

Curso de Mestrado em Enfermagem
Saúde Materna e Obstetrícia

A POSIÇÃO DA MULHER NO PARTO

JORGE MIGUEL GALVÃO MATIAS

PROFESSORA IRENE MARIA TRINDADE SOARES

2012



Abstract

This document materializes the results I have achieved with the work plan developed during my Graduation in Obstetric Nursery. This cycle of studies is being ministered in Lisbon – ESEL (the public nursing school of Lisbon).

After defining the following question: **“Are there any implications for the women and newborn, if the birth occurred in a vertical delivery position?”**, I made a work plan that included objectives and strategies focus on collecting data from every clinical experience I had to get a consistent answer to my question.

So, I will contextualize my objectives and present some conclusions I got with the Systematic Review of Literature I made about different positions in Labour. I will also describe my activities during the several clinical experiences I went through – with especial relevance to the outcomes I registered in the 50 births I assisted actively (main technician) in the following positions: Lithotomy, Sit and Squatting.

Resumo

Este documento materializa os resultados que obtive com o percurso de trabalho desenvolvido durante o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Ao definir a seguinte questão central: **“Quais as implicações para a mulher e recém-nascido, na adopção de posições verticais, durante o segundo estágio do trabalho de parto?”**, delineei um plano de trabalho composto por objectivos e estratégias capazes de recolher dados dos diversos Ensinos Clínicos (EC) que compõem o Plano do Estudos deste Curso de Mestrado, de forma a encontrar uma resposta consistente.

Assim, irei contextualizar os meus objectivos e apresentar algumas conclusões que obtive com a Revisão Sistemática da Literatura que fiz sobre as posições da mulher no período expulsivo. Pretendo também descrever as minhas actividades nos vários EC efectuados – com especial relevância para o Bloco de Partos onde registei os resultados maternos e fetais de 50 partos realizados em 3 posições distintas: Litotomia, Sentada e Acocorada.

0. INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da frequência do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) – Unidade Curricular: Estágio com Relatório.

Esta Unidade Curricular (UC) decorreu em contexto de Bloco de Partos e articulou com as UC Investigação e Opção – esta última implicou a elaboração de um Projecto Individual com aplicação prática nos Ensinos Clínicos (EC) que compõem o curso; a temática desse projecto foi escolhida individualmente por cada aluno e o plano estratégico para operacionalizar os objectivos definidos foi, também ele, singular.

Assim, devo referir que uma parte significativa deste relatório assenta nos resultados que obtive com a materialização do meu Projecto Individual, e consequente percurso de aprendizagem, cujo tema é: **“A Posição da Mulher no Segundo Estádio do Trabalho de Parto”**.

Para facilitar a leitura e compreensão do meu trabalho, será útil situar cronologicamente este percurso académico, bem como descrever o fluxo político legislativo que suporta o respectivo Plano de Estudos que teve início no ano lectivo de 2010/ 2011. As componentes teóricas e práticas foram distribuídas por 4 semestres e o Plano de Estudos alicerçou-se em documentos como o Relatório Mundial de Saúde de 2005 da Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) do Colégio Português da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CEESMO).

No contexto europeu, entidades como a International Confederation of Midwives (ICM) permitem o enquadramento destas competências num paradigma internacional, desenvolver a profissão e melhorar a saúde reprodutiva e sexual das mulheres, a saúde dos recém-nascidos e das suas famílias; a sua base legislativa assenta nas Directivas comunitárias n.º 80/154/CEE e 80/155/CEE, de 21 de Janeiro de 1980, transpostas para

o direito interno português – Decreto-Lei nº 333/87, de 1 de Outubro. O objectivo último deste trajecto será a aquisição das competências teórico-práticas definidas no CEESMO.

Nesta forma, este relatório pretende ser a prova escrita da aquisição dessas competências, mas também o objecto de discussão pública para a obtenção do grau de Mestre.

A UC Estágio com Relatório teve lugar no Bloco de Partos/ Urgência Obstétrica e Ginecológica do Hospital X, e a sua duração foi de 20 semanas, com início no dia 27/02/2012 e *términus* no dia 27/07/2012 – o total de horas efectuadas em estágio foi 465. A minha orientação foi partilhada por um orientador clínico: Sr.^a Enf.^a F. M. e um orientador escolar: Professora Irene Soares.

Nesta conformidade, o meu percurso foi norteado por objectivos que são específicos dos ensinamentos clínicos, mas também pelas metas que delineei no meu Projecto Individual; estes objectivos vão ser apresentados no capítulo seguinte deste trabalho, intitulado: *Finalidade e Objectivos*.

A escolha da temática central do Projecto – a posição (corporal) da mulher no período expulsivo, partiu de inquietações pessoais que me acompanham desde 2005, ano em que conclui a minha Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil e iniciei a minha actividade profissional no Bloco de partos/ Urgência obstétrica e ginecológica do Hospital Garcia de Orta, em Almada, onde permaneci durante 5 anos. Actualmente encontro-me no serviço homólogo do Hospital José de Almeida em Cascais – o meu exercício aconteceu sempre em salas de parto.

Seria injusto comigo próprio se concordasse com a forma como alguns cuidados de saúde são prestados no parto (à mulher) – um acto **fisiológico** que é visto e tratado, frequentemente, como **patológico**; ao longo de 7 anos tenho observado condutas que favorecem uma medicalização que me parece excessiva e desnecessária, em detrimento de uma linha de cuidados centrada no carinho e apoio das mulheres que vivem a experiência por parto.

A Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde Português e outros órgãos não-governamentais, têm proposto mudanças nesta assistência, incluindo a recuperação do parto natural com a actuação da enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia (EESMO). Existe, inclusive, um conjunto de competências que se encontram regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros para o exercício destes profissionais na assistência à gravidez sem complicações e parto normal.

Por outro lado, a mulher parece desconhecer os direitos que tem sobre o seu próprio corpo e estado de saúde, cedendo as suas preferências e projectos em favor de rotinas e normas cuja finalidade é, muitas vezes, facilitar apenas a acção dos técnicos de saúde. Uma destas práticas é a rotinização da **posição da mulher adoptada para o parto** – generalização da posição de litotomia, no período expulsivo, independentemente da condição ou escolha da mulher.

Acredito que o EEESMOG detém as competências ou “*skills*”, necessários para oferecer cuidados adaptados à singularidade de cada mulher. Este profissional, pelo conjunto de competências que possui, assume uma posição de destaque na protecção da saúde da mulher (grávida ou não) – este aspecto é reforçado pelo seu papel pedagógico e de proximidade com os utentes.

A estes aspectos acresce ainda a importância “social” do EEESMOG, na medida em que conjuga esforços, de forma sinérgica, com os diferentes organismos que constituem a comunidade – influenciando o nível de saúde da população.

Nesta linha de pensamento, reorganizei as minhas convicções pessoais e conhecimento teórico-práticos (que considero refinados pelo percurso formativo que desenvolvi, até agora, neste curso de mestrado) e escolhi este tema. Importa também mencionar que o meu trabalho encontra uma afinidade natural com o modelo teórico desenvolvido pela enfermeira Jean Watson – Teoria do Cuidar Transpessoal/ “*Human Care*”. Acredito que o carácter transcendental e direcção marcada para a valorização fenomenológica, deste modelo, se fundem com temáticas tão subjectivas e individuais como a vivência do parto.

Jean Watson centra a Enfermagem no “cuidar” ao invés do “curar” – rompendo com o modelo biomédico característico das sociedades ocidentais industrializadas e onde insiro o meu país e uma parte dos cuidados que observo diariamente no meu quotidiano laboral. O cuidar é, assim, um fim em si mesmo e não um meio para atingir um fim (a cura); a pessoa deve ser cuidada e encorajada a descobrir-se a si própria, fomentando o seu crescimento e autonomia. A saúde não é vista como uma mera sensação de bem-estar ou mal-estar, mas sim como um estado de harmonia física, psíquica e espiritual.

No entanto, devo acrescentar que a escolha de uma determinada teórica pode ser influenciada pelas afinidades individuais/ personalidade do próprio enfermeiro, assim como pelas suas vivências – não existem modelos certos ou errados; devem actuar

como uma “bússola orientadora” que, ao concentrar métodos e conceitos teórico-práticos, dirigidos à própria ciência do cuidar, podem ajudar a sistematizar e organizar o pensamento e acção do profissional.

Assim, a estrutura deste relatório é a seguinte:

Capítulo	Conteúdo
1. Finalidade e Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Objectivos do EC em Bloco de Partos; • Objectivos do Projecto Individual.
2. Enquadramento Teórico	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualização teórico-prática da problemática central do trabalho.
3. Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição dos métodos científicos utilizados para fundamentar a minha intervenção e responder aos objectivos;
4. Operacionalização do Plano de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos resultados que obtive com a operacionalização do Plano de Trabalho delineado; • Descrição das actividades realizadas em contexto de Bloco de Partos.
5. Análise ao desenvolvimento de Competências	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das competências desenvolvidas durante o EC em Bloco de Partos.
6. Reflexão Final	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende todas as considerações finais sobre o percurso de trabalho efectuado e Recursos que utilizei.
7. Bibliografia	<ul style="list-style-type: none"> • Listagem das obras e estudos consultados.

1. FINALIDADE E OBJECTIVOS

Neste capítulo pretendo apresentar os objectivos definidos para este EC, de acordo com o Guia Orientador do Estágio com Relatório e cuja fundação assenta na proposta de regulamento das competências específicas do EESMO – aprovada em assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CEESMO), em 2010.

Pretendo ainda descrever as metas e a finalidade do meu Projecto Individual intitulado “A Posição da Mulher no Parto”.

1.1. Objectivos Da UC: Estágio Com Relatório

Objectivo n.º 1

Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/ RN/ família, no âmbito da transição para a parentalidade – em situação de saúde e doença – tendo em vista a promoção da sua saúde e bem-estar;

Objectivo n.º 2

Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/ RN/ família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade, mortalidade e promover a sua saúde e bem-estar;

Objectivo n.º 3

Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/ família, em situação de doença ginecológica – tendo em vista a promoção da sua saúde e bem-estar;

Objectivo n.º 4

Identificar as implicações das posições verticais, a adoptar durante o segundo estágio do trabalho de parto, relativamente à posição supina;

Objectivo n.º 5

Conhecer o papel do EEESMOG na escolha da mulher, relativamente à posição para parir.

Estes objectivos focam a aquisição e desenvolvimento das seguintes competências (segundo o CEESMO):

1. **Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;**
2. **Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;**
3. **Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;**
4. **Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica.**

O primeiro, segundo e terceiro objectivos deste projecto incidem, sobretudo, na aquisição das quatro competências acima referidas. O quarto e quinto objectivos materializam parte do plano de trabalho que determinei no meu Projecto individual.

1.2. Objectivos E Finalidade Do Projecto Individual

Os objectivos que defini para o Projecto Individual foram os seguintes:

- Conhecer o papel do EEESMOG na escolha da mulher, relativamente à posição para parir;
- Identificar as implicações das posições verticais, a adoptar durante o segundo estágio do trabalho de parto, relativamente à posição supina.

Perante estes objectivos que, no fundo, são as minhas próprias inquietações pessoais, delineei um percurso metodológico – aprofundado no capítulo seguinte: *Metodologia*, com vista à sua consecução.

Reportando à investigação em enfermagem propriamente dita, BASTO, citado por COUTO (2003: 22), refere que se “...faz investigação para melhor compreender a realidade, ou seja, para aumentar o conhecimento sobre um determinado fenómeno”. Neste prumo de pensamento, elaborei uma questão central, sobre a qual se desenvolveu todo o meu trabalho:

- **“Quais as implicações para a mulher e recém-nascido, na adopção de posições verticais, durante o segundo estágio do trabalho de parto?”.**

Nesta conformidade, a **finalidade** do projecto é conhecer e questionar as razões que motivam a adopção generalizada das posições supinas (Sobretudo a posição de litotomia), no segundo estágio do trabalho de parto.

Poderia ter centrado os objectivos apenas na mulher, no entanto, pareceu-me redutor e um pouco “irreal” descurar o papel do recém-nascido neste processo de escolha. A minha prática profissional diz-me que o bem-estar do recém-nascido é, muitas vezes, um argumento forte para justificar a manutenção das posições supinas ou horizontais da mulher no parto

A pertinência do trabalho é evidente; permite compreender com maior clareza o comportamento das mulheres, mas também o dos técnicos de saúde na escolha da posição para o parto. Acredito que estas informações são valiosas na reformulação das atitudes e valores de todos os intervenientes no parto, repercutindo directamente na qualidade dos cuidados prestados.

Por outro lado, tentei abrir uma porta para o desenvolvimento de competências específicas do EEESMOG; das sete competências definidas pelo CEESMO, posso identificar 2 que estão directamente relacionadas com a temática que escolhi:

1. **Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;**
2. **Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.**

Ao incidir no período pré-natal a primeira competência relaciona-se, sobretudo, com a capacidade de diagnóstico e vigilância da gravidez do EEESMOG. Como profissional de saúde com conhecimentos teórico-práticos, no campo saúde materna e da pedagogia, a sua actuação pode constituir um vector empoderador junto dos utentes – a transmissão de orientações adequadas permite escolhas conscientes em matéria de saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis. O período pré-natal constitui, assim, uma janela de oportunidade preciosa para o EEESMOG ajudar a mulher a projectar o seu parto e promover a satisfação com os cuidados de saúde prestados.

A segunda competência prende-se, logicamente, com a questão central já apresentada e encontra maior visibilidade e aplicação em Bloco de Partos. Porém, pareceu-me adequado alargar o meu leque de estratégias a **outros estágios** – como explicarei na *Metodologia*.

Nesta conformidade, delineei este projecto no sentido de obter ganhos das diversas experiências formativas previstas, nomeadamente, dos Ensinos Clínicos:

- II, Serviço de Puerpério;
- III, Cuidados de Saúde Primários;
- IV, Serviço de Medicina Materno-Fetal;
- EC em Bloco de Partos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A segunda parte deste documento compreende o quadro conceptual ou enquadramento teórico que fundamentou o meu trabalho. **Este referencial teórico foi direccionado exclusivamente para a questão central de investigação e é complementado com as conclusões obtidas no capítulo seguinte: Metodologia.** O leitor deve compreender que esta fundamentação teórica assenta, sobretudo, em conclusões obtidas com a Revisão Sistemática da Literatura desenvolvida – o desenho, ou percurso metodológico utilizado será descrito posteriormente em pormenor e os resultados podem consultados no subcapítulo: **3.2.**

2.1. Os Profissionais De Saúde E A Posição Da Mulher No Parto

JONGE e LAGRO-JANSSEN (2004), referem que a utilização de posições verticais, para o período expulsivo, era comum até ao século 17. Com a introdução de instrumentos como a ventosa e os diversos tipos de fórceps, a posição supina foi amplamente divulgada por conveniência dos profissionais de saúde – acesso fácil à região perineal da mulher.

GUPTA, HOFMEYR e SMYTH (2009), afirmam que actualmente os partos acontecem com a mulher em posições supinas, sob justificação de que este tipo de posições permite uma monitorização fetal mais eficaz e um nascimento mais “seguro”. Os autores acrescentam que a conduta dos técnicos de saúde tende a descurar o conforto da mulher, podendo até ser vista como abusiva, despersonalizada e humilhante – condicionando a satisfação da mulher com o seu parto.

Relativamente à posição dos técnicos de saúde, RODEIA (1995: 115), refere que *“Por vezes, comportamentos que questionam a capacidade da mulher ser mãe, humilham-na e causam-lhe trauma [...] facto que desencadeia pensamentos negativos, insegurança, aumento da ansiedade, do medo e da dor...”*. A mesma autora refere que *“O pouco cuidado que alguns técnicos evidenciam na formulação de afirmações, a*

rotinização do trabalho, e a não valorização das preocupações expressas pela mulher, evidenciam um desrespeito pela sua individualidade...”. Desta forma, é imprescindível que os profissionais de saúde tomem consciência que estas condutas estão, muitas vezes, desajustadas e procurem cuidar da pessoa na sua totalidade, adaptando os cuidados às suas características e/ ou necessidades particulares.

Sobre este assunto, KITZINGER (2003), opina que muitas das intervenções dirigidas à parturiente, e que são aceites como “normais” e “necessárias”, pertencem ao ambiente *convencional* do parto nas sociedades industrializadas; são medidas insidiosas e sem as quais os profissionais se sentem desenquadrados e inseguros – uma dessas medidas é o uso da cama para o parto e a posição de litotomia.

2.2. As Posições Para O Período Expulsivo

Para a EMA (2005), ter um filho é um fenómeno social e emocional extremamente importante na vida da mulher; é um acontecimento no qual a auto-estima e a confiança da mulher devem ser estimuladas. A assistência que favorece o parto fisiológico (“normal”) deve ser possível, independentemente do contexto em que mulher se insere.

Na mesma linha de opinião, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu Guia Prático de Assistência ao Parto Normal (1996), refere que as posições verticalizadas apresentam maiores vantagens do que uma posição dorsal.

As posições verticais são associadas a menos desconforto e dificuldade para realizar esforços expulsivos; o nível de dor é menor e a incidência de traumatismos no períneo (por episiotomia) é reduzida.

Ao assumir uma postura verticalizada a mulher favorece a dinâmica uterina (a frequência e intensidade das contracções uterinas aumentam), na medida em que a secreção endógena de ocitocina é maior pela estimulação acrescida do colo uterino – efeito Ferguson-Harris.

Estas posições são também favorecedoras do bem-estar fetal – menor frequência de padrões anormais dos registos cardíacos do feto e melhores resultados no índice de Apgar. A FAME (2009) acrescenta mesmo que ocorre uma melhoria significativa da estática fetal, pela maior mobilidade e acomodação do feto à bacia e musculatura maternas.

No entanto, a OMS advoga que parte do sucesso das posições verticais depende da capacidade técnica do profissional que assiste o parto e da sua experiência com outras posições; o conhecimento e a disposição para assistir a mulher em diferentes posturas são fundamentais.

Com base nos resultados da revisão sistemática da literatura que realizei, as posições para o parto podem ser classificadas em: **horizontais** e **verticais**.

São consideradas posições horizontais:

- **Litotomia;**
- **Supina (< 45° na elevação da cabeça);**
- **SIMS;**
- **McRoberts.**

São consideradas posições verticais:

- **Acocorada;**
- **Ajoelhada/ “de gatas” (a elevação da cabeça é variável);**
- **“De Pé”/ apoiada em algo (pêndulo);**
- **Sentada (> 60° na elevação da cabeça).**

GUPTA, HOFMEYR e SMYTH (2009), sugerem que esta classificação se baseie na interpretação de uma linha imaginária, que atravessa o centro da 3ª, 4ª e 5ª vértebras lombares – se a linha descrever uma tendência horizontal, a posição será considerada horizontal e vice-versa.

Verifiquei que a maioria dos autores concorda com a existência de posições verticais e horizontais sem, no entanto, sugerir critérios para a sua classificação.

Encontrei ainda pequenas variações nos ângulos considerados para as posições supina, sentada e ajoelhada/ “de gatas”.

Apesar dos estudos sugerirem que as posições verticais apresentam vantagens significativas (para a mulher e recém-nascido), comparativamente com as horizontais, a conclusão que une os autores é a seguinte:

- **A posição para parir deve ser escolhida pela mulher.**

É evidente que a opção da mulher é sustentada (e condicionada) pelos conhecimentos que a mesma possui acerca das posturas. Cabe ao EEESMOG respeitar o direito da mulher em tomar as decisões relativas ao seu parto, de uma forma **ponderada** e **informada** – ICM (2005). No mesmo vector de intervenção, a FAME

(2009) refere que é pertinente que se mostre às mulheres, durante a gestação, figuras alusivas às diferentes posições assim como as vantagens e inconvenientes de cada uma delas.

2.3. O Segundo Estádio Do Trabalho De Parto

Do ponto de vista fisiológico, BOBAK, JENSEN e LOWDERMILK (1999), dividem o parto em quatro fases, cada uma, com duração e mecanismos específicos; a **segunda fase** (ou segundo estágio do trabalho de parto), denominada de *fase expulsiva* inicia-se com o apagamento e dilatação completa do colo uterino até à expulsão fetal.

A Iniciativa Parto Normal, no seu documento de consenso (2009), divide este período em duas etapas: primária – fase de descanso, logo após a dilatação total do colo uterino; avançada – fase de esforço expulsivo, após a apresentação fetal se encontrar abaixo das espinhas isquiáticas. Os esforços expulsivos só devem ser realizados na segunda etapa deste estágio do trabalho de parto.

Sobre os esforços expulsivos, CHALK (2004), refere que a orientação dos profissionais (*coaching* da mulher) se move entre dois pólos: encorajamento para a mulher seguir o seu instinto sem nenhuma instrução específica, ou uma conduta rígida com indicações firmes e sequenciais.

Esta autora acrescenta que o encorajamento da mulher, na escolha da posição para parir, varia entre a liberdade total – adopção de qualquer postura – e a obrigação em assumir e permanecer numa posição deitada (supina ou litotomia).

2.4. Cuidados Ao Périneo

A abordagem dos cuidados ao périneo reveste-se de pertinência na medida em que a posição para o parto influencia o traumatismo perineal – episiotomia ou lacerações dos tecidos: FAME (2009).

Existem posições associadas a uma taxa elevada de episiotomias – sentada e supina, quando comparadas com outras posturas. Por outro lado, nas posições verticalizadas (como acorçada ou “de pé”) executam-se menos episiotomias; estas posturas produzem, no entanto, mais lacerações perineais (grau I e II) do que as posições horizontalizadas – FAME (2009).

Porém, os autores concluem que **deve ser a mulher a escolher a postura mais confortável.**

No que respeita à realização de episiotomia, a OMS (1996) refere que a sua prática indiscriminada tem efeitos negativos na saúde da mulher e deve ser cuidadosamente ponderada. A FAME (2009) acrescenta ainda que existem um conjunto de premissas ligadas à episiotomia, entre elas, a crença de que este procedimento previne o trauma perineal; não existem, no entanto, estudos que suportem esta afirmação.

Assim, a episiotomia está indicada os casos de:

- Bem-estar fetal em risco;
- Parto vaginal complicado;
- Mulheres com mutilação dos genitais ou cicatrização de lesões anteriores.

A integridade do períneo pode ainda relacionar-se com o *skill* técnico do técnico que assiste a mulher: FAME (2009). Estes autores mencionam ainda a existência de duas técnicas distintas para protecção do períneo: “Hands On” e “Hands Poised”.

Na primeira o profissional exerce pressão sobre o períneo e manobra activamente a cabeça fetal (flexão constante) e a saída dos ombros do feto. Na segunda, a atitude é expectante e aguarda-se a saída espontânea da cabeça e ombros do feto; num estudo comparativo entre as duas técnicas não se verificaram diferenças relativamente à gravidade e localização das lesões perineais.

2.5. Modelo Teórico Adoptado – Jean Watson

JEAN WATSON (1999), no seu modelo teórico para o exercício da Enfermagem, define quatro conceitos fundamentais – **Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem**. Todos estes elementos são dotados de igual importância e constituem os pilares sobre os quais a prestação de cuidados deve assentar.

A autora acredita num sistema de valores profundamente altruísta, no qual a prestação de cuidados é materializada por um profissional capaz de se dar e receber, num processo que visa o crescimento humano do utente; este crescimento caminha em profunda sintonia com a realização pessoal de cada um de nós e, no contexto do meu

trabalho, encontra uma afinidade natural com o projecto que cada mulher cria para o *seu* parto.

O enfermeiro pode, através de uma relação terapêutica/ prestação directa de cuidados, entrar no campo fenomenológico do utente e, se estiver atento/ sensibilizado para isso, assumir uma posição favorável à compreensão dos problemas reais da pessoa. No que respeita ao parto, em particular, esta compreensão pode sublimar-se e aproximar os cuidados das necessidades reais da parturiente, materializando as suas aspirações (muitas vezes expressas num Plano de Parto).

Este processo centra, assim, a Enfermagem no “cuidar” ao invés do “curar” – rompendo com os modelos biomédicos tradicionais. O cuidar é, assim, um fim em si mesmo e não um meio para atingir um fim (a cura); a pessoa é cuidada e encorajada a descobrir-se a si própria, fomentando o seu crescimento espiritual. A saúde não é vista como uma mera sensação de bem-estar ou mal-estar, mas sim como um estado de harmonia física, psíquica e espiritual.

WATSON (2002) explica ainda que o “cuidar” implica vontade e empenho, por parte da enfermeira, em assumir um compromisso pessoal, moral e até espiritual. Desta forma, tanto o cliente como a enfermeira podem sair beneficiados de um processo dinâmico que assenta no compromisso e satisfação do “dar” e do “receber”.

A enfermagem é ainda vista como uma disciplina dicotómica, na medida em que assenta num corpo de conhecimentos técnicos pautados pelo rigor científico, mas também no interesse pela análise e valorização de elementos subjectivos como a consciência e as emoções – capacitando a profissão para atingir e cuidar áreas não abrangidas pelos modelos e profissões puramente “médicas”.

Neste contexto, o EEESMOG pode constituir um vector importante para a realização do projecto individual da mulher como mãe. Ao informar a grávida e permitir a sua participação nos cuidados – *que* cuidados e *como* são prestados, promove directamente a sua satisfação pessoal.

3. METODOLOGIA

Para FORTIN (1999: 132), a *metodologia* “ (...) é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação (...)”. A mesma autora acrescenta que a metodologia diz respeito às decisões que foram tomadas para responder aos objectivos da investigação.

Assim, toda esta parte do meu relatório será centrada no método, ou percurso metodológico, que utilizei para atingir os meus objectivos.

Numa primeira fase, entreguei-me a uma revisão narrativa da literatura que envolveu documentos tão diversos como estudos, artigos de opinião, livros e directrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS); esta revisão decorreu nos meses de Abril e Maio de 2011 e não encontrou estudos realizados em Portugal ligados ao uso de posições verticais no período expulsivo.

Neste sentido, e após a revisão narrativa da literatura, constatei que esta temática é actual, embora pouco explorada dentro da Europa – a maioria dos estudos provém de países nórdicos, Holanda e Inglaterra. Fora do espaço europeu, identifiquei os Estados Unidos da América e a Austrália como líderes na investigação subordinada a este tema. Devo, no entanto, acrescentar que países considerados “subdesenvolvidos”, como a Tanzânia, Índia, Irão e América do sul apresentam inúmeros estudos ligados às posições da mulher no período expulsivo.

Desta forma, explorei os efeitos das posições verticais, durante o segundo estágio do trabalho de parto, para a mulher e recém-nascido, pois acredito que a escolha (informada) da posição para parir pertence à mulher.

A segunda etapa do meu trabalho teve início com a formulação de uma questão, em formato **PICO**: “**Quais as implicações para a mulher e recém-nascido, na adopção de posições verticais, durante o segundo estágio do trabalho de parto?**”.

Decomposição da questão **PICO**:

- **População:** Mulher e recém-nascido;

- **Intervenção:** Adopção de posições verticais no segundo estágio do trabalho de parto;
- **Comparação:** Não aplicável;
- **Outcome (resultados):** Implicações para a mulher e recém-nascido;

3.1. Revisão Sistemática Da Literatura – Método

O método que utilizei para encontrar resposta para a minha questão foi a **revisão sistemática da literatura (RSL)**.

Para CRAIG e SMYTH (2004), as revisões sistemáticas visam divulgar informação corrente em áreas clínicas específicas. É necessário que se faça uma procura dirigida à melhor evidência possível e a apreciação dos dados deve valorizar a sua validade e relevância.

Assim, para realizar a revisão sistemática da literatura, efectuei uma pesquisa através do motor de busca: EBSCO-Host, no dia 27/06/2011. O acesso a este motor de busca foi providenciado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa a todos os alunos inscritos nos planos de estudos.

Uma vez que este serviço electrónico compreende mais de 10 bases de dados digitais, seleccionei apenas aquelas que são dirigidas para matérias ligadas à saúde/ psicologia, com exclusão de assuntos ligados a fármacos, tecnologia ou desporto. Exclui ainda uma base de dados, direccionada para estudos sul-americanos e outra ligada à economia em saúde. Desta forma, considerei apenas as seguintes:

- **CINAHL Plus;**
- **Cochrane Database of Systematic Reviews;**
- **Cochrane Central Register of Controlled Trials;**
- **MEDLINE;**
- **Psychology and Behavioral Sciences Collection.**

CRAIG e SMYTH (2004) afirmam que a escolha dos estudos que compõem a revisão sistemática deve respeitar um conjunto de critérios bem definidos. Neste sentido, os critérios que defini para inclusão/ filtragem dos artigos são seguintes:

- **Artigo em PDF completo e gratuito;**

- **Publicado no período cronológico compreendido entre: 01/01/2000 e 27/06/2011;**
- **Língua Inglesa;**
- **Temática relacionada com o objecto de estudo.**

Os descritores/ “palavras-chave” que guiaram a pesquisa (Boolean/ Phrase) foram os seguintes:

- **“Birth Position” (OR) “Supine Position” (OR) “Second Stage of Labour” (OR) “Vertical Delivery” (OR) “Upright” (OR) “Birthing” (OR) “Sitting” (OR) “Squatting” (OR) “Lithotomy”.**

A combinação dos critérios de inclusão com os descritores resultou em 172 artigos, pelo que senti necessidade de criar dois critérios adicionais – de forma a reduzir o meu campo de análise:

- **Estudo realizado dentro do espaço europeu;**
- **Temática tem de ter co-relação com o objecto de estudo;**

Desta filtragem resultou um total de 19 artigos, dos quais, foram excluídos 6 por se encontrarem repetidos e 4 por estarem incompletos (apesar do PDF completo ser um critério incluído na primeira pesquisa). Restou, então, um corpo de análise composto por **9** artigos (n = 9).

Todos os artigos que constituem o corpo de análise foram classificados segundo o seu nível de evidência, de acordo com a classificação proposta por CRAIG e SMYTH (2004):

- **Nível I – Revisões sistemáticas;**
- **Nível II – Ensaio aleatório;**
- **Nível III – Estudo de Coortes;**
- **Nível IV – Estudos de caso controlados;**
- **Nível V – Séries de casos;**
- **Nível VI – Estudos de caso/ opinião.**

3.2. Revisão Sistemática Da Literatura – Resultados

A tabela seguinte resume os resultados dos estudos consultados. A numeração dos artigos é homóloga à apresentada na tabela em anexo (**Anexo I**), onde é possível consultar em profundidade o *desenho* e os autores de cada investigação.

Art.	Resultados/ conclusões dos autores por cada artigo analisado
Nº1	<p>A posição de litotomia foi associada a uma maior incidência de lacerações perineais, relativamente a outras posições para o período expulsivo.</p> <p>As mulheres escolhem preferencialmente a posição “sentada”.</p> <p>Os autores descrevem 7 posições distintas para o período expulsivo.</p>
Nº2	<p>Comparação das posições: “ajoelhada” e “sentada”; não se verificaram diferenças significativas entre as duas, relativamente à incidência de lacerações ou duração do período expulsivo.</p> <p>A posição “ajoelhada” é mais satisfatória para a mulher.</p>
Nº3	<p>A perda hemática vaginal aumenta nas posições sentada e semi-sentada, comparativamente com a posição reclinada (nas mulheres com lacerações perineais). Esta relação não se verificou nas mulheres com períneo íntegro.</p>
Nº4	<p>Os factores obstétricos, as condições de trabalho e a experiência das “parteiras” são os motivos de desvio das preferências da mulher (relativas à posição para parir).</p> <p>As “parteiras” e os seus estudantes necessitam desenvolver competências que lhes permitam assistir o período expulsivo em posições não supinas.</p>
Nº5	<p>A posição supina foi associada a uma maior incidência de partos instrumentados, episiotomias e níveis de dor mais elevados.</p> <p>A posição supina produziu mais achados anormais na frequência cardíaca fetal, comparativamente com outras posturas.</p> <p>A posição supina foi associada a menor perda de sangue, quando comparada com outras posições para o período expulsivo.</p> <p>Não se verificaram diferenças no Índice de Apgar, ressuscitação neonatal ou pH arterial nos recém-nascidos de mães que adoptaram posições não supinas.</p>
Nº6	<p>A escolha da posição para parir é mais influenciada pela orientação da “parteira” do que pela preferência pessoal da mulher.</p> <p>As mulheres estão mais familiarizadas com a posição supina por este posicionamento ser dominante nas sociedades ocidentais.</p>

	<p>O encorajamento da mulher para seleccionar a posição para parir favorece a experiência positiva do parto (gratificação e realização).</p> <p>Algumas mulheres que frequentaram cursos de preparação para o nascimento referiram que foram discutidas, durante as sessões, diversas posições para o período expulsivo.</p>
Nº7	<p>A escolha da posição, pela mulher, é promotora de autonomia e conforto, favorecendo a progressão do feto no canal de parto.</p> <p>As posições verticais usam a força da gravidade e podem abreviar o período expulsivo.</p> <p>As posições verticais estão associadas a uma maior incidência de lacerações.</p> <p>A posição de litotomia é associada a dor mais intensa, maior incidência de episiotomia e partos instrumentados. Os achados anormais da frequência cardíaca fetal foram mais frequentes nesta posição.</p>
Nº8	<p>A mulher informada (das vantagens e desvantagens das diferentes posições para parir) tende a adoptar posições verticais.</p> <p>A “parteira” deve informar a mulher sobre as implicações inerentes às diferentes posições para o segundo estágio do trabalho de parto.</p> <p>As posições verticais tendem a encurtar o segundo estágio do trabalho de parto e estão associadas a menor intensidade de dor.</p> <p>Nas posições verticais verificou-se um menor n.º de episiotomias, partos instrumentados e achados anormais da frequência cardíaca fetal. No entanto, observa-se um aumento no n.º de lacerações perineais e perda hemática vaginal.</p> <p>Não existe uma posição “ideal” para a mulher parir e o uso rotineiro da posição de litotomia é controverso e injustificado.</p>
Nº9	<p>O uso de posições verticais no segundo estágio do trabalho foi associado a: menor duração deste estágio, diminuição dos partos instrumentados, redução do n.º de episiotomias, aumento do n.º de lacerações perineais (grau II), aumento do n.º de episódios hemorrágicos (perda hemática vaginal > 500 ml), menor intensidade da dor, menos achados anormais da frequência cardíaca fetal.</p> <p>As posições verticais estão associadas a vantagens fisiológicas como: sinergia com a gravidade, dinâmica uterina mais eficiente, menor compromisso da irrigação sanguínea do útero, progressão fetal facilitada, aumento do diâmetro pélvico (sobretudo na posição acocorada).</p> <p>A posição de litotomia visa o conforto do técnico.</p> <p>A mulher deve ser encorajada a escolher a posição para parir.</p>

Tabela 1 – Resultados obtidos.

Porém, consigo identificar um conjunto de limitações nos estudos que analisei:

- Os resultados fetais e dos recém-nascidos são pouco estudados;
- Existem variações nos ângulos que caracterizam uma mesma posição;
- Os dados são referentes apenas à Europa e focam, sobretudo, a realidade dos países nórdicos;
- O grau interventivo dos profissionais não é claro em todos os estudos.

4. OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Como Plano de Trabalho, entendo todas as estratégias que foram utilizadas para desenvolver o meu projecto nos Ensinos Clínicos efectuados. Evitei uma conduta redutora centrada apenas no EC em Bloco de Partos e defini um conjunto de intervenções sólidas, exequíveis, e capazes de colher subsídios das diferentes experiências hospitalares. As estratégias e objectivos definidos para cada EC foram agrupados na tabela que se encontra no **Anexo II** deste documento.

Assim, este capítulo do relatório é dirigido para os resultados que obtive com a aplicação das estratégias definidas no Plano de Trabalho e será composto por 4 partes, cada uma, centrada num EC distinto.

Irei ainda descrever as dificuldades que senti na concretização dos meus objectivos, bem como as limitações que identifiquei no meu trabalho.

4.1. Ensino Clínico II – Puerpério

A primeira fase do Plano de Trabalho teve como finalidade enriquecer a fundamentação do meu trabalho e conhecer a realidade do campo de estágio onde desenvolvi o EC II – Hospital Y.

Para tal, construí um questionário com dois objectivos:

- Identificar a posição mais utilizada para o período expulsivo nos partos eutócicos;
- Identificar os conhecimentos das puérperas sobre as posições para o período expulsivo.

Com este questionário composto por duas questões, pretendi indagar a posição mais utilizada pelas mulheres no período expulsivo, bem como identificar as posições mais conhecidas pelas puérperas (**Anexo III**) para consultar o instrumento de colheita de dados. O pedido de autorização para colher os dados no hospital Y encontra-se no **Anexo IV**.

Assim, a **primeira questão** apresentava duas hipóteses fechadas, ambas supinas, e uma terceira, aberta, de forma a permitir liberdade de resposta para qualquer postura utilizada no parto. A escolha das duas posições supinas incluídas na questão advém da diferenciação que os autores fazem das mesmas; o uso de perneiras parece diminuir a autonomia/ capacidade de colaboração da mulher no parto. Por outro lado, acredito que a diferença entre estas opções não é clara para as mulheres – são facilmente classificadas e agrupadas como “deitadas na cama”, sem qualquer distinção.

A **segunda questão** pretende uma resposta aberta pois a sugestão de hipóteses poderia influenciar o conhecimento das posturas.

Assim, durante o EC, foram distribuídos e analisados 98 questionários (n = 98), que correspondem à totalidade da população estudada (100%). Esta população cumpriu apenas dois critérios:

- Puérperas que tiveram um parto eutócico **durante este EC**;
- Puérperas internadas nos serviços de Puérperas 1 e 2 do Hospital Y, **nos turnos definidos no Cronograma proposto**.

4.1.1. Primeira Questão: Identificar a posição mais utilizada para o período expulsivo nos partos eutócicos

Os dados colhidos mostram que a maioria das mulheres pariu em posição de litotomia (uso de perneiras) – 75,5%, n = 74. Uma pequena parte da população referiu que estava deitada com os pés na cama durante o parto (sem uso de perneiras) – 17,3 %, n = 17. Apenas 7 mulheres não responderam a esta questão – 7,1%.

Com a análise dos dados verifica-se que todas as mulheres **que responderam** a esta questão pariram numa posição supina (com ou sem perneiras) – 100%, n = 91. Ver gráfico nº 1.



Gráfico nº 1 – Posições utilizadas no período expulsivo

4.1.2. Segunda Questão: Identificar os conhecimentos das puérperas sobre as posições para o período expulsivo

Com a análise das respostas à segunda questão, verifiquei que 55,1 % das mulheres registou apenas a posição de litotomia (uso de perneiras): $n = 54$. Esta percentagem aumentou após o cruzamento e análise de 25 respostas repetidas: “conheço a posição que utilizei”. Destas 25 mulheres, 20 pariram em posição de litotomia e 5 em posição supina com os pés na cama (sem uso de perneiras). A soma das respostas com conteúdo idêntico (posição de litotomia), representou 75,5 % da população estudada ($54 + 20$), $n = 74$.

Apenas 7 mulheres mencionaram posições não supinas/ verticais: $n = 4$ para a posição “De pé”, $n = 2$ para “Sentada” e $n = 1$ para “Cócoras”.

Verifiquei ainda 12 respostas em branco – 12,2%.

Estes dados demonstram que os conhecimentos das mulheres estão centrados, sobretudo, na posição de litotomia. Apenas uma pequena parte da população referiu posições verticais – a apresentação dos dados encontra-se no gráfico nº 2.

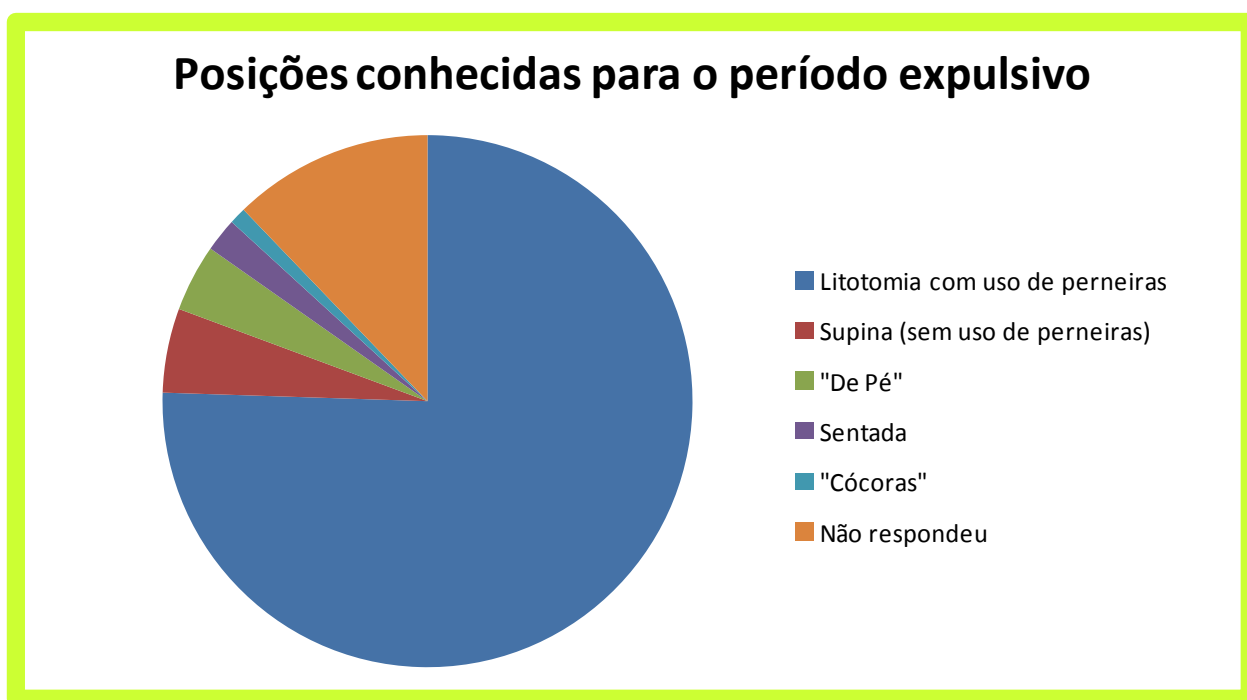


Gráfico nº 2 – Posições conhecidas para o período expulsivo

4.1.3. Limitações e dificuldades

Parece-me importante referir que o Hospital Y não possui perneiras em todas as salas de parto – cerca de 50% das camas não possuem este tipo de equipamento, condicionando a posição da mulher.

Este aspecto poderá ter influenciado os resultados da primeira questão, pois as oportunidades de assistências não foram, na prática, iguais. Porém, não considero que este dado seja limitador uma vez que a tendência para assistir as mulheres em posições supinas é evidente nos dados apresentados.

Dos 98 questionários distribuídos, 3 foram preenchidos por mim uma vez que as utentes não dominavam a língua portuguesa escrita.

4.1.4. Conclusões

Os resultados obtidos parecem ser congruentes com algumas conclusões dos estudos consultados para a revisão sistemática da literatura:

- Parece não existir participação das mulheres na escolha da posição para o período expulsivo. Esta condição pode estar relacionada com o desconhecimento de outras opções para o parto. Apenas uma pequena parte da população estudada registou outro tipo de posições – seria interessante explorar a representação mental que as puérperas têm das posturas: “De pé”, “Sentada” e “Cócoras”, assim como identificar as fontes dessas informações;
- Os critérios de assistência/ escolha de determinada postura não são claros, sugerindo favorecimento do técnico que assiste a mulher;
- A posição mais utilizada é a posição de litotomia.

4.2. Ensino Clínico III – Cuidados De Saúde Primários

A segunda fase do Plano de Trabalho teve 2 objetivos centrais – o primeiro visou conhecer os conteúdos programáticos do Curso de Preparação para o Nascimento (CPN), relativamente à posição da mulher no período expulsivo, ministrado pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Z. A escolha deste agrupamento

preendeu-se com a localização do campo de estágio para o EC III: Unidade de Saúde Familiar (USF) C. E.

O segundo objectivo centrou-se na formação dos profissionais de saúde do ACES, mas também na partilha de experiências e saberes ligados ao posicionamento da parturiente no parto. Acredito que estes profissionais possuem informações relevantes sobre a temática, na medida em que contactam com a mulher nos períodos pré-natal e pós-natal; são eles que ministram os CPN e preparam a grávida, durante toda a gestação, para o momento do parto – foi precisamente a partir das suas vivências que pretendi desenvolver-me.

Neste sentido, realizei uma sessão formativa onde apresentei as conclusões da revisão sistemática da literatura que efectuei e os dados colhidos durante o EC II (relativos à aplicação dos questionários a puérperas); criei ainda um poster com informação alusiva às diferentes posições para o período expulsivo (**Anexo V**), para afixação em todas as unidades que compõem o agrupamento.

Assim, a estratégia que utilizei para responder ao primeiro objectivo foi a realização de entrevistas aos profissionais responsáveis pelo CPN do ACES. O instrumento que utilizei para colher os dados foi a entrevista semi-estruturada, cujo guião pode ser consultado no **Anexo VI**. O pedido de autorização ao ACES para realizar as entrevistas encontra-se no **Anexo VII**.

De acordo com FORTIN (1999: 247), na entrevista semi-estruturada, “*O responsável apresenta uma lista de temas a cobrir, fórmula questões a partir destes temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém*”. A mesma autora (1999: 246), refere ainda que este tipo de entrevista é utilizado quando “*...o entrevistador quer compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva dos participantes*”.

Novamente FORTIN (1999: 247), acrescenta que a entrevista não estruturada, “*...utiliza um guião com as grandes linhas dos temas a explorar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões. A grelha da entrevista fornece um inventário dos temas a cobrir*”. Seguindo as palavras da autora, e tendo como base o guião de entrevista proposto por ESTRELA, (1994: 343), elaborei o guião em anexo; este instrumento define ainda um conjunto de procedimentos que foram executados por mim – explicação dos objectivos do estudo, legitimação da entrevista e clarificação de questões.

Nesta linha de trabalho, tive a oportunidade de entrevistar 3 profissionais responsáveis pelos CPN das unidades onde desempenham funções. Tentei que as entrevistas fossem realizadas em instituições diferentes e pertencentes a agrupamentos distintos – Cascais e Parede. Um dos profissionais entrevistados é responsável pelo CPN de referência da USF C. E.

Actualmente existem 6 profissionais de enfermagem no ACES a ministrar o curso. A sua formação varia entre o grau de Licenciatura em Enfermagem e o Curso de Pós Licenciatura (especialização) em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

4.2.1. Análise dos dados colhidos

Primeira questão – “Que posições para o período expulsivo são treinadas com a mulher?”

- Preparador 1

A posição treinada durante o curso é a posição de litotomia;

- Preparador 2

As posições treinadas durante o curso são a litotomia e a posição supina com os pés apoiados na cama;

- Preparador 3

As posições treinadas durante o curso são a litotomia e a posição sentada. São ainda abordadas as seguintes (apenas componente teórica): acocorada e ajoelhada/ “gatas”.

Segunda questão – “Que critérios estão na base da escolha desses conteúdos?”

- Preparador 1

Os conteúdos transmitidos durante o curso são organizados e orientados para os cuidados prestados na maternidade de referência do ACES – Hospital J. Estes ensinamentos são, por isso, condicionados pelas metodologias de trabalho que são oferecidas a nível hospitalar.

- Preparador 2

A escolha das posições tenta aproximar-se da forma como os cuidados são prestados na maternidade de referência – um dos objectivos do curso é preparar a grávida/ casal para o que o hospital oferece. A receptividade dos profissionais de saúde do Bloco de partos do Hospital J. é apontada como um factor que condiciona os conteúdos transmitidos aos

utentes que frequentam o CPN. A estandardização dos cuidados de saúde é outro aspecto que condiciona o teor e estrutura do CPN.

- Preparador **C**

A aproximação ao método de trabalho dos profissionais da maternidade de referência é, mais uma vez, apontado como um factor que condiciona a escolha e organização do CPN.

Apesar de serem mencionadas outras posições para o período expulsivo – acocorada e ajoelhada, estas posturas não são efectivamente treinadas com as utentes. A litotomia e posição sentada são centrais neste curso.

4.2.2. Análise à sessão formativa

Esta formação aconteceu no dia 6 de Fevereiro de 2011 às 14h30', na USF C. E. O método que utilizei foi o Expositivo/ Interactivo com apresentação e discussão dos conteúdos. O hardware utilizado foi o Vídeo Projector com recurso ao software Power Point da Microsoft®.

A divulgação da sessão foi realizada 2 semanas antes da data prevista, com informação de todas as unidades do ACES.

A adesão total foi de 34 profissionais – 5 médicos (sem a especialidade em Obstetrícia, embora desempenhem actividades ligadas à saúde materna e Obstétrica), 24 EEESMOG e 5 Enfermeiros Generalistas; a avaliação da sessão implicou a distribuição de um formulário pelos participantes (**Anexo VIII**), no qual pontuaram itens ligados ao meu desempenho como formador, aos conteúdos transmitidos e à organização da formação. A escala para avaliar os parâmetros foi numerada de 1 a 5, com a classificação respectiva: 1 – Insuficiente; 2 – A Melhorar; 3 – Bom; 4 – Muito Bom; 5 – Excelente.

Os resultados da avaliação da sessão foram os seguintes:

- Desempenho do formador: $\bar{X} = 4$;
- Conteúdos transmitidos (clareza e utilidade): $\bar{X} = 4$;
- Organização da formação: $\bar{X} = 3$.

4.2.3. Conclusões e limitações

Após aplicar as estratégias que defini, posso afirmar que atingi os objectivos iniciais. Os conteúdos subordinados às posições para o período expulsivo, que integram os CPN, são fundamentais para a compreensão desta problemática que venho a trabalhar desde o ano lectivo anterior.

Com a análise das entrevistas é fácil verificar que a informação prática está centrada na litotomia/ posturas supinas – apenas um profissional refere a posição “sentada”. Apesar das posições “acocorada” e “ajoelhada” serem abordadas por um preparador, estes conteúdos têm um carácter meramente “informativo”.

Estas informações devem, no entanto, ser interpretadas com precaução uma vez que se reportam apenas a uma parte do grupo de profissionais que ministram o CPN no ACES. Não foi possível entrevistar todos os preparadores, por questões que se prendem com o tempo disponível para realizar este levantamento/ tratamento de dados – o que pode ser apontado como uma limitação do trabalho.

No que respeita aos critérios que guiam a escolha deste tipo de conteúdo, o critério que une os 3 profissionais entrevistados parece estar ligado às metodologias de trabalho que se praticam na maternidade de referência do ACES; existe uma preocupação comum em ajustar os ensinamentos teórico-práticos ao ambiente hospitalar. A necessidade de preparar os utentes para a realidade que vão encontrar é evidente e lógica.

Como enfermeiro generalista a prestar cuidados na Urgência Obstétrica/ Bloco de Partos do Hospital J., posso afirmar que a litotomia é a posição mais utilizada para o parto – existe uma standardização desta postura e a base/ fundamento das minhas palavras assenta directamente no exercício profissional que observo diariamente.

Sobre este aspecto, KITZINGER (2003), opina que muitas das intervenções dirigidas à parturiente, e que são aceites como “normais” e “necessárias”, pertencem ao ambiente *convencional* do parto nas sociedades industrializadas. Uma destas medidas é a posição da mulher no parto.

Nesta conformidade, é compreensível que os conteúdos dos CPN sejam, também eles, standardizados e limitados à metodologia de trabalho hospitalar.

No que respeita à formação realizada, a adesão foi superior ao esperado – aspecto que foi motivador. Os profissionais presentes demonstraram interesse e a participação foi notória. No que respeita à sua avaliação, apenas a “Organização” da

formação obteve uma classificação de 3. Acredito que esta pontuação se deveu à dificuldade no contacto e informação de todas as unidades que compõem o ACES.

Estes saberes foram fundamentais para a minha formação, uma vez que me permitiram desenvolver as minhas competências na assistência especializada da mulher durante a gravidez, parto e puerpério.

4.3. Ensino Clínico IV – Medicina Materno-Fetal

Na terceira etapa do Plano de Trabalho apresentei as conclusões da revisão sistemática da literatura que efectuei e os dados colhidos durante o EC II. Esta apresentação aconteceu durante o EC IV, dia 12 de Dezembro de 2011 às 13h30', no Hospital Y.

Mais uma vez a minha estratégia central incidiu na partilha de experiências ligadas ao posicionamento da parturiente. Ao invés de uma conduta meramente formativa, tentei que a troca de informação entre mim e os profissionais fosse a força motriz da sessão.

Uma vez que os EC II e IV decorreram na mesma instituição de saúde, a apresentação dos dados colhidos reflectiu directamente alguns aspectos sobre a forma como os cuidados são prestados – a dinâmica de grupo que se estabeleceu foi positiva e bastante interactiva.

O método que utilizei foi o Expositivo/ Interactivo com apresentação e discussão dos conteúdos. O hardware utilizado foi o Vídeo Projector com recurso ao software Power Point da Microsoft®.

A divulgação da sessão foi realizada 1 semana antes da data prevista, com afixação informativa nos seguintes serviços:

- Bloco de Partos/ Urgência; Medicina Materno-Fetal; Puerpério I e II.

A adesão total foi de 19 enfermeiros – 17 EEESMOG e 2 Enfermeiros Generalistas e o método de avaliação da sessão foi homólogo ao utilizado na sessão que realizei no EC III.

Os resultados dessa avaliação foram os seguintes:

- Desempenho do formador: $\bar{X} = 4$;
- Conteúdos transmitidos (clareza e utilidade): $\bar{X} = 4$;
- Organização da formação: $\bar{X} = 4$.

4.4. Ensino Clínico em Bloco de Partos

A última etapa do Plano de Trabalho centrou-se em 2 objectivos – o primeiro incidiu na minha intervenção directa, enquanto estudante deste curso de mestrado, junto das parturientes e suas famílias/ pessoas significativas; dirigi a minha conduta para a assistência da mulher no segundo estadio do trabalho de parto com a parturiente em diferentes posições e registei os *outcomes*/ resultados maternos e fetais. Tive, no entanto, o cuidado de nunca descurar os cuidados que antecedem ou precedem o momento do parto.

O segundo objectivo focou a formação da equipa de prestadores de cuidados – enfermeiros generalistas e EEESMOG, bem como a troca de saberes teórico-práticos inerentes à prestação de cuidados no parto.

Para atingir este objectivo utilizei 2 estratégias: a primeira foi a realização de 2 sessões formativas onde apresentei as conclusões da revisão sistemática de literatura, bem como os resultados que obtive nos EC II, III e no próprio EC em Bloco de Partos. A segunda estratégia foi a criação de um poster (homólogo ao que criei para o EC III), para afixação no Bloco de Partos (**Anexo IX**).

4.4.1. Análise à sessão formativa

A formação aconteceu nos dias 26 e 27 de Junho de 2011 às 10h, no Hospital X. Realizei 2 apresentações de forma a englobar toda a equipa de enfermagem e a sua divulgação foi realizada em Março para inclusão no Plano de Formação do Serviço.

Mais uma vez a metodologia que utilizei foi Expositiva/ Interactiva com apresentação e discussão dos conteúdos. Esta partilha de informação revelou-se pertinente, uma vez que apresentei as conclusões que obtive com a RSL e com a análise dos *outcomes* relativos aos partos que assisti – a participação dos profissionais foi constante e demonstrou interesse na temática.

Pude ouvir opiniões técnicas sobre diversas posições para o parto e sugestões de actuação em cada uma delas; considero este aspecto particularmente valioso para o desenvolvimento de competências na assistência especializada da mulher em trabalho de parto.

O hardware utilizado foi o Vídeo Projector com recurso ao software Power Point da Microsoft®.

A adesão total foi de 44 enfermeiros – 32 EEESMOG e 12 Enfermeiros Generalistas e o método de avaliação da sessão foi homólogo ao utilizado nas sessões que realizei nos EC III e IV.

Os resultados dessa avaliação foram os seguintes:

- Desempenho do formador: $\bar{X} = 4$;
- Conteúdos transmitidos (clareza e utilidade): $\bar{X} = 4$;
- Organização da formação: $\bar{X} = 4,5$.

4.4.2. Assistir o segundo estágio do trabalho de parto – Resultados

A escolha da posição para o período expulsivo foi da mulher, após sugeridas as posições: “Deitada”, “Sentada” ou “Acocorada”. A sugestão foi sempre acompanhada de informação sobre as vantagens e desvantagens de cada uma, bem como da hipótese de mudar a posição a qualquer momento.

Neste sentido, os dados colhidos foram agrupados em 3 classes distintas, de acordo com as posições utilizadas nos partos que efectuei. Nesta conformidade, considerei as seguintes posições: litotomia, Sentada (elevação da cabeça $\geq 60^\circ$) e Acocorada. Devo referir que algumas utentes utilizaram diferentes posições para o período expulsivo, no entanto, foi considerada apenas a última posição adoptada para o parto.

É importante referir que o universo estudado compreende 50 utentes, sendo que mais de metade do mesmo (64 %) corresponde à posição de litotomia; neste sentido, a leitura dos dados **deve ser prudente** uma vez que as conclusões sugerem pouca consistência – a proporção entre as posturas utilizadas não é igual.

4.4.3. Duração do período expulsivo

O tempo médio de duração do período expulsivo foi contabilizado em minutos, após a dilatação completa do colo uterino (10 cm) e com início de estimulação directa da parturiente para a realização de esforços expulsivos.

Assim, na posição de litotomia ($n = 32$), o tempo médio contabilizado do período expulsivo foi de 20,5 minutos. Para a posição Sentada ($n = 15$) e Acocorada ($n = 3$) a contabilização foi de 18 minutos e 11,6 minutos respectivamente. Com a primeira leitura dos dados verifica-se que existe diferença na duração do período expulsivo entre a posição de litotomia (horizontal) e as Posições de Sentada e Cócoras (verticais); a posição de tendência horizontal parece aumentar a duração do período expulsivo, comparativamente com as posturas verticais – ver gráfico nº 3.

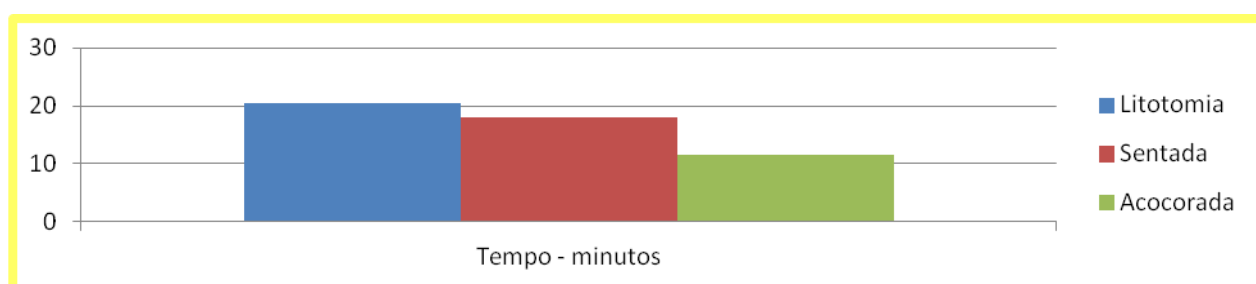


Gráfico nº 3 – Duração do período expulsivo por posição

Contudo, é importante ter em linha de conta que a duração do período expulsivo pode sofrer influência de factores como a paridade, o tamanho do feto ou a forma como o período expulsivo foi conduzido (utilização de ocitocina endovenosa - posologia, estratégia de *coaching* da parturiente, etc.).

No que respeita ao meu tipo de *coaching*, posso dizer que segui um padrão que valoriza, sobretudo, os instintos da mulher, embora produza algumas indicações orientadoras – evitei uma conduta rígida.

4.4.4. Hemorragia e protecção do períneo

Não registei episódios hemorrágicos ou diferença significativa na quantidade de sangue perdido nos 50 partos que efectuei. No entanto, devo referir que converti as posições verticalizadas para um plano horizontal, após a expulsão fetal; esta conduta teve como objectivo diminuir o impacto da gravidade na afluência de sangue à região perineal e facilitar a dequitação e eventual reparação do períneo.

Relativamente à protecção do períneo, senti que a litotomia é a posição que melhor permite a realização de manobras devido ao acesso fácil à região perineal da mulher – este aspecto é congruente com os dados obtidos, uma vez que apoiei o períneo sempre que os partos aconteceram nesta posição.

Na posição “Sentada”, e apesar da elevação da cabeça da mulher variar, a protecção do períneo também é possível. Contudo, uma elevação de 90°, diminui a visibilidade da região perineal – esta adversidade pode ser corrigida com a elevação do plano da cama ou mobilização do profissional para um plano inferior ao períneo.

Na posição acocorada a protecção perineal é difícil devido à posição da mulher – difícil visualização do períneo e o espaço disponível é reduzido. No entanto, e apesar da amostra ser muito reduzida (apenas 3 casos), observei um efeito de “abaulamento” dos tecidos pélvicos; este processo de adaptação do assoalho pélvico ao pólo fetal, pelo efeito das contracção uterinas e gravidade, provoca uma acomodação progressiva do feto. A posição acocorada parece permitir uma preparação da musculatura pélvica com dilatação dos tecidos sugerindo, assim, uma protecção “natural” do períneo.

4.4.5. Dor e analgesia

A dor foi avaliada utilizando uma escala numérica pontuada de 0 a 10: 0 para o estado “sem dor” e 10 para “a pior dor possível.” Assim, para a posição de litotomia, a média do valor dor foi 8,9. Na posição Sentada e Acocorada, a média de dor foi 7,6 e 6,3 respectivamente. Apesar do universo estudado ser pouco consistente, parece existir diminuição na intensidade da dor sentida nas posições verticais – ver gráfico nº 4.

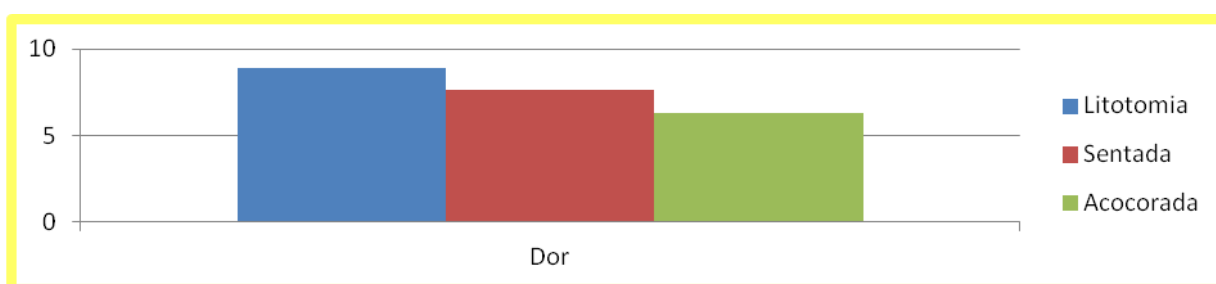


Gráfico nº 4 – Intensidade da dor por posição

Esta variação na intensidade da dor sentida encontra base teórica sustentável, na medida em que as posições horizontalizadas favorecem a compressão da coluna vertebral pelo útero e o feto, estimulando as fibras nervosas da região lombar e sacrada. A este aspecto acresce ainda o potencial isquémico que o peso do útero e feto podem causar ao comprimir os grandes vasos abdominais – comprometendo a própria irrigação e oxigenação do musculo uterino.

A utilização de analgesia foi, também ela, registada – consultar o gráfico nº 5. Porém, a análise destes dados não pode isolar-se da proporção desigual entre as amostras; neste sentido, foi administrada analgesia loco-regional a 65,6% das utentes que pariram em litotomia. Nas posições sentada e acorçada esta percentagem foi de 60% e 100% respectivamente.

A administração de fármacos pelo cateter epidural (*repicagens*), na posição acorçada, deve ser cautelosa – uma das utentes que pariu em posição sentada não conseguiu manter-se acorçada após a administração de uma nova dosagem analgésica; a presença de parestesia dos membros inferiores limitou a coordenação e força motoras da parturiente. A utilização de Petidina endovenosa, nas utentes acorçadas, também deve ser prudente uma vez que esta postura requer o controlo total dos membros inferiores e um equilíbrio corporal consistente. A natureza farmacológica de fármacos opiáceos como a Petidina, por via endovenosa, pode comprometer o controlo corporal devendo, por isso, ser utilizada em posturas horizontalizadas.

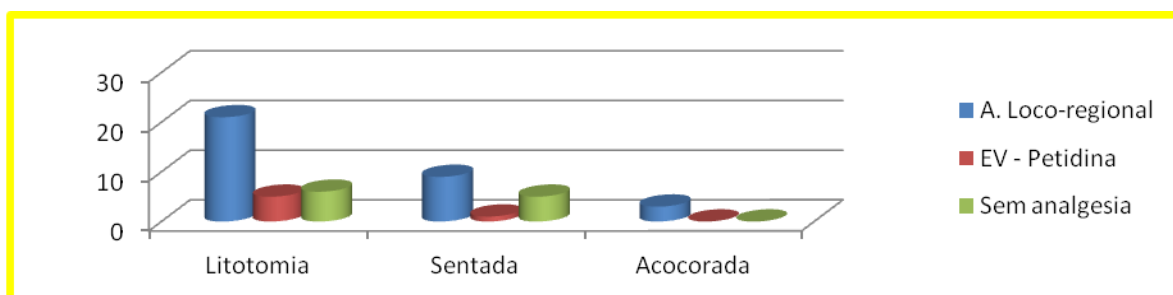


Gráfico nº 5 – Utilização de analgesia por posição

4.4.6. Episiotomia e laceração do períneo

Na posição de litotomia a percentagem de realização de episiotomia (sempre médio-lateral) foi 40,6% (n = 13), enquanto que nas posições sentada e acorçada foi de 20% (n = 3) e 0% (n = 0) respectivamente. Apesar do número de episiotomias ser menor nas posições verticalizadas, estas percentagens têm de ser analisadas com reserva – o número de casos analisados é reduzido.

Senti que a posição de litotomia facilita a realização técnica da episiotomia, uma vez que implica a exposição total do períneo da mulher – a área de trabalho para posicionar as mãos e os instrumentos cirúrgicos (tesoura) é maior e a visualização do períneo também é melhor. Estes aspectos, que pode ser considerados vantajosos

tecnicamente, permitem ainda executar manobras de protecção do períneo mais eficazes.

Nas posições de litotomia e sentada, a protecção do períneo foi sempre efectuada e a técnica que utilizei foi “Hands On”, ou seja, utilizei a mão direita para apoiar a região perineal e a mão esquerda produziu a flexão da cabeça do feto; a saída dos ombros foi também manipulada activamente. Na posição acocorada não efectuei protecção do períneo e a minha técnica foi “Hands Poised” – optei por uma conduta expectante sem manipular a expulsão da cabeça e ombros do feto. Nesta posição uma actuação “Hands On” é mais difícil pelo posicionamento da grávida.

A relação episiotomia – presença/ ausência de lacerações no períneo foi também registada em casa posição – ver gráfico nº 6. Assim, na litotomia, não foi efectuada episiotomia a 19 utentes; destas parturientes, 8 tiveram lacerações de grau I, 7 apresentaram lacerações de grau II e apenas 4 tiveram períneos íntegros. Na posição sentada não foi executada episiotomia a 12 mulheres, das quais, registei 5 casos com laceração de grau I, 3 com lacerações de grau II e 4 com períneo íntegro. Na posição acocorada não efectuei episiotomias e registei 3 situações de laceração grau I (todas as utentes tiveram lesão do períneo). Não observei lacerações grau III ou IV no universo estudado.

Analisando os dados colhidos, verifico que a maior parte das episiotomias foram realizadas na posição de litotomia. É também nesta postura que ocorrem menos lacerações do períneo (46,8 %) comparativamente com as utentes que pariram sentadas (53,3 %) e acocoradas (100%). Este aspecto parece-me estar relacionado com a presença de mais casos de episiotomia (nunca foram concomitantes com as lacerações), mas também com a facilidade em realizar a protecção do períneo que é inerente à litotomia.

Apesar de registarem menos casos de episiotomia, as posições verticalizadas apresentaram mais lacerações perineais – a realização de episiotomia parece prevenir a ocorrência de lacerações no períneo. No entanto é um procedimento que não deve ser utilizado de forma standardizada.

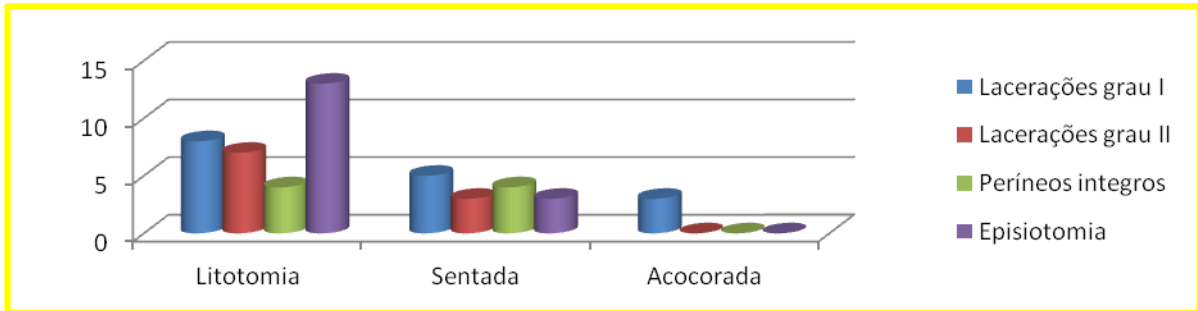


Gráfico nº 6 – Condição do períneo, após o parto, por posição

No que respeita à reparação cirúrgica do períneo com episiotomia senti que, na maioria dos casos, o procedimento é linear e sequencial – reconstrução da mucosa vaginal, encerramento e aproximação dos planos musculares e sutura da pele. Este aspecto acontece porque o corte que é feito nos tecidos acontece numa direcção única, facilitando a reconstrução.

Nas situações de laceração do períneo, observei que o dano nos tecidos é pouco previsível podendo resultar múltiplas lesões da pele, mucosa e músculo em direcções diferentes – implicando várias reparações/ suturas.

4.4.7. Cardiotocografia e Índice de Apgar

Não registei achados anormais na monitorização fetal nos 50 partos que efectuei. Contudo, a monitorização contínua do feto nas posições sentada e acocorada requer ajustes frequentes das sondas externas do equipamento (Cardiotocografo). Esta condição parece estar relacionada com a motricidade da grávida que, nas posições verticalizadas, é maior e favorece a mobilidade do feto e das próprias sondas (habitualmente fixadas por elásticos que envolvem o abdómen da utente); o feto pode afastar-se do raio de captação da sonda e/ ou as sondas podem deslocar-se com maior facilidade.

Apesar de não ter anotado o número de ajustes que fiz em cada monitorização, devo mencionar que a litotomia parece facilitar a monitorização contínua, uma vez que a mobilidade da mulher e, conseqüentemente, do feto ficam limitadas. Também a deslocação dos elásticos que fixam as sondas é menor.

No que respeita ao índice de Apgar, os dados não parecem variar significativamente nas três posições que registei – ver gráfico nº 7.

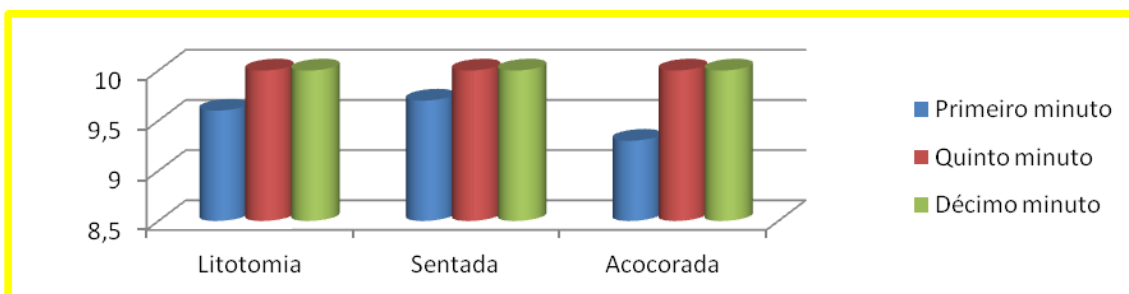


Gráfico n.º 7 – Índice de Apgar por posição

4.4.8. Limitações

O universo que produziu os dados apresentados constitui uma das maiores limitações deste trabalho; a sua dimensão (50 utentes) é reduzida para gerar conclusões verdadeiramente sólidas. Este aspecto assume uma relevância ainda maior uma vez que foram analisadas 3 posições distintas, comprometendo um pouco mais a consistência da informação.

A minha experiência pessoal na condução do trabalho de parto, gestão da analgesia e execução da técnica do parto constitui outro factor que pode ser identificado como limitante; apesar das minhas decisões serem suportadas por um orientador escolar e um orientador clínico, a minha destreza e optimização técnica (em profundo desenvolvimento) pode ter influenciado os resultados obtidos.

A preparação teórico-prática das mulheres, antes de serem internadas na maternidade, é outro factor que considero limitador: a frequência de um curso de preparação para o nascimento pode influenciar a escolha (e aceitação) de outras posições para o período expulsivo para além da litotomia – JONGE e LAGRO-JANSSEN (2004). Mesmo tendo fornecido informação sobre 3 posições distintas, não acredito que a admissão no Bloco de Partos seja o momento ideal para abordar uma temática sobre a qual algumas utentes que nunca ponderaram. Nesta linha de pensamento, devo referir que apenas 38% do universo estudado frequentou um CPN o que pode ter condicionado a escolha da posição para o parto.

O material disponível no Bloco de Partos do Hospital Y pode ser considerado outro aspecto condicionante na medida em que o equipamento existente, em cada unidade, é diferente – não existe monitorização cardio-fetal *wireless* em todas as salas e nem todas as camas permitem a posição acocorada de forma confortável ou prática. O espaço físico das unidades é, também ele, reduzido.

5. ANÁLISE AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMOG

Sobre as competências específicas do EEESMOG, o Artigo 4º do CEESMO descreve um conjunto de Unidades de Competência, e respectivos critérios de avaliação, que definem claramente o papel deste profissional nas diferentes áreas de intervenção.

Neste capítulo do meu relatório farei uma análise ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências que percorri durante o EC em Bloco de Partos.

5.1. Cuida Da Mulher Inserida Na Família E Comunidade Durante O Período Pré-Natal

Esta competência envolve 3 unidades distintas, mas complementares, e encontra maior expressão nos cuidados que prestei aos utentes admitidos na Urgência Obstétrica e Ginecológica (UOG) do Hospital X:

1. Promoção da saúde da mulher no período pré-natal e em situação de abortamento;
2. Diagnóstico e prevenção de complicações no período pré-natal e em situação de abortamento;
3. Prestação de cuidados (e encaminhamento) à mulher no período pré-natal e em situação de abortamento.

Ao analisar as 3 unidades descritas, verifico que abordam claramente o período gravídico, sobretudo a vigilância materno-fetal e as situações de aborto. Existe ainda um conjunto de critérios de avaliação que envolvem intervenções cujo objectivo é a protecção da mulher ao nível da sua sexualidade e saúde reprodutiva.

Durante a minha permanência da UOG (mas também no EC III – Cuidados de Saúde Primários), tive oportunidade de avaliar o bem-estar materno-fetal a grávidas e registar as minhas observações em documentos como o Boletim de Saúde da Grávida e em diversas plataformas electrónicas. Esta avaliação materno-fetal incluiu mesmo a

prescrição de exames complementares de diagnóstico como a Avaliação da Tensão Arterial, o Cardiotocograma, o Tocograma ou a Urina II, por exemplo.

A minha conduta envolveu ainda a interpretação de registos cardiotocográficos e realização de cervicometrias; a conjugação da informação clínica que colhi culminou, por vezes, no internamento de utentes para o bloco de partos ou no serviço de medicina materno-fetal da instituição. Não efectuei transferências para outros hospitais.

As utentes que transferi para a sala de partos estavam, na sua maioria, em fase activa do trabalho de parto, embora tenha internado algumas grávidas em fase lactente (encontravam-se queixosas) ou por apresentarem risco de perda do bem-estar materno e/ou fetal – um registo de cardiotocografia suspeito (desaceleração de recuperação lenta, isolada), uma situação de hemorragia do terceiro trimestre e duas grávidas com patologia hipertensiva da gravidez (pré-eclâmpsia). Não identifiquei situações de morte fetal.

Pude ainda prestar cuidados a utentes internadas na UOG em situação de aborto em evolução ou aborto retido. A admissão e o internamento destas utentes foram efectuados por mim, bem como a monitorização e acompanhamento na enfermaria. Administrei fármacos por via endovenosa como a Ocitocina e o Nalador e colaborei com o médico assistente na aplicação de Misoprostol por via vaginal.

Embora a prescrição de medicação contraceptiva e/ ou antibiótica tenha sido sempre realizada pelo médico que observou as utentes, participei nos ensinamentos e orientação dadas (tal como já o havia realizado no EC IV – Medicina Materno-Fetal e no EC III). Não senti dificuldades específicas.

Acredito que o papel do EEESMOG é fundamental na promoção da vivência consciente e ponderada da sexualidade – sendo um elemento da equipa multidisciplinar cuja posição é de grande proximidade com os utentes (pela natureza dos cuidados que presta), a informação/ ensinamentos que efectua assumem especial relevância (a relação de confiança é fundamental).

Uma vez que a UOG do campo de estágio inclui um bloco operatório, participei em algumas cirurgias do foro ginecológico e obstétrico: 3 curetagens e uma drenagem de abscesso perineal. As curetagens foram efectuadas em gestações de primeiro trimestre.

Não identifico adversidades nos cuidados de enfermagem prestados durante as intervenções cirúrgicas – como enfermeiro de anestesia ou circulante; os períodos de recobro foram também monitorizados por mim.

5.2. Cuida Da Mulher Inserida Na Família E Comunidade Durante O Trabalho De Parto

A prestação de cuidados durante o **Parto** envolve um conjunto de medidas direccionadas para a condução do trabalho de parto, execução do parto e assistência à mulher, recém-nascido e pessoas significativas. Penso que não é necessário discriminar todos os cuidados prestados, uma vez que os resultados das minhas intervenções já foram previamente apresentados. Contudo, irei tecer algumas observações que considero importantes na análise desta competência.

As 3 unidades que definem a assistência durante o trabalho de parto são:

1. Promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimização da adaptação do RN à vida extra-uterina;
2. Diagnostico precoce de complicações para a saúde da mulher e do RN;
3. Prestação de cuidados à mulher com patologia associada à gravidez ou trabalho de parto.

Reflectindo sobre as fracções que compõem esta competência, penso que consegui desenvolver os saberes teórico-práticos necessários para prestar assistência especializada durante o trabalho de parto.

A condução do trabalho de parto revelou-se a capacidade técnica mais difícil de atingir, embora não me pareça razoável afirmar que existe uma conduta “ideal” para conduzir os diferentes estadios do trabalho de parto. As mulheres e os fetos são diferentes e a forma como os cuidados são prestados deve ser cuidadosamente ponderada e ajustada. O feedback que se obtém da parturiente, através da sua linguagem oral (verbalização de sintomas) ou corporal (cervicometria, interpretação de sinais vitais e resultados analíticos), é essencial. A avaliação fetal incide, sobretudo, na análise cardiotocográfica, cervicometria/ toque vaginal e palpação externa (manobras de Leopold).

Sobre a avaliação da mulher e feto, através da cervicometria, senti que o meu grau de perícia aumentou durante todo o EC, com particular destaque para a identificação das variedades fetais e planos de Hodge.

O juízo profissional deve, por isso, socorrer-se de todas as ferramentas disponíveis – com algum destaque para os registos cardiotocográficos e ecográficos. Sobre estes últimos, parece-me fundamental incluir formação técnica nesta área a todos

os EEESMOG nos futuros cursos de especialização; a competência técnica para realizar ecografia é útil em todo o processo de vigilância da gravidez e adquire relevância na sala de partos – permite clarificar a estática fetal e visualizar a cavidade uterina após a dequitação para despiste de conteúdo residual.

Não aponto dificuldades da monitorização cardiotocográfica das utentes que acompanhei. A realização das manobras de Leopold facilitou a identificação da estática fetal para posicionamento das sondas/ transdutores. A monitorização cardíaca fetal revela-se um pouco mais difícil na presença de múltiplos fetos (gestação gemelar); nestas situações os ajustes das sondas foram um pouco mais frequentes de forma a despistar sobreposição do sinal cardíaco captado.

Ainda sobre a vigilância fetal, pude efectuar diversas monitorizações internas com colocação de eléctrodo no escalpe fetal (apenas possível nas apresentações cefálicas). Este procedimento foi utilizado em situações de monitorização externa dúbia ou instável (perda do sinal cardíaco do feto frequente).

Apesar de já ter analisado os resultados dos 50 partos que “realizei”, penso que é pertinente abordar o meu processo de aprendizagem ligado à execução técnica do parto; este percurso foi sempre acompanhado pela minha orientadora clínica: Sr.^a Enf.^a F. M. e, de uma forma gradual, conduziu à minha autonomia nos cuidados.

Não querendo entrar numa descrição exaustiva, parto a parto, senti que a minha técnica de protecção do períneo (quando optei por uma conduta “Hands On”), foi evoluindo de forma progressiva e consistente. Consigo identificar alguma imaturidade técnica nos primeiros partos que fiz – o método ou forma de posicionar as minhas mãos para pressionar a região perineal e flectir a cabeça do feto não era suficientemente firme/ otimizada.

O desencravamento dos ombros do feto foi, na maioria dos casos, linear e sem qualquer dificuldade; identifico, no entanto, 8 situações de distócia de ombros, das quais, não consegui resolver 3 sem o apoio da minha orientadora. Senti que este tipo de distócia é uma situação crítica, potencialmente lesiva para o feto (por asfixia ou lesão músculo-esquelética) e na qual é fundamental pedir apoio e gerir o stress.

Apesar de estar familiarizado com este tipo de adversidade, devo confessar alguma ansiedade sempre que tive de exercer tracção e rotação da cabeça do feto de forma intensa (embora controlada). Nas distócias que não consegui resolver dei apoio à minha orientadora, reposicionando os membros inferiores das utentes (manobra de

McRoberts) e efectuando pressão supra-púbica de forma a facilitar a rotação e desencravamento dos ombros.

A realização de episiotomia, do ponto de vista técnico, não me levantou dificuldades (mesmo sendo esquerdino) – adaptei o manuseio da tesoura de forma a efectuar o corte dos tecidos com a mão esquerda, independentemente da direcção pretendida (esquerda ou direita). Todas as episiotomias que executei foram médio-laterais.

Relativamente às técnicas de sutura – reconstrução de lacerações ou episiorrafias, posso afirmar que constituíram aprendizagens extremamente importantes; senti que este procedimento implica um conjunto de competências teórico-práticas que envolvem um grau de destreza/ motricidade fina elevadas e que, por isso, exigem treino. Este tipo de técnica implicou o envolvimento constante da minha orientadora hospitalar, no sentido de evitar erros técnicos e promover a partilha de saberes.

Senti que a reparação cirúrgica de lacerações é frequentemente mais “difícil” do que a execução da episiorrafia. Relaciono este aspecto com a irregularidade de trajecto e profundidade das lacerações por oposto à secção linear de tecidos que resulta da episiotomia. Pude executar os seguintes pontos de sutura: Contínua (mucosa vaginal), Ponto individual simples (músculo ou pele), Donati (pele e músculo), intra-dérmica e ponto invertido (pele).

Reportando-me ao terceiro estadió do trabalho de parto, não isolo dificuldades técnicas no manuseamento e gestão da dequitação. Posso afirmar que tive um conduta predominantemente activa, com intervenções directas: tracção controlada do cordão umbilical, administração de ocitocina endovenosa e massagem uterina. Controlei a saída da placenta e membranas com rotação contínua dos tecidos e não detectei situações de fragmentação.

No que respeita às situações de gravidez patológica, prestei cuidados a utentes com patologia hipertensiva (pré-eclâmpsia), antes e após o parto. Efectuei vigilância do bem-estar materno-fetal com monitorização de sinais vitais, cardiotocografia e despiste de sinais e sintomas sugestivos de agravamento patológico. Colhi ainda espécimes para análise laboratorial (sangue e urina), com posterior interpretação dos resultados.

Relativamente a situações com risco de perda do bem-estar materno-fetal, participei em 10 cesarianas segmentares transversas (todas de natureza urgente). Não posso dizer que me senti inseguro durante as intervenções uma vez que estes cuidados

constituem uma parte significativa do meu quotidiano profissional – assumi funções de enfermeiro circulante ou de anestesia e acompanhei as utentes no período de recobro e puerpério imediato até à sua transferência para a unidade de internamento de puérperas.

A estas situações de emergência posso ainda adicionar a experiência pessoal que proveio da assistência nos partos distócicos – ventosa ou fórceps, e que se concentra no apoio e conforto da grávida/ pessoa significativa e nos cuidados imediatos aos recém-nascidos. Sendo um parto médico, a minha abordagem foi dirigida para o posicionamento da parturiente, administração de fármacos (ocitocina ou anestésicos) e apoio emocional.

Sobre os cuidados imediatos aos recém-nascidos, não identifico dificuldades nas minhas intervenções. Apesar de não ter contactado com situações de reanimação neonatal, pude prestar cuidados a crianças com alguma dificuldade na adaptação à vida extra-uterina, sem necessidade de entubação traqueal e de resolução fácil com aquecimento, estimulação táctil e oxigenoterapia por máscara facial. Não transferei crianças para a unidade de cuidados neonatais.

Não sinto as situações de reanimação neonatal como difíceis tecnicamente, embora lhes reconheça um carácter emergente e gerador de stress. Mesmo na presença de um médico neonatologista/ pediatra, a presença de um enfermeiro treinado em reanimação neonatal é fundamental para a coordenação da equipa de forma a minimizar a morbilidade e mortalidade neonatais.

5.3. Cuida Da Mulher Inserida Na Família E Comunidade Durante O Período Pós-Natal

Esta competência incide, sobretudo, nos cuidados prestados no período de Puerpério (precoce e tardio), à puérpera, RN e pessoa significativa. Está ainda prevista a orientação da mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto.

As 3 unidades que formam esta competência são:

1. Promoção da saúde da mulher e RN no período pós-natal;
2. Diagnóstico e prevenção de complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;
3. Prestação de cuidados em situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal.

Relativamente ao EC em Bloco de Partos, a minha acção centrou-se no período de puerpério imediato (as duas primeiras horas após o nascimento). Sendo um período crítico, marcado por alguma instabilidade hemodinâmica e emocional, a vigilância materna é extremamente relevante na detecção de complicações para a mãe e, conseqüentemente, para o RN – com destaque para o despiste de situações hemorrágicas. Prestei os cuidados imediatos a todas as puérperas cujos partos realizei (eutócicos) ou participei (distócicos – fórceps, ventosa ou cesariana) e não anotei dificuldades no desenvolvimento desta competência.

A respeito da assistência à mulher e RN no período pós-natal, posso afirmar que a minha intervenção teve início logo após o nascimento, com a promoção da vinculação entre a mãe e a criança – após a expulsão fetal proporcionei a todas as mulheres a opção de permanecerem com o RN deitado no seu tórax ou abdómen. Este procedimento permitiu o contacto imediato pele a pele entre mãe e filho, favorecendo todo o processo de vinculação e adaptação à vida extra-uterina. Durante este período cuja duração foi, em média, de 30 minutos fiz uma avaliação constante da adaptação do feto ao meio envolvente. A estes cuidados posso ainda somar a assistência imediata que prestei aos RN após o nascimento e cujas intervenções já foram analisadas na competência anterior.

Sobre a amamentação e aleitamento materno e/ ou artificial, a minha conduta primou, sobretudo, pelo respeito pela opção *informada* da mulher; tentei que a escolha fosse informada e esclareci dúvidas sobre o tema. Prestei ajuda técnica sempre que fui solicitado pelos pais – posicionamento e adaptação do RN à mama, por exemplo. Algumas crianças foram adaptadas à mama com sucesso nos primeiros 15 minutos após o nascimento (logo no período de contacto imediato pele a pele).

Durante as 2 horas subsequentes ao parto fiz a observação física de puérperas de forma a avaliar a adaptação física e psicológica ao nascimento; este exame implicou a observação do estado geral da mulher, com algum destaque para as mamas, abdómen e útero, períneo e membros inferiores. Avaliei ainda a interacção comportamental da díade (e tríade). O exame físico e comportamental dos RN não me levantou dúvidas.

Sobre o diagnóstico e prevenção de complicações, no bloco de partos, identifiquei uma deiscência de sutura e um hematoma perineal (ambas as utentes tiveram um parto distócico com aplicação de fórceps).

Na primeira situação visualizei um sangramento anormal da episiorrafia causado pelo afastamento dos bordos da pele e comuniquei ao médico responsável pelo procedimento. Reconheci ainda uma pequena laceração da mucosa vaginal causada pelo próprio fio de sutura. Na segunda, observei uma equimose no períneo com dor à palpação e informei o clínico que aplicara o fórceps. Ambas as puérperas mereceram correcção cirúrgica.

Apesar de estar familiarizado com hematomas perineais, não posso afirmar o mesmo na avaliação de uma episiorrafia antes deste EC (sobretudo as suturas da mucosa vaginal). A experiência clínica em Bloco de partos conferiu-me a capacidade de analisar tecnicamente uma episiorrafia e reconhecer problemas; esta aptidão ganhou consistência após a aprendizagem teórica e prática das técnicas de sutura.

Neste EC também prestei cuidados a puérperas com patologia hipertensiva (pré-eclampsia e síndrome HELLP); esta afecção condicionou a autonomia de uma dessas utentes, limitando a sua capacidade para cuidar e amamentar o RN. Nesta situação providenciei todos os cuidados à utente e RN e promovi o aleitamento materno, com recurso a bomba eléctrica para estimulação e extracção do leite para administração à criança. Não anotei dificuldades nas intervenções efectuadas.

O processo de desenvolvimento desta competência encontrou ainda subsídios importantes nos EC II e III. Seria limitante se fizesse uma análise circunscrita ao EC em Bloco de Partos.

No EC II prestei cuidados de enfermagem a puérperas transferidas do Bloco de Partos e Bloco Operatório. Foi uma oportunidade importante para alargar as minhas aptidões teóricas e práticas na promoção da saúde da puérpera e do RN; as observações que efectuei revelaram-se essenciais no despiste de complicações após o nascimento.

No EC III participei em algumas consultas de revisão após o parto, bem como em recorrências à USF devido a problemas na amamentação. Qualquer uma das minhas intervenções constituiu um factor importante na diminuição da mortalidade e morbidade da mãe e da criança; a triagem de sinais e sintomas potencialmente graves, bem como a promoção do aleitamento materno foram valiosas.

5.4. Cuida Da Mulher Inserida Na Família E Comunidade A Vivenciar Processos De Saúde/ Doença Ginecológica

As 3 unidades que compõem esta competência são as seguintes:

1. Promoção da saúde ginecológica da mulher;
2. Diagnóstico e prevenção de complicações relacionadas com patologia genito-urinária e/ ou da mama;
3. Prestação de cuidados à mulher com patologia genito-urinária e/ ou mama.

Com a análise das 3 unidades descritas verifico que esta competência está dirigida particularmente para a ginecologia e encontra maior representação nos cuidados que prestei na UOG.

Durante estes turnos tive a oportunidade de fazer a triagem a algumas utentes com patologia do foro ginecológico, com particular destaque para a patologia mamária; 2 dessas utentes recorreram à unidade após localizar nódulo mamário e uma delas foi submetida a biopsia da massa identificada. Nas duas situações pude fazer um ensino dirigido à técnica de palpação da mama.

Ainda sobre a patologia mamária, realizei o penso a 2 utentes mastectomizadas. Não senti dificuldades específicas.

Neste EC diagnostiquei um abscesso vulvar (Bartholinite) com necessidade de intervenção cirúrgica na UOG; após identificar o problema e a utente ser observada pelo médico, efectuei a sua admissão na unidade e participei na intervenção como enfermeiro de anestesia. A intervenção decorreu sem adversidades e acompanhei a utente no período de recobro. A estas intervenções posso ainda somar as experiências vividas durante as curetagens já mencionadas anteriormente na competência em 5.1..

Nas triagens efectuadas identifiquei ainda 8 utentes com provável infecção urinária (6 dessas utentes estavam grávidas), após combinar a sintomatologia com os dados obtidos na análise de amostras de urina; este exame simples foi executado com recurso a fitas de teste Combur®.

Não identifiquei outras patologias do foro ginecológico. Porém, no EC I – Serviço de Ginecologia, realizado no Hospital X nos meses de Junho e Julho de 2011, colaborei nas consultas de histeroscopia e colposcopia, possibilitando a aquisição de conhecimentos relevantes no diagnóstico de patologias ginecológicas.

6. REFLEXÃO FINAL

Este documento representa uma parte significativa da linha de trabalho que desenvolvi em 2011 e 2012, no contexto deste Curso de Mestrado. Através da implementação do meu Projecto Individual pude, de uma forma cuidada, trabalhar os cuidados ligados ao período expulsivo e às posições da parturiente.

A escolha de um tema como este foi, por um lado, *audaz*, mas também desafiante – abala as fundações de alguns cuidados que prestamos actualmente, de forma estandardizada, nas salas de partos em Portugal. Olhando para a realidade laboral onde me insiro, facilmente concluo que a posição no parto é determinada pelos profissionais de saúde e encontra-se, muitas vezes, limitada à litotomia. Parece-me que este tipo de conduta advém de um ensino tendencioso e que se limita ao uso de posições supinas no parto – condicionando a aquisição de experiência dos profissionais.

Neste sentido, acredito que o motor do meu trabalho foi o desafio pessoal inerente à temática, mas também a minha crença no valor do EEESMOG; estou certo que este profissional, pela sua formação teórico-prática e proximidade com os utentes, pode oferecer cuidados de saúde especializados no campo da saúde materna, obstétrica e ginecológica, adaptados a cada mulher/ família no contexto comunitário em que se insere.

Sobre este aspecto a FAME (2009), refere que o EEESMOG desempenha funções na assessoria e educação para a saúde da mulher, sua família e comunidade em que se inserem. O ICM (2005) avança mesmo que o EEESMOG e as mulheres devem trabalhar directamente com os organismos que elaboram políticas com o objectivo de definir as necessidades das mulheres no que respeita a cuidados de saúde.

Do ponto de vista académico, a realização deste trabalho permitiu o desenvolvimento das minhas capacidades enquanto aluno e futuro EEESMOG. Todos os EC contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMOG; como enfermeiro de cuidados gerais a exercer funções em sala de partos posso afirmar, com toda a segurança, que a minha capacidade interventiva foi

refinada. Adquiri todo um corpo de conhecimentos teóricos e práticos que me capacita para a análise e diagnóstico de complicações relacionadas com a saúde da mulher e feto - sinto que alarguei o meu leque interventivo.

Simultaneamente, a orientação que obtive por parte da professora Irene Soares e de todos os orientadores hospitalares foi crucial na clarificação de ideias e crescimento profissional.

Sobre o método de investigação que utilizei para fundamentar as minhas acções – Revisão Sistemática da Literatura, senti que a análise dos artigos é facilitada se o investigador definir claramente os seus objectivos: saberá como procurar e que dados colhe; o acesso gratuito às bases de dados digitais, fornecido pela ESEL, foi um recurso fundamental. Neste sentido, seria injusto se não mencionasse o contributo da unidade curricular: Investigação, para a clarificação do percurso metodológico.

Assim, da leitura atenta do meu trabalho, será lícito concluir que este poderá constituir um ponto de inovação e aquisição de novos saberes; a sua pertinência é clara e contribui para a qualidade do exercício da Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Penso que o plano de trabalho que defini foi adequado para conduzir a minha formação no sentido que desejo. Tentei encontrar estratégias que me permitissem recolher dados, a cada EC, capazes de produzir conclusões e, apesar dos universos estudados terem uma dimensão reduzida, facilmente se encontra simetria com os estudos consultados.

O modelo teórico que escolhi para guiar as minhas intervenções foi, também ele, adequado. Para Watson (2002), a enfermagem deve assumir um carácter humanista e procurar responder à individualidade da pessoa. Os cuidados devem ser desenhados e adaptados à realidade/ campo fenomenológico do cliente.

Para concluir, penso que será pertinente extrair as ideias fundamentais que marcaram este percurso de trabalho. **Estas “conclusões” devem ser interpretadas com cautela pois reportam-se a um universo reduzido:**

- O conhecimento das mulheres sobre as posições para o parto é pobre e centrado em rotinas que são convencionais e próprias da sociedade industrializada em que vivemos. Mesmo os conteúdos teórico-práticos que são transmitidos nos cursos de preparação para o nascimento centram-se nas posturas horizontais;

- Os autores sugerem que a escolha da posição deve ser feita pela mulher, de forma consciente e informada;
- A utilização de posições verticalizadas sugere abreviação do período expulsivo;
- As posições verticais parecem estar associadas a menos dor e menor incidência de episiotomias e/ ou lacerações;
- A formação dos EEESMOG é centrada na aquisição de competências técnicas dirigidas para o parto em litotomia;
- O apoio do períneo (manobras de protecção) é facilitado com a mulher em litotomia;
- As posições verticalizadas, em particular a postura “acocorada”, exige que o profissional se mobilize frequentemente (acocorando-se ou sentando-se), de forma a visualizar a região perineal da mulher. As manobras para protecção do períneo ou realização de episiotomia são mais difíceis;
- A frequência de aulas de preparação para o parto parece favorecer a escolha de posições verticalizadas;
- A intensidade da dor parece ser menor nas posições verticalizadas;
- A Monitorização cardio-fetal, nas posições verticalizadas, implicou ajustes permanentes das sondas/ elásticos fixadores;
- A posição de litotomia registou o maior número de episiotomias;
- As posições: sentada e acocorada registaram maior incidência de Lacerações perineais (grau I e II);
- As manobras de protecção do períneo são facilitadas na litotomia por exposição total da região perineal da parturiente.

(Jorge Miguel Galvão Matias)

7. BIBLIOGRAFIA

- ALLEBECK, P.; EKÉUS, C.; GOTTVALL, K. - **Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth.** International Journal of Obstetrics and Gynecology. June, 2007.1266-1272p.
- ALTMAN, D.; OLSSON, S.; RAGNAR, I.; TYDÉN, T. - **Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions – a randomized controlled trial”.** International Journal of Obstetrics and Gynecology. October, 2006. 165-170p.
- AZEVEDO, C.; AZEVEDO, A. – **Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos.** 3.^a ed. Porto: C. Azevedo, 1996. 168p.
- BOBAK, I.; LOWDERMILK, D.; JENSEN, M. – **Enfermagem na maternidade.** 4.^a ed. Lisboa: Lusociência, 1999. 1017p.
- BOUTINET, J. – **Anthropologie du projet.** 1^a edição. Paris: Presses universitaires de France, 1990. 301 p.
- BRANDEN, P. – **Enfermagem Materno Infantil.** 2.^a ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 1998. 524p.
- BURROUGHS, A. – **Enfermagem Materna.** 6.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 456p.
- CALAIS-GERMAIN, B.; PARÉS, N. – **Parir en movimiento.** La liebre de marzo: Barcelona, 2009. 174p.
- CHALK, A. - **Pushing in the second stage of labour: part 1.** British Journal of Midwifery. Volume 12, number 8. August, 2004. 502-508p.
- COUTINHO, E. – **Uma perspectiva cultural de cuidar no parto.** Porto: [S.l.], 2000. Dissertação apresentada à Universidade do Porto, para a obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.
- COUTO, G. – **Preparação para o parto.** Loures: Lusociência, 2003. 185p.
- CRAIG, J.; SMYTH, R. – **Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros.** Loures: Lusociência, 2004. 309p.

DIFRANCO, J.; KEEN, R.; ROMANO, A. - **Care Practice: Spontaneous Pushing in Upright or Gravity-Neutral Positions.** The Journal of Perinatal Education. Volume 16, number 3. 2007. 35-38p

ESTRELA, A. – **Teoria e Prática de Observação de Classes: Uma Estratégia de Formação de Professores.** 4.^a ed. Porto: Porto Editora, 1994. 479p.

FAWCETT, J., RUSSEL, G. – **A Conceptual Model of Nursing and Health Policy.** Policy, Politics and Nursing Practice. Vol. 2 Nº 2, May 2001, 108-116p.

FERNANDES, A. – **Métodos e regras para elaboração de trabalhos académicos e científicos.** Porto: Porto Editora Lda., 1993. 223 p.

FERNANDES, A. – **Métodos e regras para elaboração de trabalhos académicos e científicos.** Porto: Porto Editora Lda., 1993. 223 p.

FORTIN, M. – **O Processo de Investigação – da concepção à realização.** Loures: Lusociência, 1999. 388 p.

GEORGE, J. – **Teorias de enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 204p.

GUPTA, J.; HOFMEYR, G.; SMYTH, R - **.Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia.** The Cochrane Collaboration. 2009. 8p.

HUNGLER, B.; POLIT, D. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Brasil: Artes Médicas, 1995. 391p.

INICIATIVA PARTO NORMAL – **Documento de consenso da Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME).** Loures: Lusociência, 2009. 114p.

JONGE, A.; LAGRA-JANSSEN, A.; SCHEEPERS, P.; VAN DER PAL-DE BRUIN, K.; VAN DIEM, M. - **Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage”.** International Journal of Obstetrics and Gynecology. November, 2007. 349-355p.

JONGE, A.; LAGRO-JANSSEN, A.; SCHEEPERS, P.; TEUNISSENT, D.; van Diem, M. - **Women „s positions during the second stage of labour: views of primary care midwives.** JAN ORIGINAL RESEARCH – Blackwell Publishing Ltd. March, 2008. 347-356p.

JONGE, A.; LAGRO-JANSSEN, ALM. **Birthing positions: a qualitative study into the views of women about various birthing positions.** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. March, 2004. 47-55p.

KITZINGER, S. - **A Experiência do Parto.** 5.^a ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1984. 358p.

KITZINGER, S. – **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. 2.^a ed. Lisboa: Editorial Presença, 1996. 269p.

KITZINGER, S. – **Sheila Kitzinger's letter from Europe: the clock, the bed, the chair, the pool**. Blackwell Publishing. March, 2003. 54-56p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA – **Proposta de Regulamento das competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. Setembro de 2010. 9p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – UNIDADE DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL – **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996. 54p.

REZENDE, J. – **Obstetrícia**. 7.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 1020p.

RODEIA, M. – **A experiência de dar à luz: uma abordagem fenomenológica**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 1995. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para a obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.

WATSON, J. – **Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. 201p.

WATSON, J. – **Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 1999. 103p.

ANEXOS

ANEXO I

Tabela da Descrição do Desenho e Resultados de Cada Estudo