilidade | = 1 | | |
| Hemorragia pós-parto/dequitação manual | = 1 | | |
| RN ≥ 4000 g | = 1 | | |
| Pré-eclampsia/eclampsia | = 1 | | |
| Cesariana anterior | = 2 | | |
| Feto morto / morte neonatal | = 3 | | |
| Trabalho de parto prolongado ou difícil | = 1 | | |
| PATOLOGIA ASSOCIADA | | | |
| Cirurgia ginecológica anterior | = 1 | | |
| Doença renal crónica | = 2 | | |
| Diabetes gestacional | = 1 | | |
| Diabetes Mellitus | = 3 | | |
| Doença cardíaca | = 3 | | |
| Outras (bronquite crónica, lúpus, etc.) | | | |
| Índice de acordo com a gravidade | = (1 a 3) | | |
| Gravidez atual | | 1ª visita | 36ª semana |
| Hemorragias ≤ 20 semanas | = 1 | | |
| Hemorragias > 20 semanas | = 3 | | |
| Anemia (≤ 10 g) | = 1 | | |
| Gravidez prolongada ≥ 42 semanas | = 1 | | |
| Hipertensão | = 2 | | |
| Rotura prematura da membranas | = 2 | | |
| Hidramnios | = 2 | | |
| ACIU (atraso de crescimento intrauterino) | = 3 | | |
| Apresentação pélvica | = 3 | | |
| Isoimunização Rh | = 3 | | |

Baixo risco 0 – 2 / Médio risco 3 – 6 / Alto risco ≥ 7