



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

Relatório de Estágio

**Vulnerabilidade das Mulheres em Trabalho de Parto:
contributos do enfermeiro especialista**

Susana Cristina Vaz Pereira



**Lisboa
2021**

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

Relatório de Estágio

**Vulnerabilidade das Mulheres em Trabalho de Parto:
contributos do enfermeiro especialista**

Susana Cristina Vaz Pereira



Orientador: Professora Maria Luísa Sotto-Mayor de Carvalho Pinto
Coorientador: Professora Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira



**Lisboa
2021**

“Vulnerabilidade não é fraqueza. E esse mito é profundamente perigoso ...
A vulnerabilidade é o local de nascimento da conexão e o caminho para o
sentimento de dignidade. Se não parecer vulnerável, a partilha,
provavelmente, não será construtiva.”

(Brené Brown, s.d.)

Agradecimentos

Este trabalho resulta principalmente das orientações, discussões e reflexões críticas proporcionadas pela minha orientadora, professora Maria Madalena de Oliveira, que para além da enorme disponibilidade demonstrada, empregando todo o seu conhecimento e experiência, me soube incentivar durante todo o percurso. Por isso, em sinal do meu profundo reconhecimento pela sua dedicação e paciência para comigo, deixo-lhe o meu primeiro agradecimento.

Em segundo lugar, um agradecimento também à professora Maria Luísa Sotto-Mayor pelo apoio prestado na orientação deste trabalho.

Em terceiro lugar um agradecimento especial à minha Chefe, Enf.^a Ana Rosa, pelo incentivo e permanente apoio prestado.

À minha colega Enf.^a Marta Ferreira, pelos estímulos sempre dispensados para que chegasse a “bom porto”.

À minha família, o Rui e a Alice, pela compreensão, paciência e por serem o meu porto de abrigo. Apesar das minhas longas ausências, foram inexcedíveis no apoio e em muito contribuíram para aumentar a minha resiliência, aspetos essenciais para ultrapassar os momentos mais difíceis.

À restante família pelo constante encorajamento e motivação.

Aos professores, colegas, e orientadores nos locais de estágio, os quais, de diferentes formas, foram também elementos catalisadores para a realização deste trabalho.

Um agradecimento, ainda, a todas as mulheres/casais que tiveram a amabilidade de partilhar as suas vivências, que se revelaram determinantes para a análise qualitativa subjacente a este trabalho.

Índice de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

BO – Bloco Operatório

BP – Bloco de Partos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção-Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME – *Federación de Asociaciones de Matronas de España*

ICEA – *International Childbirth Education Association*

ICM – *International Confederation of Midwives*

ICN – *International Council of Nurses*

JA – Jornal de Aprendizagem

JBÍ – *The Joanna Briggs Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OL – Enfermeira EESMO orientadora no local do estágio

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – População, Conceito e Contexto

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RN – Recém-Nascido

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O trabalho de parto é um processo fisiológico do qual pode emergir um conjunto de tensões negativas nas mulheres, motivadas por uma panóplia de emoções e sentimentos, traduzidos por medos, receios, incertezas, ansiedades e desejos, cuja intensidade varia em função da individualidade, crenças, conhecimentos, cultura, e padrões socioeconômicos de cada mulher. Este stress afeta as suas respostas físicas, fisiológicas, psicológicas, e comportamentais, de que resultam necessidades que terão necessariamente de ser satisfeitas, caso contrário, poderão potenciar um estado de vulnerabilidade nas mulheres que, por sua vez, se irá repercutir na forma como estas vão vivenciar um momento que deve ser único, tranquilo, positivo e humanizado.

Neste trabalho privilegiou-se a dimensão individual da vulnerabilidade, pois é nesta que mais facilmente o enfermeiro pode atuar no bloco de partos.

Efetuada uma revisão *scoping*, partindo da pergunta “quais os fatores que influenciam a vulnerabilidade das mulheres durante o trabalho de parto?”, foi possível identificar três ordens de fatores: o ambiente de cuidados, os cuidados de enfermagem especializados e o trabalho de equipa.

No sentido de diminuir a vulnerabilidade das mulheres durante o trabalho de parto, é importante que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica atue ao nível da *advocacy*, intervindo nos fatores referidos, a fim de satisfazer as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência das mulheres, nos contextos físico, psico-espiritual social e ambiental, de acordo com a teoria de conforto de Kolcaba. Conclui-se que as intervenções recomendadas devem passar pela promoção de cuidados centrados nas mulheres e seus conviventes significativos, com respostas holísticas e apoio permanente e solidário.

Palavras-chave: Vulnerabilidade, Mulher, Trabalho de Parto

ABSTRACT

Labor is a physiological process from which a set of negative tensions can emerge in women, motivated by a panoply of emotions and feelings, translated by fears, apprehensions, uncertainties, anxieties and desires, whose intensity varies depending on the individuality, beliefs, knowledge, culture, and socioeconomic standards of each woman. This stress, surely, affects their physical, physiological, psychological, and behavioral responses, from which result needs that must be satisfied, otherwise, it enhances a state of vulnerability in women which, in turn, will have an impact on how they will experience a moment that should be unique, peaceful, positive, and humanized.

In this work the individual dimension of the vulnerability was privileged, because it is in this dimension that the nurse can more easily work at the birth unit.

A scoping review was carried out and based on the question “which factors influence women's vulnerability during labor?”, it was possible to identify three orders of factors: the care environment, specialized nursing care, and the teamwork.

To reduce the vulnerability of women during labor, the nurse specialists in maternal health and obstetrics must play their advocacy role, seeking to act on the above-mentioned factors, in order to satisfy the needs of relief, tranquility and transcendence of women, in physical, psycho-spiritual, social and environmental contexts, according to Kolcaba's theory of comfort. It is concluded that the recommended interventions should pass through the promotion of care centered on women, holistic responses and permanent and solidary support (to women and significant partners).

Keywords: Vulnerability, Women, Labor

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1.1 Sobre o conceito de vulnerabilidade	12
1.2 Fatores que influenciam a vulnerabilidade em saúde	14
1.3 Cuidar da mulher/casal durante o TP.....	15
1.4 Teoria do conforto de Kolcaba	15
2. METODOLOGIA	17
2.1 Metodologia de projeto.....	17
2.2 Prática baseada na evidência	17
2.2.1 Revisão <i>Scoping</i>	18
2.2.2 Critérios de inclusão	19
2.2.3 Estratégia de pesquisa.....	19
2.2.4 Resultados da revisão <i>Scoping</i>	20
2.3 Prática reflexiva.....	23
3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMO FUTURA EEESMO.....	24
3.1 Contexto do EC	24
3.1.1 Competências desenvolvidas no período pré-natal.....	25
3.1.2 Competências desenvolvidas durante o TP	29
3.1.3 A vulnerabilidade das mulheres durante o TP	42
3.1.4 Competências desenvolvidas no período pós-natal	52
3.2 Considerações éticas	56
3.3 Contributos para a prática	58
3.4 Limitações	59
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

Apêndices

Apêndice I - Diagrama prisma da revisão *scoping*

Apêndice II - Ferramenta de extração de dados

Apêndice III - Grelha de avaliação dos fatores que influenciam a vulnerabilidade das mulheres em TP

Índice de Figuras

Figura 1 - Fatores que permitem diminuir a vulnerabilidade da mulher durante o TP (revisão *scoping*)42

Índice de Quadros

Quadro 1 - Termos da questão de pesquisa18

Quadro 2 - Bases de dados e descritores da pesquisa19

INTRODUÇÃO

O presente relatório, elaborado no âmbito do 10.º Curso de Mestrado¹ em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), traduz o trabalho desenvolvido na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, que decorreu de 27 de novembro de 2020 a 28 de março de 2021, em contexto de Bloco de Partos (BP), numa instituição de saúde de Lisboa, de referência nacional em apoio neonatal. Tem por finalidade analisar e refletir criticamente sobre o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à mulher/Recém-Nascido (RN)/família, durante o período pré-natal, o trabalho de parto (TP), puerpério e período pós-natal, com especial enfoque na diminuição da vulnerabilidade das mulheres durante o TP.

Tendo por base que a missão do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia (EEESMO) passa, entre outras, por “promover a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com o trabalho de parto.” (OE, 2018, p.2), pretende-se com o presente relatório dar resposta ao projeto de estágio previamente elaborado e dar a conhecer, utilizando o pensamento crítico e reflexivo, as competências comuns e específicas, incluindo as definidas pela International Confederation of Midwives (ICM, 2019), desenvolvidas enquanto futura EEESMO ao longo deste estágio.

De modo mais particular, centrar-me-ei no desenvolvimento das seguintes competências específicas, concretizadas pelas respetivas unidades de competência e critérios de avaliação, relativas à prestação de cuidados, nos termos do Regulamento n.º 391/2019:

- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina;
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

¹ Aprovada a alteração do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com o Despacho n.º 1482/2010, de 21 de janeiro, com as alterações introduzidas pelo Despacho n.º 9990/2019 de 4 de novembro.

Este documento, pretende ainda, identificar e analisar os fatores que diminuem a vulnerabilidade das mulheres em TP.

Do ponto de vista metodológico foi utilizada uma prática baseada na evidência, a prática reflexiva sistematizada e a metodologia de projeto.

O conceito de vulnerabilidade e a teoria do conforto de Katharine Kolcaba, constituíram o referencial teórico utilizado no âmbito da prestação de cuidados holísticos centrados na mulher/casal durante o TP.

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro, abordam-se os conceitos meta paradigmáticos e a filosofia de cuidados de enfermagem que sustentaram a prática de cuidados em Ensino Clínico (EC). No segundo capítulo é apresentada a metodologia que orientou as várias etapas desde a fase de planeamento do projeto, à revisão *scoping*. O terceiro capítulo integra a análise das competências desenvolvidas nos vários contextos clínicos, em especial, para o contexto do BP. O último capítulo espelha os aspetos essenciais abordados nos capítulos precedentes, particularmente os resultados da prestação de cuidados relativos à vulnerabilidade das mulheres em TP, tecendo-se, igualmente, algumas considerações finais sobre o percurso de aprendizagem percorrido neste estágio.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo congrega os conceitos fundamentais que sustentam e guiam este relatório, fruto da pesquisa efetuada.

1.1 Sobre o conceito de vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade tem sido amplamente utilizado nos últimos anos, especialmente após a década de 80, porém com distintas interpretações (Sousa, Miranda & Franco, 2011). Vulnerabilidade deriva do latim, do verbo *Vulnerare*, que significa “*provocar um dano, uma injúria*” (Nichita, Bertolozzi, Takahashi, & Fracoli, 2008, p. 924). Etimologicamente, vulnerabilidade remete para o significado de magoar, ofender, ferir sentimentos ou a moral, e traz à consciência a nossa condição humana. Existem vários aspetos que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos, a que se somam as infligidas pelos seres humanos uns aos outros aquando da construção de relações de poder que conformam dominação, intimidação e manipulação. Os mecanismos de controlo da sociedade estruturam a privação da potência do agir, aprisionando os indivíduos em situações e estados de vulnerabilidade (Sevalho, 2018).

O termo vulnerabilidade foi originário da área do direito, referindo-se a grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, tendo sido inicialmente plasmado na carta dos direitos humanos para aludir à necessidade da promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania (Sousa, et al. 2011).

O conceito de vulnerabilidade foi-se disseminando por várias áreas, tendo sido, naturalmente, também introduzido e formulado no domínio da saúde. A primeira teoria sobre este conceito foi apresentada por Watts & Bohle, (1993) e defendia que a vulnerabilidade era definida pela interseção de três aspetos: o *entitlement*, o *empowerment* e a política económica. O *entitlement* refere-se ao direito das pessoas. O *empowerment* ao empoderamento das pessoas. A política económica refere-se à participação política e institucional das pessoas, bem como à organização estrutural e história da sociedade. Desta forma, trata-se de um conceito multidimensional, na medida em que a vulnerabilidade às doenças é percecionada segundo o indivíduo, grupo/sociedade e regiões (Sousa, et al. 2011).

Relativamente à área dos cuidados de saúde, o termo vulnerabilidade emerge no início da década de 1990, intimamente associado com a epidemia do VIH/SIDA,

na medida em que permitia identificar os indivíduos, grupos e regiões que estavam expostos a maior risco e, conseqüentemente, eram mais vulneráveis à infecção, ao desenvolvimento da doença e até à morte (Sousa, et al. 2011). Durante o trabalho que Mann, Tarantola & Netter, (1993) desenvolveram, relacionado com a infecção VIH/SIDA, foi introduzido o conceito de vulnerabilidade para identificar e compreender os fatores determinantes estruturais que envolvem a relação dinâmica do processo de uma epidemia. Segundo estes autores, o comportamento individual, as suas crenças e conhecimentos são o determinante final da vulnerabilidade do indivíduo à infecção, o que justifica o enfoque em ações de controlo no indivíduo (Sousa, et al. 1993). Deste modo, os indivíduos e os grupos vulneráveis devem ser entendidos como pessoas cujo comportamento é determinante no processo de saúde-doença e as crenças e conhecimentos devem ser alvo de ações dos profissionais de saúde, de forma a minimizar a sua vulnerabilidade aos processos de doença.

O conceito de vulnerabilidade em saúde foi sendo ampliado também pela investigação de Ayres, França, Calazans & Saletti (1999), que defende que ser e estar vulnerável relaciona-se com a hipótese de exposição das pessoas ao processo de adoecer, mostrando assim a perspetiva da pessoa estar e ser vulnerável à doença devido à sua relação com o meio/coletivo. Assim, todas as influências do meio, no qual o indivíduo está ou esteve inserido, representam um outro fator que interfere na vulnerabilidade em saúde.

Em saúde os grupos vulneráveis são aqueles que têm maior probabilidade, ou seja, maior risco de desenvolver problemas de saúde quando comparados com a restante população (Freitas, Melo & Andrade, 2011). De acordo com Nichiata et al. (2008), os grupos designados de vulneráveis em saúde são as crianças, as mulheres grávidas, em trabalho de parto, ou que estão a amamentar, os idosos e os sem-abrigo, bem como as pessoas que têm uma qualquer limitação da sua possibilidade de escolha.

Nichiata et al. (2008) enquadram a vulnerabilidade em saúde em três dimensões interdependentes: a vulnerabilidade individual, que diz respeito à ação individual de prevenção face a uma situação desafiadora, sendo influenciada por fatores como a idade, género, raça, língua, conhecimentos, crenças, desenvolvimento emocional e vivências. A vulnerabilidade programática, que se refere a políticas públicas no sentido de organização e distribuição de recursos para promoção da saúde e prevenção e

controle da doença. A vulnerabilidade social, que se refere essencialmente à estrutura económica, mas também às políticas públicas de educação e de cariz cultural.

Desta forma, tendo em conta os objetivos traçados, irei adotar como conceito de vulnerabilidade, todo o potencial que cada parturiente tem para desenvolver um problema de saúde durante o TP, o qual será ou não mitigado em função da combinação de um determinado conjunto de “forças facilitadoras” resultantes de condições individuais, coletivas e contextuais. Opta-se por restringir a vulnerabilidade principalmente à dimensão individual, pois é nesta que a um nível micro, mais facilmente o enfermeiro pode atuar, numa tentativa de a minimizar, através dos cuidados prestados.

1.2 Fatores que influenciam a vulnerabilidade em saúde

De acordo com Nichiata et al. (2008) os estudos realizados na América do Norte, relacionados com a vulnerabilidade, demonstram que para diminuir a vulnerabilidade se deve apostar e privilegiar a intervenção nos fatores individuais. Em saúde, a vulnerabilidade, na sua dimensão individual, é definida como um processo dinâmico influenciado por fatores individuais tais como: a idade, a raça, a etnia, a escolaridade, os conhecimentos, a perceção de saúde-doença e os estilos de vida. Porém, ela não é só definida por fatores individuais, mas também por condições adquiridas no decorrer da vida (Nichiata et al. 2008).

Segundo Sousa et al. (2011) existe uma inter-relação entre os fatores que influenciam a saúde e a vulnerabilidade das populações às epidemias e, inerentemente, aos processos de doença. Dito isto, em saúde, a vulnerabilidade pode ser atribuído um grau que se altera com a modificação das condições ou do ambiente social (Nichiata et al. 2008). Neste sentido, podemos concluir que todos os fatores promotores da saúde de determinados grupos da população diminuem a vulnerabilidade face à doença e vice-versa, pelo que é fulcral avaliar a vulnerabilidade dos grupos aos quais prestamos cuidados.

A avaliação da vulnerabilidade consiste na identificação de condições, características e situações de proteção e fortalecimento dos grupos e indivíduos contra a doença.

1.3 Cuidar da mulher/casal durante o TP

O TP representa o final da gravidez e o nascimento marca o início da vida extrauterina do RN, assinalando o momento em que as mulheres e muitos homens se apercebem de algumas mudanças que estes eventos irão provocar nas suas vidas. Segundo Graça (2017, p. 321), o TP pode ser definido como “o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior”. Trata-se de um processo marcado por um estado de alteração emocional, em que se verifica maior vulnerabilidade psíquica, decorrente da necessidade de haver uma readaptação física, emocional, e socioeconómica, representando também a transição para a parentalidade (Silva, 2010).

A vivência da mulher face ao TP é mutável, variando de acordo com os padrões de cada sociedade/cultura e, sobretudo, devido à panóplia de emoções e sentimentos. Cada mulher tem os seus próprios receios e medos, o medo da dor, o medo de ter um nado-morto, o medo de uma assistência inadequada por parte dos profissionais de saúde durante o TP (medo da padronização dos cuidados), a ausência de privacidade, a solidão, o medo de não ser capaz de cuidar do RN e o medo das complicações para ela e para o seu filho. Assim, torna-se necessário que os vários elementos da equipa estabeleçam uma relação terapêutica durante o TP. Esta relação, para além de promover a participação da mulher/convivente significativo durante todos os cuidados prestados, deve assentar na escuta, a fim de perceber as inseguranças e medos das mulheres, potenciando a humanização e a qualidade dos cuidados. Esta escuta, conjugada com o respeito pela sua individualidade, cultura, crenças e vontades, potencia o seu empoderamento e, conseqüentemente, permite a prevenção do sofrimento e a promoção do conforto (Travancas & Vargens, 2020).

1.4 Teoria do conforto de Kolcaba

Por muitos anos a enfermagem foi definida como sendo arte e ciência, contudo, à medida que começou a ficar mais “mecanizada” e que a prática deu mais ênfase à evidência científica, a arte do cuidar começou a ficar esquecida. Jansen (2006) enaltece a importância do enfermeiro especialista continuar a conjugar a arte do cuidar com a prática baseada na evidência. É com este fio condutor e sabendo que o ato de confortar está intimamente relacionado com a enfermagem, sendo um aspeto ampla

e diariamente utilizado - “prestados cuidados de higiene e conforto” - constituindo, como tal, uma necessidade humana, um processo, uma função do enfermeiro ou um resultado dos cuidados de enfermagem, que se introduz o conceito de conforto.

De acordo com o Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa (2017), a palavra conforto define-se como “dar forças, tornar confortável, dar conforto moral ou afetivo”. Conforto é, então, um estado positivo e holístico. Sendo um termo comumente presente na linguagem dos enfermeiros, é utilizado quer como um dos principais objetivos dos cuidados prestados, quer como indicador de qualidade dos mesmos.

Para Kolcaba (2003), a enfermagem é a apreciação inicial e intencional das necessidades de cuidados aquando da ocorrência de uma ou mais situações que causem stress no indivíduo - “forças obstrutivas”, a conceção de medidas de conforto para satisfazer essas necessidades - “forças facilitadoras” e, por fim, a reapreciação dos níveis de conforto após a implementação das medidas, em comparação com a anterior linha de base. Apesar do interesse manifestado por outras teóricas sobre o conforto (entre as quais se destacam Jean Watson, Josephine Paterson, Loretta Zderad, e Janice Morse), foi Katharine Kolcaba que se dedicou à conceptualização e operacionalização deste conceito com a criação da teoria do conforto, considerada uma teoria de médio alcance para a prática de saúde, educação e investigação.

A teoria do conforto de Kolcaba assenta no conceito de que as necessidades não satisfeitas, que emergem de situações ou estímulos, podem desencadear tensões negativas e nefastas no indivíduo (Kolcaba, 1991). Conforto, é um fenómeno holístico e uma necessidade humana básica (Schuiling & Sampsel, 1999). É assim um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas relativas a três níveis: o alívio (estado em que uma necessidade foi satisfeita), a tranquilidade (estado de calma ou de satisfação) e a transcendência (estado no qual a pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar e gerir a sua vida) (Kolcaba, 2003).

A teoria foi evoluindo e a satisfação destas três necessidades de conforto passaram a ser vivenciadas nas vertentes física (sensações corporais), psico-espiritual (consciência de si próprio, incluindo a autoestima, e sentido de vida), sociocultural (relações interpessoais, familiares e sociais) e ambiental (envolve aspetos como a luz, ruído, equipamento, cor ou temperatura) (Kolcaba, 2003).

Em suma, conforto é uma experiência/estado sentido através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos físico, psico-espiritual, social e ambiental.

2. METODOLOGIA

Este capítulo versa sobre as estratégias metodológicas adotadas no desenvolvimento das competências específicas esperadas para um EEESMO.

2.1 Metodologia de projeto

No final do primeiro ano do 10.º CMESMO, na UC Opção, foi solicitado a elaboração de um projeto para orientar o “Estágio com Relatório”. O projeto agregava os objetivos individuais definidos, o planeamento dos resultados esperados e um cronograma com as atividades necessárias para atingir esses objetivos. Saliente-se que o referido cronograma, fruto do contexto pandémico motivado pelo coronavírus, tornou-se dinâmico, havendo necessidade de sofrer vários ajustes. Importa sublinhar que a concretização deste projeto revelou-se, de facto, uma ferramenta essencial para facilitar e agilizar a aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências enquanto futura EEESMO.

2.2 Prática baseada na evidência

Este percurso de aprendizagem foi pautado por uma consciencialização crescente de que o desenvolvimento de competências, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia, só seria possível conjugando a integração e mobilização dos conhecimentos teóricos, com os conhecimentos obtidos através da investigação, e com os conhecimentos práticos passíveis de alcançar durante o estágio (Fagerlund, Avery, Zwygart-Satuffacher, & Lindeke, 2006).

No que concerne à prática, a OMS (2015) recomenda que os EEESMO devem utilizar práticas baseadas na evidência no desempenho das suas funções, porquanto estas práticas padronizam os cuidados de saúde e potenciam uma ótima base de conhecimentos.

Na mesma linha de pensamento, também a OE (2015a) defende que o EEESMO deve promover a saúde da mulher e do RN, fundamentando e validando a sua prática profissional na evidência científica.

Segundo o Internacional Council of Nurses (ICN, 2012, p.9), “a realidade é que os hábitos da prática e não a prática baseada na evidência impedem-nos de atingir os

nossos objetivos”, motivo pelo qual se entende que os enfermeiros especialistas “não podem apenas ser responsáveis por desenvolver e implementar protocolos baseados na evidência, são também responsáveis por cultivar a cultura da prática baseada na evidência nas suas organizações” (Tracy, Watanuki, & Lindquist, 2006, p. 166).

O ICN (2012, p.10) define prática baseada na evidência como sendo “um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar”.

No sentido de promover a incorporação da investigação científica e das boas práticas clínicas na minha prestação de cuidados de enfermagem especializados ao longo do estágio, socorri-me de uma revisão *scoping*, que apresento no subcapítulo seguinte.

2.2.1 Revisão *Scoping*

Foi utilizada a metodologia da revisão *scoping*, de acordo com The Joanna Briggs Institute (JBI), como estratégia de pesquisa e o modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), para responder à questão de partida e realizar assim o mapeamento da melhor evidência científica existente sobre os fatores que influenciam a vulnerabilidade da mulher durante o TP.

Formulei a questão de pesquisa utilizando os elementos População, Conceito e Contexto da mnemónica PCC do JBI (2015), que permitem dar ao leitor informação clara e objetiva quanto ao foco e âmbito da revisão.

Quadro 1 - Termos da questão de pesquisa

População	Mulheres
Conceito	Fatores que influenciam a vulnerabilidade
Contexto	Trabalho de parto

Desta forma foi possível construir a seguinte questão “Quais os fatores que influenciam a vulnerabilidade das mulheres durante o TP?”

Inicialmente realizei uma pesquisa nas bases de dados “*The Joanna Briggs Institute EBP Database*” e “*Cochrane Database of Systematic Reviews*”, não tendo sido encontradas quaisquer revisões *scoping* sobre esta temática, daí ter avançado para a realização da presente revisão.

2.2.2 Critérios de inclusão

Tipo de participantes: Este protocolo considera a inclusão de estudos que incluam mulheres maiores de 18 anos.

Conceito: Este protocolo considera a inclusão de estudos que abordem a vulnerabilidade da mulher durante o TP.

Tipo de Estudos: Este protocolo considera a inclusão de estudos qualitativos, de forma a obter os fatores que influenciem a vulnerabilidade.

2.2.3 Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa compreendeu três etapas.

A primeira contemplou a definição dos termos da pesquisa, confrontando a linguagem natural da questão elaborada com os termos contidos no título, resumo e palavras-chave de artigos pesquisados inicialmente nas bases de dados CINAHL *Complete* e MEDLINE *Complete*. Desses, foram selecionados os termos indexados no Quadro 2. A pesquisa foi limitada temporalmente entre 2014-2019 (cinco anos), a fim de obter a evidência científica mais atual. Devido ao contexto pandêmico do coronavírus, os tempos definidos para o estágio “derraparam”, obrigando a efetuar uma nova pesquisa, contudo sem obter resultados que cumprissem os critérios de inclusão.

Quadro 2 - Bases de dados e descritores da pesquisa

	Linguagem Natural	Linguagem indexada	
		CINAHL <i>FULL TEXT</i>	MEDLINE <i>FULL TEXT</i>
P - Mulheres	<i>Parturient</i>	<i>Woman, women, female, females</i>	<i>Woman, women, female, females</i>
C - Fatores que influenciam a vulnerabilidade	<i>Vulnerability</i>	<i>Vulnerability, vulnerable</i>	<i>Vulnerability, vulnerable</i>
C - Trabalho de parto	<i>Labor</i>	<i>Labor, labour, birth, childbirth, intrapartum, delivery</i>	<i>Labor, labour, birth, childbirth, intrapartum, delivery</i>

Na segunda etapa foi realizada a pesquisa no motor de busca EBOC HOST, tendo sido selecionadas as bases de dados CINAHL *Complete* e MEDLINE *Complete* utilizando os termos indexados. Foram apurados 29 resultados (estudos primários),

25 na CINAHL *Complete* e 4 na MEDLINE *Complete*. No Apêndice I apresento o diagrama PRISMA que espelha e sintetiza todo o processo de seleção dos estudos.

Na revisão *scoping*, foram integrados não só artigos publicados referentes a estudos primários, bem como a literatura cinzenta, nomeadamente artigos de prática clínica. Assim, após a etapa de pesquisa nas bases de dados, alarguei a pesquisa a outros motores de busca, mais especificamente, ao *Google Académico* e às bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), à *Biblioteca do conhecimento on-line* (B-on). Esta pesquisa permitiu-me aceder à literatura cinzenta e resultou em artigos que não cumpriam os critérios de inclusão. Não obstante, estes artigos forneceram importantes contributos para a discussão dos resultados. No Apêndice II apresento os quadros de extração dos dados.

2.2.4 Resultados da revisão *Scoping*

As conclusões que apresento de seguida foram obtidas da análise dos estudos da revisão *scoping*, a partir dos quais alicercei a minha prestação de cuidados de enfermagem especializados ao longo da UC Estágio com Relatório.

Durante o TP, as mulheres cuidadas por EEESMO que partilham informações e que as envolvem no planeamento do TP e nos cuidados, têm maior probabilidade de se sentirem, por um lado, menos vulneráveis e, por outro lado, apresentarem maior controlo durante o TP. Esta foi a principal conclusão do estudo de Jones, Murrells & Sandall (2015). Os autores deste estudo pretenderam descrever e comparar os resultados obstétricos e todos os processos vivenciados pelas parturientes durante o TP no Reino Unido. As participantes foram distribuídas em dois grupos: grupo 1, composto por 96 participantes que receberam cuidados de enfermagem gerais e grupo 2, composto por 98 participantes que receberam cuidados de enfermagem especializados e que eram baseados em cuidados individualizados e centrados nas suas crenças e desejos, sendo ainda transmitidas informações concretas sobre cada intervenção, relacionando a sua realização com os benefícios e consequências para a grávida e para o RN. Neste grupo foram, ainda, controlados os estímulos e o ambiente físico. As participantes do grupo 2 tiveram um número maior de partos eutócicos, utilizaram, sobretudo, métodos não farmacológicos de controlo da dor durante o TP, permaneceram menos tempo nas Unidades de puerpério, e tiveram uma menor taxa de admissões neonatais. Como corolário, estas mulheres referiram que

tiveram uma experiência de parto positiva, que se sentiram muito bem acompanhadas e apoiadas durante todo o TP, não se sentindo expostas, nem vulneráveis.

Estas conclusões encontram-se alinhadas com o estudo de Mattern & Lohmann, (2017), que procurou identificar e explorar as experiências, necessidades e desejos das parturientes alemãs que pretendiam cuidados de enfermagem especializados utilizando um modelo sistêmico. No estudo em apreço são identificados três fatores, fundamentais nos cuidados de enfermagem especializados recebidos, que determinam uma visão positiva dos mesmos, bem como sentimentos de segurança, conforto, vulnerabilidade e bem-estar das participantes durante o TP. O primeiro fator relaciona-se com o conhecimento/desconhecimento sobre os cuidados de enfermagem especializados. Assim, as competências e os aspetos inerentes aos cuidados de enfermagem especializados, a falta de informações e explicações fornecidas pelos enfermeiros na prestação de cuidados durante o TP, o aconselhamento deficiente sobre alternativas que fossem de encontro aos desejos e crenças pessoais e as lacunas/cuidados ineficazes e quase inexistentes durante a fase latente, representam os elementos que melhor caracterizam este fator. O segundo fator diz respeito ao acesso e facilidade de obter cuidados de enfermagem especializados. O último fator relaciona-se com os cuidados de enfermagem especializados no sistema de saúde. Este fator está diretamente ligado à cooperação interprofissional durante o TP e à importância da promoção, por parte do enfermeiro especialista, da participação da restante família durante o TP. A principal conclusão deste estudo aponta que as participantes e os seus companheiros esperam dos enfermeiros especialistas mais do que cuidados de saúde. Na verdade, esperam e desejam uma abordagem holística e aberta às suas especificidades e individualidade, que compreenda e respeite a sua vertente física, emocional, social, os seus pontos de vista, experiências e comportamentos. Esperam, ainda, que os enfermeiros especialistas sejam seus verdadeiros advogados e que atendam ao seu bem-estar psicossocial, providenciem ativamente e de forma autónoma aconselhamento baseado nas evidências mais atuais e providenciem suporte durante todo o TP, que lhes permita o *coping* da situação. Deste modo, as mulheres durante o TP sentem-se cuidadas, seguras e confiantes, e, logo, menos vulneráveis.

Das entrevistas emergiram quatro categorias principais sobre as experiências durante o TP: a primeira é que se trata de “um tempo confuso e ameaçador”; a segunda, relaciona-se com a “dificuldade de ser respeitada como um indivíduo”; a

terceira, prende-se com a “importância da escolha e do controlo”; a última, identifica a “necessidade de sentir segurança e confiança”. Estas quatro categorias constituíram quatro desafios para os profissionais que prestam cuidados durante o TP, no sentido de promover uma experiência positiva do TP e, assim, assegurar a diminuição da vulnerabilidade sentida nesse momento. O primeiro desafio diz respeito a cuidar das mulheres de forma individual, atendendo às suas características pessoais, medos, desejos e crenças. O segundo, pretende permitir e promover escolhas informadas, empoderar as mulheres e apoiar todo o processo de tomada de decisões. O terceiro, consiste em explicar o ambiente típico e específico dos hospitais/BP e maternidades. Por fim, o último rege-se pelos princípios do respeito, dignidade e da beneficência/não-maleficência.

Ainda no que concerne às vivências durante o TP foi realizado um estudo na Noruega, por Storksén, Niegel, Adams, Vangen & Gran, em 2015, cujo objetivo passava por determinar as características demográficas e psico-emocionais associadas ao medo do TP, enquanto elemento preditivo para a escolha por uma cesariana eletiva. O referido estudo revelou que o medo do TP está diretamente relacionado com uma experiência negativa anterior de TP, que se associa a um deficiente apoio mental e social durante a gravidez, potenciando o aumento da vulnerabilidade da mulher durante o TP. As conclusões apontam que o medo do TP, é altamente preditivo para a escolha de uma cesariana eletiva. Refira-se que quando o medo do TP é excessivo, este designa-se por tocofobia². Particularmente neste, importa referir que a evidência aponta o bem-estar psicológico como sendo tão importante quanto o bem-estar fisiológico, estando os dois intrinsecamente ligados (Snapes, 2020; NICE, 2020; DGS, 2005).

Assim, para apoiar as mulheres que referem ter medo do TP e outros sentimentos negativos face ao TP, que causam, em parte, um aumento da vulnerabilidade sentida, é necessário, em primeiro lugar, intervir nas características pessoais de cada uma das mulheres durante o TP, conhecendo as especificidades de cada uma. Em segundo lugar, é crucial promover cuidados individualizados, oferecendo explicações claras e objetivas de todos os cuidados prestados, o que requer uma abordagem holística que tenha em consideração as necessidades físicas, emocionais e sociais das mulheres. Em terceiro lugar, é necessário promover a

² Este conceito deriva do grego “tokos” que significa TP e “phobos” que significa medo e é definido como um medo extremo do TP (Snapes, 2020).

participação do convivente significativo durante o TP. Por fim, importa controlar o meio ambiente e promover a cooperação entre os vários profissionais que prestam cuidados durante o TP.

Os resultados obtidos nos estudos supramencionados, que vão sustentar este relatório, serão analisados no subcapítulo 3.1.3.

2.3 Prática reflexiva

A competência profissional, exercida num contexto preciso, decorre da conjugação de três domínios: o pessoal, a formação e a experiência (Bilhim, 2009). No âmbito deste estágio importa destacar a experiência que decorre das situações vividas, a qual, porque também acaba por mobilizar os outros dois domínios, deve, necessariamente, ser “refletida, discutida e conceptualizada” (Hesbeen, 1998, p. 64).

O recurso a uma abordagem sistemática de reflexão por parte dos EEESMO contribui, necessariamente, para dar um maior sentido à sua prática de forma construtiva (ICN, 2012).

De acordo com Benner (2001, p. 14) a prática reflexiva “requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”. O registo reflexivo, de acordo com o ciclo de Gibbs, percorre várias fases que permitem ao estudante integrar e progredir com as experiências vividas (Gibbs, 1998). Assim, de acordo com os princípios da prática reflexiva é possível desconstruir e problematizar as práticas, contribuindo deste modo para o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências.

A prática reflexiva permitiu-me desenvolver e consolidar competências de um modo estruturado, enriquecendo o meu julgamento clínico e aumentando a minha autonomia e segurança na prática da enfermagem especializada. Ao longo do estágio recorri, ainda, ao processo de autorreflexão, que foi particularmente enriquecedor na fase final do estágio, dado que já detinha um conjunto de experiências anteriores que aproveitava para mobilizar na integração das novas situações. A elaboração de dois jornais de aprendizagem (JA), onde pude aplicar as seis etapas do ciclo reflexivo de Gibbs (1998), concorreram também para este propósito.

3. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMO FUTURA EEESMO

Segundo a World Health Organization (WHO, 2011), a competência determina, entre outros aspetos, o nível de desempenho, e inclui diversas componentes. Destas, fazem parte o conhecimento cognitivo, o conhecimento científico, atributos pessoais, habilidade em matéria de julgamento crítico e a demonstração de comportamentos profissionais. É com a assimilação destes componentes que irei procurar expor, analisar e refletir acerca das competências comuns e específicas desenvolvidas, enquanto futura EEESMO, ao longo deste estágio.

O conceito de competência remete para um fenómeno complexo multidimensional, que é definido no âmbito da enfermagem como a capacidade que um enfermeiro tem para exercer de forma segura e eficaz a sua responsabilidade profissional (OE, 2010). Desta forma, as competências são essenciais para o desempenho e prestação de cuidados de qualidade.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia define que “as competências específicas, necessárias ao exercício profissional dos EEESMO são subjacentes aos conhecimentos e capacidades adquiridas na sua formação. E só através da aquisição destas competências (...) lhe é permitido adquirir o título de especialista” (OE, 2015a, p.2).

Durante a prestação de cuidados procurei interiorizar e colocar em prática que os cuidados prestados devem centrar-se nas respostas humanas, nos processos de vida e nos problemas de saúde, sendo alicerçados num conjunto de competências especializadas (Regulamento n.º 140/2019), que devem ser integradas e não percecionadas como uma simples lista de tarefas (ICM, 2019).

3.1 Contexto do EC

O último estágio deste curso decorreu no BP do departamento de obstetrícia de um hospital central da região de Lisboa, integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS). É uma instituição de saúde com uma das maiores áreas de influência do país, sendo uma unidade de cuidados de referência na área da saúde da mulher e do RN.

O serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar que inclui enfermeiros especialistas e de cuidados gerais, médicos obstetras, anestesistas, médicos neonatologistas, assistente social e psicóloga.

Quanto à estrutura física, é constituído pelo BP e pelo Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG). O BP compreende sete quartos individuais onde a mulher/convivente significativo permanecem, desde a admissão até à transferência para a unidade de internamento. Refira-se que existe um quarto equipado com ventilador e material de anestesia, permitindo, sempre que necessário, realizar procedimentos cirúrgicos (p.e. curetagem e drenagem da glândula de Bartholin). Verifica-se também a existência de uma sala de bloco operatório para a realização de cesarianas e outras intervenções, tais como partos gemelares. Finalmente, assinala-se a existência de um quarto para recobro anestésico e puerpério imediato.

Devido ao contexto de pandemia ambos os locais sofreram remodelações. O SUOG passou a ter um circuito próprio destinado a mulheres suspeitas ou confirmadas com o SARS-COV2. No BP foi criado, de raiz, um novo serviço de apoio a mulheres suspeitas ou confirmadas com SARS-COV2 durante o período pré-natal, durante o TP e período pós-natal, ou seja, existem agora duas áreas distintas, a funcionar em pisos diferentes, não tendo eu tido contato com a área COVID.

3.1.1 Competências desenvolvidas no período pré-natal

Atendendo a que as competências associadas ao período pré-natal foram abordadas em maior profundidade no EC III (contexto de cuidados de saúde primários) e EC IV (cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal), neste relatório irei apenas aflorar as principais competências aí desenvolvidas.

Relativamente aos cuidados às mulheres no período pré-natal, prestei cuidados de enfermagem em contexto de SUOG e de internamento de curta duração no BP.

Quanto ao contexto do SUOG, o contato com cada mulher e seu convivente significativo era iniciado aquando da triagem de enfermagem. Devido ao contexto de pandemia os conviventes significativos tinham de aguardar fora do serviço. Não podiam ir à triagem, nem permanecer na sala de espera, apenas existia comunicação via telefone. A triagem era sempre realizada por um EEESMO, utilizando-se para o efeito o sistema Triagem de Manchester³. Após este procedimento a mulher regressava à sala de espera e em seguida era chamada para o gabinete médico para

³ Sistema que começou a ser utilizado nas urgências hospitalares em Portugal a partir do ano 2000, classificando a gravidade e prioridade das situações clínicas dos clientes através de protocolos clínicos, atribuindo pulseiras com cores, desde o vermelho (emergente) até ao azul (não-urgente) (Grupo Português de Triagem, 2015).

ser observada pelo obstetra. Apesar de exercer funções como enfermeira de cuidados gerais na consulta de ginecologia (e de estar familiarizada com algumas das situações com que contatei), nos turnos em que prestei cuidados no SUOG (2 turnos e 28 triagens de obstetrícia e ginecologia), tive consciência de que me encontrava ao nível de “iniciada”, de acordo com Benner (2001), na medida em que não possuía a experiência empírica das situações com que fui sendo confrontada. Conhecia os procedimentos teóricos e as normas, mas é na ação concreta, que se desenvolvem as competências, com os saberes em uso (Benner, 2001; Le Boterf, 2003).

Verifiquei que a vinda das mulheres ao SUOG e o respetivo contato com os profissionais de saúde era uma vivência que apesar de, muitas vezes, ter na sua génese ansiedade, acabava por ser tranquilizadora para as mesmas. O facto da pandemia não permitir a permanência dos conviventes significativos, em todas as ocasiões, foi um dos aspetos negativos mais verbalizados pelas mulheres a quem prestei cuidados. A maioria destas referiu que a presença dos conviventes significativos era fundamental para o seu bem-estar emocional, proporcionando-lhes conforto e segurança. De facto, a evidência destaca que a presença do convivente significativo consegue alcançar um efeito mais positivo em termos de apoio emocional, quando comparado com o que pode ser prestado pelos profissionais de saúde (Cashion, 2014). Neste sentido, procurei sempre estabelecer contacto com o convivente significativo, que na sua maioria eram os pais do futuro RN, de forma a explicar o que estava a acontecer e o que viria a seguir, procurando utilizar uma comunicação assertiva e uma terminologia que fosse compreensível, a fim de diminuir os níveis de ansiedade expetáveis para quem recorre a um serviço de urgência.

Em contexto de SUOG o foco principal centrou-se na queixa de cada mulher (por exemplo, suspeita de infeção urinária, dor abdominal/pélvica, contratilidade uterina ou perdas sanguíneas/liquido amniótico via vaginal). Face a cada situação específica, pude avaliar parâmetros, tais como: sinais vitais, cardiotocografia (CTG)/auscultação dos batimentos cardíacos fetais, características das perdas vaginais, bem como avaliação e palpação obstétrica. Estes parâmetros permitiram-me efetuar uma triagem devidamente priorizada das mulheres para subsequente observação médica. Importa referir que contei sempre com o apoio inestimável da OL, sendo a sua orientação essencial, como enfermeira perita na área.

Num dos turnos tive a oportunidade, não só de proceder ao internamento de grávidas em TP, respeitando o protocolo existente na instituição⁴, mas também de prestar cuidados a uma mulher em situação de aborto incompleto do primeiro trimestre⁵. Ao contactar com esta última situação, entenda-se interrupção médica da gravidez, pude refletir sobre a dificuldade da vivência do luto e da perda, quer por parte da mulher/casal, quer por parte da equipa. Graça (2017) refere que “lidar com este assunto levanta ainda dificuldades em certos centros, fruto de convicções e sentimentos intensos e contraditórios de alguns agentes de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros”. Os profissionais de saúde, naturalmente, não ficam imunes a uma situação tão devastadora para as mulheres, como é o caso da interrupção médica da gravidez, pelo que é normal sentirem-se também invadidos por sinais de algum desconforto e frustração. Constatei isso mesmo, ainda que por breves instantes, fruto da tensão no ambiente. Contudo, estes sinais logo se dissiparam, na medida em que o sentimento comum era de que “temos de continuar, pois temos um turno pela frente e muitas mulheres para ajudar”. É inegável que eu própria também fui invadida por sentimentos de frustração e, sobretudo, de impotência, face à minha pouca experiência, para lidar com estas situações. Nesse sentido, recorri à OL para partilhar emoções e refletir em conjunto, o que me ajudou, sem dúvida, a ultrapassar este momento. Por outro lado, assumi o papel de cuidadora⁶ e, mobilizando a teoria de conforto de Kolcaba, procurei estabelecer uma relação terapêutica com a mulher/casal, fomentando a colocação de dúvidas, a partilha dos medos e sentimentos vivenciados, através de perguntas abertas e da negociação de alguns desejos sobre todo o processo de interrupção de gravidez.

A educação para a saúde é uma estratégia de empoderamento das grávidas e dos conviventes significativos (FAME, 2009). Na mesma linha de pensamento, também a OE (2015a) refere que os cuidados em Saúde Materna e Obstétrica estão fortemente enraizados no empoderamento das grávidas e do convivente significativo. O período pré-natal é uma oportunidade para a modificação dos hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, da criança e de todo o agregado familiar (DGS, 2015). Este período, sendo caracterizado por grandes transformações psicossomáticas, ao nível do corpo e do funcionamento psíquico, exige também uma aprendizagem e uma preparação psicológica por parte

⁴ 3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto (Regulamento n.º 391/2019).

⁵ 2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento (Regulamento n.º 391/2019).

⁶ D 1.2.2. Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente (Regulamento n.º 140/2019).

das mulheres para interagirem da melhor forma possível com o ambiente que as rodeia (DGS, 2005). A construção e consolidação de um estado emocional forte reveste-se de especial importância, sobretudo se pensarmos que este é um período marcado por sentimentos contraditórios, em que as mulheres tanto manifestam deslumbramento, como logo a seguir insegurança e medo. Estes últimos, como resultado da revisão *scoping*, potenciam o aumento da vulnerabilidade das mulheres e resultam de um deficiente apoio mental e social, pelo que é necessário que o EEESMO atue, sempre que haja oportunidade, neste importante domínio. Neste sentido, e tendo verificado que o contexto de SUOG é um local passível de realizar educação para a saúde, durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados, aproveitei para realizar educação para saúde, sobretudo através da explicação e da aplicabilidade das informações específicas na promoção da saúde individual da mulher. A educação para a saúde versou sobre vários temas: alimentação, exercício físico⁷, desconfortos da gravidez e medidas de alívio⁸, sexualidade na gravidez, sinais de alerta e sinais de trabalho de parto e amamentação. Dei especial atenção à adoção de comportamentos saudáveis, bem como à prevenção de possíveis complicações⁹. Reconhecendo a importância do desenvolvimento do estado psíquico das mulheres para fortalecer o seu estado emocional, procurei escutar, compreender, e estabelecer uma relação de confiança. Para o efeito, mobilizei, algumas das questões constantes do Manual de Orientação para Profissionais de Saúde - Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância”, de que é exemplo: “que apoio gostaria de ter durante o TP?” Deste modo, considero ter prestado cuidados centrados nas mulheres, tendo para o efeito mobilizado conhecimentos, ainda que tenha tido de aprofundar alguns, experiências, estratégias pessoais e profissionais adquiridas noutros EC.

Todos os cuidados que prestei geraram em mim um sentimento de realização, pois pude contactar com uma população ávida de informação, que recorre e confia nos EEESMO para alívio das suas queixas, para esclarecer dúvidas e para obter conhecimentos sobre o TP, a fim de se prepararem para a parentalidade. Para além disso, os cuidados que prestei potenciaram o desenvolvimento de competências ao

⁷ 2.1.5. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis (Regulamento n.º 391/2019).

⁸ 2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez (Regulamento n.º 391/2019).

⁹ Os EEESMO promovem a avaliação de saúde da mulher e feto, promoção da saúde e bem-estar, deteção de complicações durante a gravidez. No fundo, ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva (ICM, 2019, competência n.º 2).

nível da vigilância e diagnóstico precoce de complicações da gravidez¹⁰, que em muito contribuíram para sustentar o meu processo formativo.

A imprevisibilidade, a complexidade das situações e a constante necessidade de antecipação de complicações e de potenciais cenários adversos associados a este vasto contexto de prestação de cuidados, reforçam a ideia de que é fulcral que haja uma conjugação permanente entre os conhecimentos teóricos, a experiência adquirida, e a evidência científica mais atual, tendo em vista a prestação de cuidados seguros, eficazes e de qualidade. Daqui infere-se que a atualização contínua de conhecimentos, por parte do EEESMO, para além de competência geral¹¹, constitui-se como condição fundamental para a excelência de cuidados (OE, 2015a).

3.1.2 Competências desenvolvidas durante o TP

Segundo Tinoco & Fatia (2016), o TP consiste num conjunto de eventos fisiológicos que ocorrem no corpo da mulher, sendo espontâneos ou induzidos, e que levam à extinção cervical, à dilatação do colo uterino e à progressão fetal, culminando no nascimento do futuro RN. Trata-se de um processo em que se dá a expulsão do feto, placenta e membranas, sendo constituído por 4 estádios (Posner, Dy, Black & Jones, 2013).

Dando resposta ao artigo 27.º da Diretiva 89/594/CEE de 30 de outubro 1989, durante o estágio em sala de partos, realizei 41 partos eutócicos e pude, ainda, colaborar em 9 partos distócicos. Estes últimos tiveram na sua génese desacelerações da frequência cardíaca fetal, que não reverteram após várias intervenções e medidas efetuadas, e paragens da progressão do TP.

As mulheres que estavam internadas no BP eram oriundas do SUOG ou do Serviço de Medicina Materno-Fetal. Cada mulher tinha à sua disposição um quarto, para ela e para o seu convivente significativo, durante todos os estádios do TP. Neste quarto eram, geralmente, prestados os cuidados imediatos ao RN.

Durante todo o internamento no BP, o convivente significativo, que acompanhava a mulher, permanecia com esta no quarto, porém este apenas entrava no BP após o teste para SARS-COV2 ser confirmado negativo. Até final de dezembro, os conviventes significativos realizavam teste, cujo resultado demorava até 6 horas, o que colocava constrangimentos e ansiedades adicionais à mulher, contribuindo para

¹⁰ 2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento (Regulamento n.º 391/2019, p. 13562).

¹¹ 1.b. Assume a responsabilidade pelo autocuidado e autoconhecimento (ICM, 2019, competência n.º 1).

aumentar a sua vulnerabilidade. No início do ano estes testes passaram a ser testes rápidos, com resultados após 15min. Por este motivo, e devido ao facto de outros hospitais não permitirem sequer o acompanhamento do convivente significativo, muitas mulheres optaram por ter o seu parto nesta instituição.

O meu contato com cada mulher em TP acontecia quer no momento de internamento no BP, quer sempre que entrava no quarto. Começava por me apresentar, dizendo o meu nome, que era enfermeira, mas que ali estava como estudante da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, fazendo-me acompanhar, evidentemente, pela OL do estágio. Nesse momento, questionava o nome pelo qual a mulher e cada convivente significativo gostavam de ser chamados e procedia à identificação das necessidades de cuidados individualizados. Ia sistematizando e organizando esses cuidados atendendo às prioridades de cada situação. O meu objetivo principal era promover o bem-estar físico, psico-espiritual, social e do ambiente a cada mulher e cada convivente significativo, e desta forma colocar em prática o referencial teórico de conforto de Kolcaba. Por outro lado, manifestei sempre uma grande disponibilidade para procurar incentivar e promover a autonomia e a participação nos cuidados ao longo de todo o TP, quer por parte da mulher, quer do convivente significativo.

No meu contato inicial verificava, ainda, se a mulher tinha um plano de parto¹². O plano de parto é uma ferramenta importante para o EEESMO, pois facilita a individualização dos cuidados (OE, 2015a). A maioria das mulheres a quem prestei cuidados efetivamente não trazia um plano de parto formal, em formato escrito, mas após questionadas, todas quiseram expressar os seus desejos e expectativas, que foram devidamente considerados quando da prestação de cuidados. Prestei cuidados a 8 mulheres que tinham trazido o seu plano de parto. Desses, pude constatar que um plano inicialmente dado como estanque, muitas vezes apelidado de “impossível de ser atingido”, pode ser flexibilizado através da comunicação e negociação do EEESMO com a mulher e seu convivente significativo. Deste modo, pude desenvolver competências de individualização dos cuidados e utilizar estratégias de cuidados centrados na mulher que permitiram a promoção do bem-estar materno-fetal¹³. Tendo

¹² O plano de parto é um documento flexível e descritivo, elaborado pelo casal durante a gravidez, que permite agilizar a relação entre o casal e o serviço de saúde onde vai ocorrer o nascimento. Nele são expressas as escolhas para o TP, parto e pós-parto (por exemplo: métodos não farmacológicos de alívio da dor, o corte do cordão umbilical, ou o contacto pele-a-pele e amamentação nas primeiras horas de vida) (APDMGP, s.d).

¹³ Os EEESMO promovem a avaliação e o cuidado a mulheres durante o parto, facilitando os processos fisiológicos e um nascimento seguro, prestam cuidados imediatos ao RN e detetam complicações (ICM, 2019, competência n.º 3).

por base o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, OE (2018), ao desenvolver competências específicas neste domínio, penso ter também prestado cuidados de qualidade, na medida em que, entre outros, pude contribuir para a satisfação dos clientes, potenciar autonomia e decisões informadas, contribuir para o potencial máximo de saúde dos clientes, e promover a vivência positiva do processo fisiológico associado ao TP.

Após os cuidados anteriormente referidos, seguia-se a avaliação e monitorização do estado materno-fetal, através da monitorização (CTG) externa contínua, a presença de movimentos ativos fetais e da avaliação dos sinais vitais. Garantido o bem-estar materno-fetal promovia a posição vertical e os decúbitos semi-laterais e laterais na cama.

Quando a mulher estava no 1.º estágio do TP começava por realizar a avaliação obstétrica da mulher através do exame vaginal, avaliando as características da bacia, as características do colo uterino, a integridade das membranas e a variedade da apresentação fetal. Realizava, ainda, a monitorização CTG contínua externa, com telemetria para a sala de trabalho de enfermagem, para interpretação dos traçados e valores da frequência cardíaca fetal e da dinâmica uterina. De acordo com a WHO (1996), perante uma situação de bem-estar materno-fetal, a monitorização CTG contínua deve ser substituída pela auscultação cardíaca fetal intermitente, permitindo segundo Graça (2017) uma maior humanização do parto. Na Instituição de saúde em que decorreu o estágio, o protocolo definido previa a realização da monitorização CTG externa contínua, pelo que, apesar da maioria das situações em que prestei cuidados ser considerada de bem-estar materno-fetal, ou seja, apresentarem CTGs tranquilizadores, acabei sempre por realizar a monitorização CTG externa contínua durante todo o TP, que possibilitava a liberdade de movimentos às senhoras, pois no serviço existia um sistema sem fios.

Durante o estágio participei na colocação de monitorização CTG interna a 6 mulheres. Como se trata de um procedimento invasivo com critério e que requer alguma perícia, limitei-me a observar a OL aquando da sua execução. Após a conclusão deste procedimento pude retirar algumas dúvidas, sobretudo relativas à correta aplicação da sonda no escalpe fetal. Desta forma senti-me segura para realizar de forma autónoma este tipo de monitorização nas situações seguintes.

Para avaliar a progressão do TP realizava a observação obstétrica, analisando a evolução e despistando anomalias na progressão. Devo referir, que, inicialmente,

tive dificuldade em avaliar e identificar a variedade da apresentação fetal durante a observação obstétrica. Contudo, ao longo do estágio fui desenvolvendo maior sensibilidade e a partir do meio do estágio já me sentia mais autónoma e confiante. Realizava o registo escrito da progressão do TP no partograma. De acordo com a progressão do TP de cada mulher adequava em conformidade os cuidados a prestar, procurando promover o TP o mais natural possível.¹⁴

No caso de ser necessário recorrer a anestesia geral, restringir a ingestão de alimentos diminui o risco de aspiração do conteúdo gástrico, Síndrome de Mendelson, (Lowdermilk et al. 2008), pelo que durante o TP apenas devem ser oferecidos líquidos, por via oral, em doses moderadas (WHO, 1996). Neste sentido, procurei sempre incentivar à ingestão de líquidos claros, açucarados ou não. Apesar das várias horas em TP, muitas mulheres referiram que devido à ingestão destes líquidos a sensação de cansaço diminuía. Assim, pude constatar que a ingestão de líquidos é fundamental para gerar nas mulheres uma sensação de bem-estar e conforto. Apesar da World Health Organization (WHO, 1996) apontar a punção venosa para administração de fluidos intravenosos como sendo uma prática que deve ser reduzida e eliminada, o protocolo existente na instituição de saúde impunha a administração de fluidos intravenosos. Esta medida decorre do facto das mulheres terem apenas uma ingesta de líquidos claros que desencadeia a libertação e oxidação de ácidos gordos, que, por sua vez, diminuem a atividade uterina, o que pode originar alterações na progressão do TP e potenciar uma maior incidência de partos instrumentalizados (FAME, 2009). Prestados estes esclarecimentos acerca da alimentação durante o TP, pude constatar que a maioria das mulheres ficou mais tranquila com a administração de fluidos intravenosos, por diminuição do medo de se encontrarem apenas a ingerir líquidos claros.

Ainda no 1.º estágio do TP, para além das medidas farmacológicas de controlo da dor, analgesia endovenosa prescrita, coloquei sempre ao dispor de cada mulher a adoção de medidas não farmacológicas de controlo da dor, nomeadamente: incentivo de técnica de relaxamento respiratório, massagem da região lombar e sagrada, deambulação no quarto com recurso ao CTG sem fios, música ouvida pela mulher do seu telemóvel pessoal, hidroterapia, através de duche relaxante de água quente, e utilização da bola de nascimento. Foi constante a minha preocupação em avaliar o

¹⁴ 3.1.3 - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (Regulamento n.º 391/2019, p. 13562).

nível de dor recorrendo à escala numérica. Posteriormente, explicava os benefícios da utilização dos vários métodos de alívio da dor. Procurei apoiar a opção escolhida por cada mulher, individualizando os cuidados a cada situação, a fim de proporcionar uma resposta adequada às suas necessidades, desejos, medos e experiências referidas em cada momento.¹⁵

Relativamente à liberdade de movimentos, tal como referido anteriormente, numa fase inicial de contato e após confirmação do bem-estar materno-fetal, promovia a posição vertical, através de deambulação no quarto, e os decúbitos semi-laterais e laterais. Apesar da monitorização CTG externa contínua, o facto de se tratar de um sistema sem fios permitia a mobilização e a adoção de outras posições que não apenas os decúbitos na cama e a posição de sentada. A liberdade de movimentos durante o TP conduz a uma diminuição da dor, menor necessidade de analgesia epidural, menor alteração da frequência cardíaca fetal, diminuição da duração do 1.º estágio do TP, e aumento dos diâmetros pélvicos, facilitando a descida fetal (OE, 2013a). Com os cuidados prestados pude atestar que a liberdade de movimentos era, de facto, promotora do bem-estar materno-fetal, uma vez que se verificava uma estabilização dos sinais vitais da mulher e da frequência cardíaca fetal. Refira-se que para aumentar a eficácia dos resultados deste método de alívio da dor recorri, em paralelo, com a anuência das mulheres, ao uso de música.

Relativamente à hidroterapia pode-se afirmar que se trata de um conjunto de medidas promotoras de conforto e relaxamento durante o TP, que permitem reduzir os níveis de ansiedade e de dor da mulher, aumentando o seu bem-estar (Lowdermilk et al. 2008). No BP apenas existia uma casa de banho onde era possível tomar um duche relaxante de água quente, pelo a sua utilização estava condicionada. Este facto obrigou-me a fazer uma gestão criteriosa da utilização deste espaço para que, em cada turno, todas as mulheres tivessem a oportunidade de desfrutar deste recurso. Na minha prestação de cuidados procurei incentivar este método, tendo obtido uma grande aderência por parte das mulheres, as quais, no final, acabaram por referir uma diminuição significativa da dor e, inerentemente, um maior relaxamento e conforto.

Quanto à bola de nascimento, a maioria das mulheres estava familiarizada com este método, com a sua utilização e vantagens, pelo que não foi difícil garantir a sua adesão, daí que tenha sido também o método mais utilizado no BP. A mulher em TP pode utilizar a bola de Pilates como método para gerir a dor (OE, 2015a). Verifiquei

¹⁵ 1.g. Apoia as mulheres a fazer escolhas individuais sobre cuidados (ICM, 2019, competência n.º 1).

que a utilização deste método, com a realização contínua de movimentos específicos (sobretudo básculas) era também promotora da progressão do TP natural.

Atendendo a que cada mulher em TP estava acompanhada do seu convivente significativo, procurei sempre estabelecer com este uma relação de envolvimento e parceria nos cuidados a prestar. Uma parceria pode ser entendida como um trabalho de ambas as partes para um fim e um objetivo comum (Gomes, 2009). Desta forma integrei o convivente significativo na participação dos cuidados, que se traduziram no apoio e ajuda da mulher na adoção das posições verticalizadas, na utilização da bola de nascimento, no apoio e incentivo da prática de vários movimentos, no estímulo para a repetição da técnica de relaxamento respiratória e na massagem da região lombar e sagrada, contribuindo para um ambiente mais confortável e seguro.¹⁶

Quanto ao alívio da dor no 1.º estágio do TP pude colaborar com os médicos anestesistas na realização da analgesia epidural.¹⁷ Este foi o método farmacológico de alívio da dor mais escolhido pelas mulheres. Tive a oportunidade de explicar quais os procedimentos envolvidos na técnica e esclarecia as dúvidas das mulheres e conviventes significativos. A analgesia epidural caracteriza-se pela administração de anestésicos locais no espaço epidural, sendo que estes anestésicos provocam o bloqueio nervoso segmental e sensorial das raízes nervosas espinhais o que gera analgesia (Posner et al. 2013). O efeito da analgesia epidural resulta em contrações indolores, ainda que perceptíveis, permitindo manter os esforços expulsivos autónomos (Graça, 2017). Dos 41 partos eutócicos realizados, 39 mulheres utilizaram a analgesia epidural e apenas 2 mulheres não utilizaram, por opção, métodos farmacológicos de alívio da dor no TP.

Relativamente à rotura artificial das membranas (amniotomia), pude realizar esta intervenção a fim de promover a progressão em situações de aparente paragem do TP. Ainda que esta técnica possa originar traumatismos fetais, prolapso do cordão e aumentar o risco de infeção, a mesma pode ser utilizada para progressão do TP nas situações em que o colo uterino se apresente favorável, (Lowdermilk et al. 2008). Contudo, a rotura artificial de membranas por rotina no 1.º estágio do TP é uma prática sem evidência científica suficiente para suportar o seu uso, devendo ser utilizada com parcimónia (WHO, 1996) e, como tal, deve ser muito bem ponderada pelo EEESMO

¹⁶ 3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto (Regulamento n.º 319/2019).

¹⁷ C1.1.4. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019) e 3.1.6 - Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (Regulamento n.º 319/2019).

antes de ser realizada (OE, 2010). Este foi o princípio que sempre fundamentou a minha tomada de decisão em realizar esta intervenção¹⁸. Inicialmente observei e colaborei com a OL na execução de uma amniotomia, tendo, posteriormente, passado a realizar esta prática de forma autónoma. Começava por realizar o exame vaginal, verificando as características do colo uterino e procedia à realização da técnica com recurso à pinça de amniotomia. Após a intervenção realizava novamente o exame vaginal, despistando a existência de possíveis traumatismos e de prolapso do cordão.

A minha prestação de cuidados de cuidados de enfermagem no 2.º estágio do TP foi norteadada pela promoção do conforto da mulher e do convivente significativo, pela participação ativa da mulher e do convivente significativo, pelo controlo da dor da mulher e pela diminuição da vulnerabilidade desta.

O 2.º estágio do TP decorreu na tradicional marquesa de partos. A maioria das mulheres preferiu adotar a posição de litotomia, sendo que apenas 2 mulheres pretenderam a posição vertical. A posição de litotomia durante a expulsão do RN é ineficaz e prejudicial devendo ser eliminada (WHO, 1996). As posições verticais causam menor desconforto, menor dificuldade nos esforços expulsivos, menor ocorrência de traumatismo vaginal e/ou perineal, menor taxa de infeções pós episiotomia e níveis de dor inferiores (WHO, 1996). Porém, a realização do parto em posições verticais implica o desenvolvimento de competências especializadas, a fim de evitar consequências (OE, 2015a). Reconheço que proporcionar estas posições às mulheres foi muito benéfico, pois, para além dos benefícios para o período expulsivo, pude corresponder aos desejos e expectativas das mulheres, contribuindo para uma experiência do TP mais positiva. Considero, assim, que desenvolvi competências quando à utilização das posições verticais no 2.º estágio do TP.

Quando verificava a coroação do polo cefálico fetal à vulva adotava medidas de proteção do períneo. Durante o estágio apenas realizei 5 episiotomias médio-laterais e, conseqüentemente, as 5 episiorrafias.¹⁹ A episiotomia foi um procedimento que executei de forma seletiva, na medida em que é um claro indicador tanto da qualidade, quanto do nível de humanização dos partos (Previatti, 2007; Santos et al. 2008, citados pela OE, 2013b). Mais, não existe informação suficiente para desenvolver critérios ou protocolos que padronizem a realização de episiotomias, pelo

¹⁸ Durante o estágio realizei 15 amniotomias.

¹⁹ Realizei 41 partos eutócicos, 23 com lacerações perineais (10 de grau I, 13 de grau II). 14 mulheres apresentaram períneos íntegros.

que o julgamento clínico deve permanecer como o melhor guia para o EEESMO determinar a necessidade de empregar esta técnica (ACOG, citado por ICEA, 2017).

Inicialmente realizava a avaliação perineal, a elasticidade, bem como a capacidade expansível do períneo. Quando se iniciava uma contração e o períneo estava distendido, iniciava a incisão desde a fúrcula em direção à tuberosidade isquiática, mais ou menos com 4cm de comprimento, evitando assim o traumatismo do músculo do esfíncter anal. Cada episiotomia era uma decisão tomada no momento, de acordo com uma avaliação fundamentada nos princípios e critérios anteriormente descritos. Em todos os momentos informava a mulher e o convivente significativo acerca dos meus cuidados. A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados em obstetrícia (ACOG, 2006). Trata-se de uma incisão no períneo para aumentar o espaço do estreito inferior pélvico, encurtando assim o período expulsivo para benefício materno-fetal (Posner et al. 2013). A OMS (1996) e outros autores (Carrol & Belizan, 2007; Mattar, Aquino & Mesquita, 2007) citados pela OE (2013b) aconselham o uso da episiotomia apenas em caso de sofrimento fetal, parto instrumental ou complicado (por exemplo, em situações de macrosomia), e lesão iminente de laceração perineal grave (altura do períneo inferior a 3 cm). Pode ser realizada utilizando uma técnica médio-lateral ou mediana (Posner et al. 2013). Pelo que se aponta, considero ter desenvolvido competências²⁰ de proteção de trauma perineal, de realização e correção de episiotomias ao longo do estágio.

Ao longo do estágio pude prestar cuidados a RN que apresentavam circulares cervicais do cordão umbilical. Durante o período expulsivo, logo após a saída da cabeça, confirmava, utilizando a palpação do pescoço do RN, a existência de circulares cervicais, informando a OL em conformidade. No caso de existência de uma ou mais circulares cervicais verificava, inicialmente, se o comprimento do cordão umbilical permitia realizar a manobra de desfazer a circular (manobra de Somersault). A circular do cordão mais comum é em redor do pescoço fetal e está associada a morte fetal. Perante uma circular cervical deve-se agir com rapidez, mas com precaução, pois durante a realização das manobras é necessário evitar a tração do cordão umbilical no sentido de evitar o risco de rotura (Posner et al. 2013). Em 12 dos 41 partos que realizei foi necessário implementar manobras face a circulares cervicais, sendo que em 11 consegui realizar a manobra de redução das circulares fazendo

²⁰ 3.a. Evita intervenções de rotina desnecessárias, por ex. amniotomia e episiotomia (ICM, 2019, competência. n.º 3)

passar a circular do cordão através da cabeça do RN. Não tendo tido sucesso com esta manobra num dos partos, tive que realizar a clampagem precoce e corte do cordão umbilical. Assim, o período expulsivo foi encurtado para evitar a possível má oxigenação do RN e não se verificarem intercorrências. A manobra de Somersault deve ser a primeira opção do enfermeiro face à presença de circulares cervicais, pois permite manter o cordão intacto até este deixar de pulsar (OE, 2015a). Nas situações referidas optei por não realizar esta manobra, devido ao facto do cordão umbilical ser curto para a realização da mesma. Deste modo, considero que desenvolvi competências na prestação de cuidados ao RN com circulares cervicais.

A distócia de ombros é das complicações obstétricas com maior impacto na morbilidade e mortalidade perinatal (Graça, 2017), e “ocorre após a cabeça ter saído e a habitual tração inferior ter falhado, e/ou em que o intervalo de tempo entre a exteriorização da cabeça e a do corpo fetal é superior a 60 segundos” (Amaral, Lemos & Mascarenhas, 2020, p. 171). Perante esta complicação, deve agir-se implementando manobras adequadas à situação. Ao longo do estágio pude colaborar apenas numa situação de distócia de ombros. Recordo-me que após a expulsão da cabeça do RN verificou-se o encravamento dos ombros do RN e a consequente não progressão no canal de parto, obrigando-me a realizar uma episiotomia, que contou com a colaboração do OL, e utilizar a manobra de McRoberts, sendo que o OL realizou a pressão supra púbica. Após a concretização destas medidas, cujo objetivo é aumentar os diâmetros pélvicos em conflito, deu-se o desencravamento dos ombros e a saída do RN. A manobra de McRoberts consiste na hiperflexão das coxas da mulher sobre o abdómen da mulher até atingirem a zona dos flancos do abdómen, o que permite aumentar o diâmetro ântero-posterior da bacia e, consequentemente, permitir o deslize do ombro. A pressão supra púbica consiste em pressionar o ombro anterior do feto na direção do tórax facilitando a sua expulsão (Posner et al. 2013). Face ao exposto, considero ter desenvolvido competências numa emergência obstétrica durante o TP (distócia de ombros), considerada imprevisível (Marques & Reynolds, 2011, citados por Amaral et al. 2020).

Quando se dava a saída do RN, confirmava a hora de nascimento, felicitava a puérpera e o convivente significativo e colocava o RN em contato pele-a-pele com a puérpera de acordo com as recomendações da World Health Organization (WHO, 2007). O RN era seco com um pano esterilizado, a fim de prevenir a diminuição da temperatura corporal. Em seguida o RN era coberto, em cima da puérpera, com um

outro pano. Seguidamente, procedia à avaliação do RN para determinar o Índice de Apgar aos 1.º, 5.º e 10.º minutos, e solicitava à OL que colocasse as pulseiras de identificação na díade.

A clampagem do cordão era realizada apenas quando este deixava de pulsar. Em 40 dos 41 partos que realizei promovi a clampagem tardia do cordão umbilical. De acordo com a Iniciativa Parto Normal (IPN, 2009), a clampagem do cordão deve ser realizada após deixar de pulsar (2 a 3 minutos após a expulsão fetal), permitindo manter a respiração placentária e aumentar o volume sanguíneo do RN. A clampagem precoce do cordão deve ser realizada com parcimónia uma vez que, do ponto de vista científico, não apresenta benefícios (WHO, 1996). Como referido anteriormente, apenas realizei uma clampagem precoce do cordão, por não ter sido possível realizar com sucesso as manobras para desfazer a circular do cordão. Procurei satisfazer os desejos da mulher e do convivente significativo relativamente ao corte do cordão umbilical, realizando o acordado²¹. Desta forma pude respeitar os seus desejos, crenças e expectativas, bem como promover a sua participação ativa. Assim, considero ter desenvolvido competências nos cuidados imediatos ao RN, promovendo a sua adaptação ao meio extrauterino, a sua saúde e prevenindo complicações.²²

Com o início do 3.º Estádio do TP dava-se a dequitação. A dequitação compreende duas fases, a primeira refere-se ao “descolamento da placenta da parede uterina e descida para o segmento interino inferior e/ou para a vagina e a segunda a expulsão da placenta para fora do canal de parto.” (Posner et al. 2013, p. 314). Existem dois mecanismos de descida: o de Duncan, em que as duas superfícies da placenta surgem ao mesmo tempo, e o de Schultz, em que a placenta sai com o lado fetal seguida das membranas. Na dequitação, a atitude dos profissionais de saúde pode ser passiva ou ativa. A atitude ativa tem uma duração de cerca de 30 minutos, apresentando maiores benefícios do que a passiva, na medida em que reduz a incidência de hemorragia pós-natal (Posner et al. 2013). Assim, neste período, adotei uma atitude ativa durante a dequitação, realizando uma pressão supra púbica e tração cuidada do cordão²³. Caso se verificasse um afluxo de sangue na vulva, a placenta e membranas saíam, por norma, de imediato para o exterior. Após a dequitação, verificava o globo de segurança de Pinard e as características e

²¹ 3.1.1. Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher (Regulamento n.º 391/2019).

²² 3.2.7. Assegura a avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (Regulamento n.º 391/2019).

²³ Manobra de Brandt-Andrews (Tinoco & Fatia, in Néné, Marques & Batista, 2016, p. 311).

quantidade das perdas de sangue, solicitando à OL que iniciasse a administração endovenosa de oxitocina de acordo com o protocolo da instituição. De seguida procedia à observação minuciosa da placenta, do cordão e das membranas, identificando potenciais membranas fragmentadas, bem como a não integridade dos cotilédones. A maioria das dequitações dos partos que realizei ocorreram pelo método de Schultz, sendo que apenas em 2 partos a dequitação se deu pelo método de Duncan. Ao longo de todo o estágio apenas tive 2 situações de retenção de membranas, tendo sido necessário recorrer ao apoio da equipa médica para avaliação.²⁴ Foram realizadas ecografias para confirmação da retenção de membranas, sendo que numa das situações houve necessidade de realizar revisão manual para exteriorizar os restos, com posterior realização de antibiótico profilático, de acordo com o protocolo existente na instituição.

Por fim, iniciava o exame vaginal para identificação de lacerações²⁵. As lacerações do períneo são roturas espontâneas, que também se podem verificar quando se realiza a episiotomia. De acordo com as estruturas envolvidas, são classificadas em quatro graus: grau I, envolve a fúrcula, pele do períneo e mucosa vaginal; grau II, abrange as estruturas de grau I, fáscia e músculos do diafragma urogenital; grau III, envolve estruturas de grau II e esfíncter retal; e grau IV que engloba estruturas de grau III e mucosa retal (Graça, 2017). Durante todo o estágio realizei correção de 10 lacerações de grau I e 13 de grau II. Importa referir que contei sempre com o apoio da OL para realizar estas intervenções.

Relativamente aos cuidados prestados durante o 4.º estágio do TP, estes serão analisados no subcapítulo 3.1.4, relativo ao desenvolvimento de competências durante o período pós-natal, pois já estão integrados nesse período e relacionam-se com a competência “4 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (Regulamento n.º 391/2019).

Após a prestação de cuidados à puérpera, dava continuidade à prestação de cuidados ao RN, os quais passavam pela administração da Vitamina K, enquanto profilaxia da doença hemorrágica neonatal. Esta é administrada preferencialmente durante o contacto pele-a-pele, a fim de promover o conforto do RN e minimizar a dor. Saliente-se que esta estratégia era utilizada sempre que o RN estivesse bem-adaptado à vida extrauterina. O início da amamentação, na primeira hora de vida, é

²⁴ D1.1.3 - Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

²⁵ 3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação (Regulamento n.º 391/2019).

disso também um exemplo.²⁶ O contacto pele-a-pele implica o contacto com o RN imediatamente após o parto, pelo menos durante uma hora (WHO, 1996). Apresenta várias vantagens, especialmente, na promoção da vinculação e estabelecimento da amamentação (Lowdermilk et al. 2008). Houve 2 situações onde não foi possível aplicar esta estratégia, pois foi necessário prestar cuidados imediatos ao RN para promoção da adaptação à vida extrauterina. Nas duas situações elencadas, o RN foi transportado pelo OL para a mesa de reanimação, tendo sido estimulado e aquecido. Adicionalmente, procedeu-se à monitorização dos sinais vitais, à aspiração de secreções na orofaringe e, subsequente, recurso a oxigenoterapia, através de ventilação com pressão positiva. Depois de estabilizados, ambos os RN voltaram para junto da puérpera e do convivente significativo. De salientar que durante o estágio não tive nenhuma experiência de transferência de RN para a unidade de neonatologia.

Relativamente à prestação de cuidados ao RN, penso que fui crescendo nesse domínio, tornando-me mais autónoma, confiante, segura e eficaz com o passar do tempo. Numa fase inicial estava particularmente focada na prestação de cuidados à mulher em TP e à puérpera. Tal como refere Benner et al. (2009), encontrava-me numa fase de iniciada, porquanto a minha principal preocupação se relacionava com os cuidados à mulher e em desenvolver os procedimentos em tempo útil. Ora, sabe-se que o todo é maior do que a soma das partes, o que significa que, enquanto iniciada, apenas me estava a focar nas partes, pelo que era essencial desenvolver intervenções holísticas. Segundo Benner (2001), somente a experiência da enfermeira perita possibilita ultrapassar as suas incertezas e inseguranças, priorizar, e agir de forma eficaz perante a complexidade das situações com que se depara. De facto, com o passar dos turnos, decorrente da experiência entretanto adquirida, comecei a aperceber-me que estava a melhorar o pensamento crítico e a apurar o meu julgamento clínico neste domínio, essenciais para uma tomada de decisão mais firme, o que me permitiu ganhar a confiança necessária para desenvolver e consolidar competências técnicas e, naturalmente, prestar cuidados de enfermagem avançados, tendo em vista a promoção da vinculação e a otimização da saúde da mulher e RN na sua adaptação à vida extrauterina.

No contexto de Bloco Operatório (BO), colaborei, na receção do RN, em 2 partos gemelares e, ainda, em 9 cesarianas. O BO é um local com maior risco de

²⁶ 3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (Regulamento n.º 391/2019).

complicações, e por isso imprevisível, o que impõe a necessidade de antecipar cuidados. Todos os partos foram realizados por médicos obstetras, sendo que não houve registo de quaisquer intercorrências ou complicações. O meu papel passava por transportar o RN para a mesa de reanimação e por prestar cuidados imediatos ao RN, auxiliando um médico neonatologista também ali presente²⁷. Tal como em contexto de BP, também na prestação de cuidados imediatos ao RN no BO, promovi a adaptação à vida extrauterina através da limpeza, com um pano seco, de estimulação e aquecimento. Caso se revelasse necessário, procedia à aspiração de secreções, aspiração gástrica, administração de oxigénio e ventilação com pressão positiva. Efetuava a determinação do Índice de Apgar e a administração da vitamina K. Posteriormente, transportava o RN para junto da puérpera e do convivente significativo, promovendo sempre que possível o contato pele-a-pele. Por fim, a díade e convivente significativo voltavam para o quarto no BP. No contexto de BO pude desenvolver competências relacionadas com partos distócicos e de prestação de cuidados imediatos ao RN²⁸.

Em contexto de internamento de curta duração no BP pude prestar cuidados e desenvolver competências a uma mulher em situação de gravidez não evolutiva, com 21 semanas de idade gestacional.²⁹ Prestei cuidados apenas na fase dos períodos expulsivo e pós-natal, na medida em que os restantes cuidados tinham, entretanto, sido prestados no Serviço de Medicina Materno-Fetal, em conformidade com o protocolo da instituição de saúde. Os referidos cuidados consubstanciaram-se na promoção do bem-estar e do conforto da mulher. Apesar das limitações impostas pelo contexto pandémico, refira-se que nesta situação foi possível a presença do convivente significativo. Procurei explicar em cada momento todos os procedimentos e cuidados que ia prestando, de modo a poder atender o mais possível às preferências, desejos e expectativas da mulher, mitigando os seus medos e ansiedades. Promovi sempre um ambiente tranquilo e de privacidade. Por fim, antes da transferência da mulher, promovi os mecanismos de *coping* de adaptação ao processo de luto disponíveis na comunidade, especialmente no que concerne ao acompanhamento psicológico, essenciais para apoiar a vivência deste tipo de

²⁷ 3.2.7. Assegura a avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (Regulamento n.º 391/2019).

²⁸ D1.1.1. Desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar. (Regulamento n.º 140/2019)

²⁹ 4.3.7 - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal (Regulamento n.º 391/2019).

situações devastadoras. Reconheço, uma vez mais, o enorme desafio que foi lidar com esta situação. A OL voltou a ser fundamental no apoio em todo o processo, nomeadamente ao nível da gestão emocional.

3.1.3 A vulnerabilidade das mulheres durante o TP

Sorlie, Torjuul, Ross & Kihlgren, (2006) citados por Almeida (2014) salientam que a prestação de cuidados capazes de satisfazer as necessidades dos clientes passa pela compreensão da vulnerabilidade dos mesmos.

O TP é um processo fisiológico que requer uma sensação de “à-vontade”, descanso, conforto, confiança e segurança (Bruinse et al., 2009; Rodrigues, 2016).

Dos estudos anteriormente apresentados, no âmbito da revisão *scoping*, foi possível identificar três ordens de fatores que contribuem para a diminuição da vulnerabilidade sentida pelas mulheres durante o TP, apresentadas na figura seguinte:

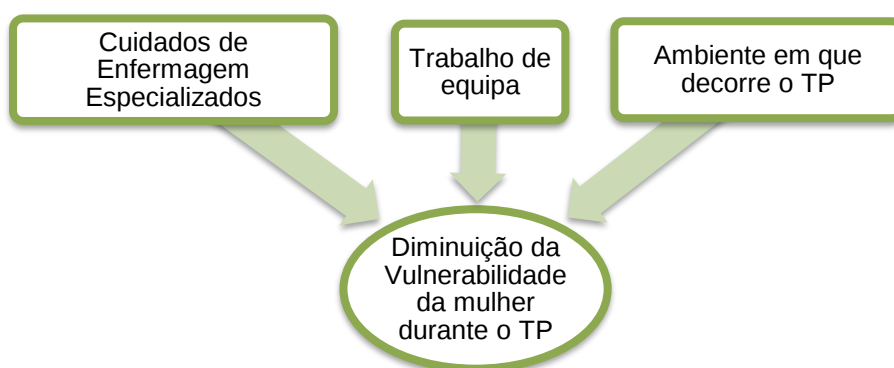


Figura 1 - Fatores que permitem diminuir a vulnerabilidade da mulher durante o TP (revisão *scoping*)

O primeiro fator, relaciona-se com o tipo de cuidados de enfermagem especializados prestados, onde estão implícitos o apoio e o suporte fornecidos pelo enfermeiro especialista às mulheres durante todo o TP, bem como o respeito pelas suas características pessoais, crenças, medos e desejos, incluindo os seus conviventes significativos. Para tal, a abordagem holística e os cuidados individualizados, centrados na mulher, baseados na evidência científica atual e a inclusão dos conviventes significativos e família, sempre que desejado por estas, são os exemplos de uma boa prática. O segundo fator, relaciona-se com o trabalho de equipa que é desenvolvido entre os vários profissionais de saúde que prestam cuidados durante o TP. Os esforços que toda a equipa enceta tendo em vista a obtenção de resultados positivos/benéficos para a mulher/casal e RN têm de ser valorizados e transmitidos às mulheres. Por fim, o último fator, mas não menos

importante, relaciona-se com o ambiente em que decorre o TP (em conformidade com a teoria de conforto de Kolcaba). Os estímulos do ambiente devem ser controlados, pois, entre outros elementos, as sensações ambientais podem ser extremamente nefastas no decorrer do TP. Segundo o Royal College of Midwives (2018), a evidência sugere que as mulheres em TP se sentem mais tranquilas e seguras em locais onde se sintam em casa, pelo que um ambiente positivo, confortável e calmo é determinante para uma vivência positiva do TP.

Baseada nos três fatores acima enunciados e no âmbito da interação estabelecida com as mulheres em EC, foi construída uma grelha de avaliação dos fatores que influenciam a vulnerabilidade das mulheres em TP (Apêndice III). A avaliação efetuada pretendeu apreciar as condições que influenciavam a vulnerabilidade das mulheres de quem cuidei, ao longo deste EC, permitindo agir sobre algumas, diminuindo a sua vulnerabilidade.

Para efeitos da análise, neste relatório, foram considerados os dados de 12 mulheres que tive a oportunidade de acompanhar de forma mais continuada, ou seja, ao longo dos vários estádios do TP. Pretendeu-se proceder à sua caracterização sociodemográfica, à identificação dos seus recursos familiares e sociais e da sua história obstétrica. Foi dada especial atenção aos dados acerca da gravidez atual e ao ambiente de cuidados.

Trataram-se de mulheres maioritariamente de origem europeia (11), a maioria portuguesas (10) e uma de nacionalidade alemã (1), sendo uma (1) afrodescendente e residentes na área metropolitana de Lisboa. O intervalo de idades situou-se entre os 28 e os 39 anos, sendo a média de idades os 34 anos. No que se refere à escolaridade, a maioria das mulheres (8) possuía uma licenciatura e quatro (4) o 12.º ano. Todas tinham atividade profissional e referiram professar a religião católica. Este último aspeto, acrescido do facto de se tratar de mulheres ainda jovens e de uma cultura urbana, pode, de algum modo, ajudar a justificar o facto destas optarem por ter os maridos/companheiros ao seu lado, enquanto convivente significativo. De facto, a evidência refere que o historial cultural e religioso influencia a escolha do convivente significativo. Por exemplo, nas sociedades ocidentais o marido é visto como o convivente significativo ideal durante o TP, mas também para acompanhar os cursos de preparação para o parto e adaptação à parentalidade. Integrar os aspetos sociais e culturais na apreciação clínica, faz parte do cuidado holístico, ajudando na compreensão das representações, crenças, expectativas, desejos, receios e práticas,

mas também no estabelecimento de uma relação de confiança e de parceria com estas mulheres. Caso tal não aconteça, o comportamento do EEESMO pode ser entendido como indicando falta de preocupação, cuidado e interesse (Cashion, 2014), podendo comprometer os próprios cuidados. Quanto à tipologia de família, tratava-se predominantemente de famílias conjugais (10) cujo agregado familiar era constituído apenas pelo casal e duas famílias nucleares, constituídas pelo casal e um filho/a.

A maioria das mulheres (10) eram primíparas, sendo esta a sua primeira experiência de maternidade. Apenas duas (2) já tinham filhos, com partos eutócicos de termo. Ambas referiram que vivenciaram a gravidez de forma tranquila, contudo, o parto de uma delas foi complicado, segundo esta, por ter sido muito longo, resultando em exaustão materna.

Todas as mulheres tinham gravidezes de termo, simples, planeadas e vigiadas. Destas, três (3) tiveram complicações: restrição de crescimento fetal; diabetes gestacional; e rastreio das trissomias, alteradas com necessidade de realização de amniocentese (negativo).

Todas as mulheres tiveram parto eutócico, com recurso a analgesia epidural e sem qualquer intercorrência ou complicação durante o TP ou o puerpério imediato.

No sentido de validar os três grandes fatores que influenciam a vulnerabilidade das mulheres em TP, identificados através da revisão *scoping*, irei, em seguida, focar-me na análise dos dados relativos à gravidez atual e ao ambiente de cuidados.

O primeiro fator, relaciona-se com o tipo de cuidados de enfermagem especializados prestados. A principal conclusão, resultante da revisão *scoping*, refere que durante o TP as parturientes cuidadas por enfermeiros especialistas que partilham informações e que as envolvem no planeamento do TP e nos cuidados, têm maior probabilidade de se sentirem menos vulneráveis e de terem um maior controlo durante o TP (Jones, et al., 2015; Mattern, et al., 2017). De facto, ao longo do estágio pude atestar que a utilização de uma abordagem holística, consubstanciada num modelo de cuidados individualizado e centrado nas mulheres e baseado na evidência científica, é determinante para o empoderamento das mulheres, facilitando escolhas informadas. Ademais, contribui para aumentar os seus níveis de satisfação e de segurança e, inerentemente, para diminuir a vulnerabilidade sentida por estas durante o TP. Em termos práticos, procurei estar sempre ao lado das mulheres durante o TP, procurando ser a sua advogada, elogiando os seus esforços, encorajando a sua participação em medidas de conforto não farmacológicas, oferecendo informação e

aconselhamento, envolvendo estas e o convivente significativo nos cuidados, estando atenta para, de forma expedita, interpretar os seus desejos e ansiedades, criando condições para um ambiente tranquilizador e, ainda, demonstrando calma, confiança e segurança em todas as minhas interações. Assim, pude testemunhar na primeira pessoa a posição privilegiada que, segundo a OMS (2015), o EEESMO ocupa na prestação de cuidados individualizados, bem como atestar a importância que estes aspetos tiveram na diminuição da vulnerabilidade sentida pelas mulheres durante o TP e, ainda, comprovar a teoria de conforto de Kolcaba (2003) quando refere que qualquer intervenção que aumente o conforto da mulher a vivenciar o TP, torna-a mais apta e disponível.

Durante a prestação de cuidados, constatei que apenas três (3) mulheres se fizeram acompanhar de um plano de parto, que expressava as suas crenças, medos, desejos e tipo de cuidados que gostariam que lhes fossem prestados. As restantes, desconheciam a existência deste instrumento, pelo que nessa altura houve necessidade de explicar, negociar e construir o plano de parto com a grávida/casal³⁰. Em relação aos medos/desejos/crenças/conhecimentos relacionados com o TP, a maioria das mulheres (11) apontou a dor como sendo o maior medo. Destas onze mulheres, quatro (4) mencionaram, ainda, o “medo do desconhecido” e o “medo de que algo corra mal” (grelhas de avaliação 3, 5, 6 e 8). Estes dados acabam por revelar falta de informação e desconhecimento do processo por parte destas mulheres, o que corrobora a evidência científica quando aponta o deficiente apoio mental e social durante a gravidez para justificar o medo e, inerentemente, o aumento da vulnerabilidade das mulheres. Daqui se infere a importância da educação para a saúde realizada, principalmente, a montante do TP e parto, cujas intervenções específicas, no sentido do empoderamento das mulheres e seus conviventes significativos (descritas no capítulo 3.1.1), devem ser complementadas com instrumentos, como o plano de parto ou os cursos de preparação para o parto e parentalidade. Das onze (11) mulheres, duas (2) referiram também o “medo de não perceber o que se passa com o corpo”, o “medo de não ser capaz” e o “medo de não ser respeitada” (grelhas de avaliação 4 e 11). Uma (1) mulher referiu ter “medo dos toques vaginais” (SIC) (grelha de avaliação 2). Sempre que alguma mulher manifestava sinais de medo, procurei respeitar e integrar esses aspetos nos cuidados.

³⁰ 2.1.10 - Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão (Regulamento n.º 391/2019).

Apesar de nenhuma mulher o ter identificado como sendo uma crença, houve um desejo comum por parte de todas as mulheres em avançar com um parto normal³¹, por se tratar de um momento único e positivo. Apenas duas (2) mulheres (grelha de avaliação 8 e 11) tinham conhecimentos relacionados com o TP, decorrentes de TP anteriores.

Uma (1) mulher não teve a presença de convivente significativo, por opção da mesma (grelha de avaliação 8), sendo que as restantes tiveram o apoio dos seus maridos, que embora também estivessem ansiosos e a necessitar de ser tranquilizados, puderam envolver-se e apoiar emocionalmente as suas mulheres, através de pequenos gestos e ações como: agarrar na sua mão, realizar pequenas massagens, ou apoiar os movimentos e as suas decisões.

Metade das mulheres (6) não tem qualquer apoio da rede familiar (grelhas de avaliação 1, 4, 7, 9, 10 e 12), o que de algum modo contraria (ainda que parcialmente), Leal (2004, citado por Azevedo, 2020), quando aponta que a reduzida mobilidade residencial nos países da Europa do Sul se justifica pela dependência da proximidade geográfica do núcleo familiar alargado para prestar cuidados informais, principalmente às crianças, ou seja, é um claro sinal que as famílias urbanas (recorde-se que são mulheres maioritariamente residentes na área metropolitana de Lisboa) têm pouco contacto e apoio da família extensa. As restantes (6) são apoiadas pelos pais e sogros, através do seu envolvimento e disponibilidade permanente para auxiliar em tudo o que necessitem (grelhas de avaliação 2, 3, 5, 6, 8 e 11).

Duas (2) mulheres não têm qualquer apoio da comunidade (grelhas de avaliação 7 e 10), porquanto não têm médico de família, sendo que as restantes (10) apontam os centros de saúde, médicos e enfermeiros de família, como recursos da comunidade.

Relativamente ao ambiente de cuidados, nomeadamente no que se refere à perceção do apoio e envolvimento recebido pelo EEESMO durante o TP e parto, a maioria das mulheres (9) apontaram inconsistências nos cuidados prestados, referindo muitas diferenças, quer em relação à prestação dos mesmos, quer ao envolvimento por parte dos EEESMO (grelhas de avaliação 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 11 e 12). O referido por uma parturiente vai neste sentido:

³¹ Parto eutócico refere-se a nascimentos em apresentação cefálica de vértice, por via vaginal, sem recurso a instrumentos. Parto normal refere-se a um parto de início espontâneo, de baixo risco, e mantém-se assim até ao nascimento, sendo que o bebé nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas. Parto natural refere-se a um parto de início e progressão espontâneos, resultando num nascimento também espontâneo, sem intervenção, podendo ser ou não assistido por profissional de saúde (OE, 2010)

“senhora enfermeira, estou aqui há mais de 24 horas seguidas, e já passaram muitos enfermeiros por mim, tive uns maravilhosos, mas tive outros em que me senti abandonada e pouco apoiada, de ficar a chorar. Falaram para mim e para o meu marido como se fossemos apenas mais uns” (grelha de avaliação 4).

Segundo a DGS (2005) a sensação de abandono é um dos sentimentos negativos no âmbito da saúde psico-emocional e que é reportado com maior frequência durante o TP. Neste sentido, reforça-se a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica e de parceria com as mulheres/conviventes significativos. Esta relação, ao possibilitar que o/a enfermeiro/a fique na posse de informação crucial, permite-lhe ajustar/individualizar o tipo de intervenções, acolher sentimentos e gerir dificuldades. No caso concreto acima descrito, procurei encorajar a mulher a partilhar os seus sentimentos com o marido, dei atenção, ouvi e compreendi os seus anseios e medos, dando informações acerca dos passos subsequentes do processo, o que a deixou mais tranquila.

Ainda no que concerne ao ambiente de cuidados, discuti com os EEESMO acerca da importância que atribuíam ao conceito de vulnerabilidade (e aos 3 fatores que a influenciam) e como é que este era tido em consideração na sua prática de cuidados. Constatei que todos foram unânimes em afirmar que era um conceito interessante, do ponto de vista do cuidar e que fazia todo o sentido para potenciar a melhoria e a qualidade dos cuidados e, inerentemente, o conforto e a satisfação das mulheres. Era incluído na prática de cuidados, de forma aleatória, espontânea e intuitiva por alguns. Contudo, a maioria referiu que o atual modelo de assistência “mecanizado e rotineiro”, aliado à falta de recursos humanos, de que resulta falta de tempo para satisfazer as necessidades individuais de cada mulher durante o TP, tem colocado entraves na sua adoção, de forma sistemática, na prática de cuidados.

Onze (11) mulheres afirmaram que os maridos, foram envolvidos, de uma forma global no processo, sendo participativos nos cuidados e nas decisões. A maioria (9) referiu que as equipas utilizaram uma comunicação padronizada, de difícil interpretação e reveladora de um certo distanciamento social (grelhas de avaliação 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 11 e 12). Ora, este facto, em nada parece ter contribuído para a promoção de decisões informadas. As restantes mulheres (3) referiram que a equipa comunicou de forma consensual, clara e objetiva (grelhas de avaliação 3, 7 e 9), potenciando escolhas informadas, a satisfação e o aumento da sensação de controlo e de segurança por parte destas mulheres.

Ao longo do estágio, pude verificar que para promover o conforto e a redução da vulnerabilidade durante o TP, é necessário melhorar a comunicação entre as mulheres/convivente significativo e os EEESMO que lhes prestam cuidados, sendo para isso fundamental, uma comunicação personalizada e genuinamente interessada em atender às suas características pessoais, medos, desejos e crenças, de forma a promover escolhas informadas, empoderar as mulheres e apoiá-las em todo o processo de tomada de decisão. Tal é espelhado no testemunho de uma das puérperas:

“senti que estiveram ao meu lado, preocupadas em ir ao meu encontro, respeitando as minhas vontades e permitindo que o meu marido estivesse ativo em todo o processo” (grelha de avaliação 9).

Partilhar com a mulher e o seu convivente significativo (se esta assim o desejar) as informações sobre os cuidados, individualizando os mesmos é necessário para a tomada de decisão e para o consentimento informado sobre as intervenções em TP.

Em resultado das vivências tidas ao longo deste estágio, posso concluir que os cuidados de enfermagem especializados e individualizados contribuíram de forma decisiva, tal como referido na literatura, para a diminuição da vulnerabilidade das mulheres durante o TP, cabendo a todos os profissionais de saúde, mas particularmente aos EEESMO, assegurar a sua operacionalização, sobretudo pela sua posição privilegiada junto das mulheres.

No que concerne ao trabalho de equipa que é desenvolvido pelos vários elementos que prestam cuidados à mulher e convivente significativo durante o TP, tal como a evidência sugere, foi evidenciada na prática clínica a sua importância crucial na diminuição da vulnerabilidade da mulher em TP. Ao promover a perceção desta e do seu convivente significativo de que todos os profissionais encetam esforços conducentes à obtenção dos melhores resultados para os cuidados, traduzidos numa experiência de parto segura e positiva. Pude atestar que o ambiente de trabalho influencia os comportamentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde, repercutindo-se também na prestação e qualidade dos cuidados (sendo importante um trabalho concertado, pois só este pode dar resposta cabal às necessidades dos clientes). A este propósito, pude verificar que as mulheres ouvidas dividiram-se quanto à perceção do stress que a equipa transmitiu. Destas, a maioria (7) referiram que algumas equipas demonstraram segurança e tranquilidade (grelhas de avaliação 2, 6, 8, 9,10,11 e 12), contrariamente às restantes (5) que revelaram que sentiram maior

tensão e agitação, por parte das equipas (grelhas de avaliação 1, 3, 4, 5 e 7), como referido, por esta mulher:

“as equipas são todas diferentes, umas são mais presentes que outras, mais cuidadoras em relação a todo o ambiente, comunicando de forma tranquila, e isso faz toda a diferença” (grelha de avaliação 5).

De um modo geral, a maioria das mulheres (10) referiram que lhes foram transmitidas informações e explicações (grelhas de avaliação 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 e 12) acerca dos procedimentos/dinâmicas no BP, porém que era tudo feito de forma apressada e sumária. Um bom exemplo, deste aspeto, é dado por uma das mulheres ao referir que:

“não me estavam a explicar... foi tudo tão rápido... ainda bem que o meu marido estava lá” (grelha de avaliação 2).

Importa salientar que uma das questões colocadas na grelha de avaliação pretendia aferir os aspetos que as mulheres mais valorizavam para se sentirem confortáveis. Das respostas obtidas, onze mulheres (11) apontaram o apoio e o envolvimento da equipa e a presença do convivente significativo. Este resultado corrobora a posição da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO, 2020) quando refere que a presença da pessoa significativa durante o TP, para além de contribuir para aumentar a confiança e a segurança das mulheres, reduzindo a dor e a sensação de solidão, promove também o seu bem-estar físico e emocional.

Pude desta forma constatar que, de facto, o tipo de trabalho desenvolvido pela equipa, o seu envolvimento, a sua forma de comunicar ao nível interprofissional e com a mulher/convivente significativo, bem como a forma como estão articulados, influencia o conforto percebido pelas mulheres ou, pelo contrário, o seu mal-estar. Assim, é fundamental a cooperação entre os vários profissionais que prestam cuidados durante o TP³². A corroborar esta premissa, a própria OMS (2015) aponta que “a colaboração interprofissional (...) constitui uma prioridade e é também uma forma de estimular o trabalho em equipa e de atenuar as assimetrias”, permitindo práticas colaborativas efetivas e integradas, fator fundamental para otimizar as competências dos elementos da equipa, para uma boa gestão dos casos, e para melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados. A mesma organização acrescenta, ainda, que “para uma colaboração interdisciplinar bem-sucedida, os

³² D.1. – Descritivo – O Enfermeiro Especialista (...), reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Relewa a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Regulamento n.º 140/2019).

membros da equipa têm de entender e respeitar as qualificações, âmbito da prática e função de cada um dos intervenientes. A comunicação e a aprendizagem entre os profissionais devem ser uma prioridade da equipa.” (OMS, 2015, p.21).

No sentido de facilitar a coesão da equipa, a sintonia e o sincronismo (informações/respostas a uma só voz) que deve necessariamente existir num contexto complexo e com tantas particularidades, como é o caso do BP e fazendo um paralelismo com algumas das palavras utilizadas por Hesbeen (1998) que orientaram a minha reflexão, arrisco apontar que o modo de ser, agir e pensar dos profissionais deve atender a uma reflexão de tais palavras, de que são exemplo: a simplicidade (consciente dos seus limites), o respeito e a escuta (vontade de considerar todos), a subtilidade (aperceber-se do que é impercetível), o humor (relativizar as situações), e a capacidade de se indignar (apelar à coerência, ao serviço da vida e da humanidade).

Assim, sabendo-se que a prestação de cuidados de saúde às mulheres deve ser entendida numa perspetiva de saberes conjugados, complementares e convergentes, posso concluir, fruto das vivências tidas ao longo deste estágio, que o trabalho desenvolvido pela equipa, contribui também de forma decisiva para a diminuição da vulnerabilidade das mulheres durante o TP, cabendo, em geral, a todos os profissionais de saúde, mas principalmente ao EEESMO a sua operacionalização, na medida em que este constitui um “elo de ligação, um fio condutor entre a mulher/família e a equipa de saúde, com vista à satisfação das necessidades (...) assumindo um papel interativo e dinâmico na equipa” (Silva, 2010, p. 166).

Por fim, a terceira ordem de fatores relaciona-se com o ambiente em que decorre o TP. De acordo com os estudos incluídos na revisão *scoping* o ambiente em que decorre o TP deve ser controlado, porquanto os estímulos ambientais podem provocar sensações de insegurança e desconforto tais nas mulheres durante o TP, aumentando a sua vulnerabilidade e, conseqüentemente, colocando em causa a saúde da díade. A importância do ambiente físico do BP (temperatura, ruído, luz, som, limpeza e arrumação) foi mencionada por duas (2) mulheres (grelhas de avaliação 8 e 11). Um dos testemunhos deixou bem claro que:

“a intensidade da luz é muito forte e a temperatura do quarto não está agradável” (grelha de avaliação 8).

afetando o seu conforto e bem-estar. Importa salientar que as mulheres que valorizaram os aspetos do ambiente físico do BP já tinham tido experiências anteriores relacionadas com TP e parto, ou seja, tinham um termo de comparação.

Na verdade, pude verificar que as mulheres em TP estão numa situação de muita exposição, convivendo com diversos profissionais a circular em seu redor, falta de privacidade e estão sujeitas a barulhos incómodos, por exemplo, conversas entre a equipa, a que se juntam os ruídos dos vários equipamentos de apoio ao BP. Tal, conjugado com luzes de intensidades fracas/fortes e diferenciais de temperatura elevados, potencia uma espécie de orquestração, que no seu todo, influencia a vulnerabilidade da mulher em TP, influenciando as suas respostas físicas, fisiológicas e comportamentais no decorrer do TP.

Assim, é fundamental, desde logo no acolhimento, que o EEESMO procure explicar as questões do ambiente³³ que aguarda a mulher no BP, antecipando surpresas e muitas dúvidas geradoras de medos, receios, ansiedades e potenciadoras de uma vulnerabilidade indesejada, num momento que deve ser único e experienciado de forma positiva. Saliente-se que uma experiência de parto positiva influencia mesmo futuras gravidezes e, logo, indiretamente, também as questões demográficas. Este aspeto é deveras importante se atendermos ao facto de que em cinco décadas o número de nascimentos em Portugal caiu para menos de metade. Segundo um estudo da Fundação Francisco Manuel dos Santos, as questões económicas e laborais são as mais referidas como sendo determinantes para a decisão de não ter mais filhos, mas logo depois surgem as motivações pessoais, e é neste aspeto que o EEESMO pode prestar um grande contributo, agindo indiretamente sobre estes aspetos.

A importância atribuída ao ambiente físico em que decorre o TP é também sustentada pelo facto de ser um dos critérios³⁴ específicos de avaliação da unidade de competência n.º 3.1 – *“Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina”*, do Regulamento de Competências Específicas do EEESMO.

Assim, pude atestar que existem fatores do ambiente que têm impacto no conforto das mulheres e que concorrem para a sua perceção de segurança e, como tal, se controlados, podem diminuir a vulnerabilidade destas durante o TP.

Em jeito de conclusão, pode-se afirmar que, efetivamente, na prática de cuidados foi também percecionada a importância dos três fatores enunciados na revisão da literatura, como facilitadores da redução do sentimento de vulnerabilidade

³³ B.3. - O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Regulamento n.º 140/2019).

³⁴ 3.1.2 - Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto (Regulamento n.º 391/2019).

das mulheres durante o TP. Pelo exposto, “não é a dor do parto que traumatiza as mulheres, mas sim a falta de cuidados pessoais nas modernas maternidades, a sensação de não ser ouvida, ou o medo de ser abandonada num estado tão vulnerável” (Bruinse, 2009, p.150). Em suma, é “precisamente porque tudo no ser humano é vulnerável, que resulta fundamental e inelutável o exercício de cuidá-lo, de atendê-lo” (Torralba & Roselló, 2002a, citados por Almeida, 2014).

3.1.4 Competências desenvolvidas no período pós-natal

Atendendo a que as competências associadas ao período pós-natal foram abordadas em maior profundidade no EC II (Puerpério), optei por não as densificar neste relatório.

O período pós-natal, como o próprio nome sugere, é um período que se inicia a seguir ao nascimento, sendo muito desafiante, na medida em que ocorrem grandes mudanças e necessidades de adaptação para a mulher e para a família, nomeadamente no que se refere ao processo de vinculação da díade ao RN e ao processo de transição e adaptação à parentalidade. Este período caracteriza-se pelo retorno gradual, principalmente dos órgãos reprodutores da mulher, ao estado anterior à gravidez (Lowdermilk et al., 2008). Segundo Lopes, Prata, Freitas, Sequeira & Santos, (2020), o período de puerpério pode definir-se como sendo o período compreendido imediatamente a seguir ao parto e as 6 semanas seguintes. Divide-se em três períodos: puerpério imediato, ou seja, as primeiras 24 horas (este período implica vigilância e monitorização contínua, em particular nas primeiras 2 horas por ser o período de maior risco para a ocorrência de complicações); puerpério precoce, aludindo à 1.^a semana e puerpério tardio, referindo-se até ao final da 6.^a semana.

Durante o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem no puerpério imediato, cuidando da puérpera e RN³⁵ tendo em vista potenciar a saúde de ambos. Estes cuidados, assentes na prevenção e despiste precoce de complicações para a puérpera e RN³⁶, para além de irem ao encontro dos desejos da mulher, tiveram especial enfoque no conforto da tríade. No controlo da dor e na promoção da autonomia das mulheres no autocuidado, bem como nos cuidados aos seus filhos/as e na promoção do estabelecimento do aleitamento materno. De salientar, o importante papel do EEESMO neste período de puerpério imediato, uma vez que “é o membro

³⁵ Prestei cuidados a 70 puérperas e 66 RN.

³⁶ Os EEESMO promovem a avaliação contínua da saúde de mãe e filho, educação em saúde, suporte para amamentação e deteção de complicações (ICM, 2019, competência nº 4).

da equipa multidisciplinar que potencia a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de adaptação à parentalidade” (OE, 2015a).

Durante todo o 4.º estágio do TP a puérpera, o RN (habitualmente em contacto pele-a-pele) e o convivente significativo permaneceram no seu quarto no BP. Verifiquei que a promoção do alojamento conjunto, para além de proporcionar conforto, tranquilidade e segurança à tríade, potenciava o início da vinculação e dos necessários ajustes, por parte da puérpera e do convivente significativo, à nova realidade, a fim de estes assimilarem novas rotinas/cuidados/funções de família.³⁷ Refira-se que a vinculação ao RN é um processo que está intrinsecamente ligado à parentalidade, na medida em que representa o início da ligação e formação de laços afetivos entre a tríade, requerendo adaptação mútua entre as partes (CIPE, 2010). Neste sentido, procurei promover a privacidade e o conforto, enquanto aspetos essenciais para o aprofundamento e desenvolvimento da relação da tríade. Para fortalecer esta relação dei, ainda, especial atenção ao estabelecimento do aleitamento materno, aspeto determinante pelo vínculo que gera sobretudo entre a mulher e o RN, e ao reforço positivo das competências parentais.³⁸ Maioritariamente, as mulheres/conviventes significativos apontaram a importância de estarem juntos num mesmo espaço, em condições de privacidade e conforto, como sendo um fator preponderante para a construção de uma relação forte entre a tríade, conducente ao aumento de confiança e de segurança e, inerentemente, a uma vivência positiva deste período pós-natal.

No que diz respeito aos cuidados prestados à puérpera, começava por efetuar uma breve avaliação psico-emocional da mesma e do convivente significativo, a fim de aferir o progresso do processo de vinculação da tríade. Segundo a DGS (2005), a promoção da saúde mental é efetiva desde o período pré-natal, durante o TP e parto e período pós-natal, no sentido em que permite construir um estado de equilíbrio que, por sua vez, possibilita uma melhor compreensão, interpretação e adaptação das mulheres ao ambiente em que se inserem, bem como o estabelecimento de relações mais vantajosas com os outros. Deste modo, procurei observar os comportamentos do RN face aos seus cuidadores privilegiados (mulheres/convivente significativo), a fim de aferir o tipo de vinculação em presença e ajustar, caso necessário, esses

³⁷ 4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (Regulamento n.º 391/2019).

³⁸ 4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto (Regulamento n.º 391/2019).

comportamentos. Para o efeito socorri-me, de algum modo, da matriz que consta do “Manual de Orientação para Profissionais de Saúde - Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância” (DGS, 2005). Mas a avaliação psico-emocional não se deve cingir apenas ao processo de vinculação, na medida em que, de acordo com Costa & Reis (2011); Silva & Botti (2005), citados por Leitão (2016), o puerpério é a fase do ciclo de vida das mulheres em que estas se encontram mais vulneráveis do ponto de vista psíquico, porquanto estão mais focadas no RN e não tanto em si. Assim, consciente que a deteção precoce e o encaminhamento deste tipo de situações para profissionais especializados nesta área podem evitar o seu agravamento, procurei mobilizar, de algum modo, as questões constantes do manual supramencionado, de que são exemplo, “Como foi o parto?”, “Como se sente agora com o seu bebé?”, “Como é o seu bebé?” e estar atenta à exteriorização de sinais de sintomas depressivos (p.e. crises de choro, perturbações de humor, ou tristeza).

Posteriormente, avaliava o nível de dor, utilizando a escala numérica de avaliação da dor, no sentido de identificar a necessidade de recorrer a algum método farmacológico ou não farmacológico de alívio. Procedia à vigilância hemodinâmica e ao despiste precoce de hemorragia ou de infeção pós-natal, através da avaliação dos sinais vitais. Realizava a observação e avaliação da região perineal, a fim de despistar a presença de edema, hemorragia e deiscências na episiorrafia ou na correção das lacerações, bem como das características dos lóquios.³⁹ No sentido de despistar atonia uterina, procedia à avaliação da presença do globo de segurança de Pinard. Por fim, estimulava a eliminação vesical tendo em vista a promoção do tónus uterino.

No que concerne aos cuidados prestados ao RN, o meu foco recaiu na vigilância do estado geral do RN e no apoio ao estabelecimento do aleitamento materno. No contacto prévio tido com as mulheres logo após o início do TP procurava sempre retratar o importante tema relativo ao tipo de aleitamento materno, capacitando deste modo as mulheres para tomar decisões informadas. É de assinalar que todas as puérperas a quem prestei cuidados pretenderam amamentar os RN, tendo a todas sido possível iniciar a amamentação na primeira hora de vida do RN.

No puerpério imediato pude testemunhar e atestar o papel fulcral atribuído ao EEESMO em matéria de aleitamento materno, sendo determinante para garantir o sucesso ou insucesso deste processo, porquanto este profissional detém um conjunto

³⁹ 4.2 - Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal (Regulamento n.º 391/2019).

de conhecimentos específicos nesta área e, como vimos anteriormente porque é quem mais presta cuidados diretos à mulher e, como tal, tem um conhecimento privilegiado desta, obtido ao longo dos períodos pré-natal, TP e pós-natal. O aleitamento materno pode ser visto como “uma valsa na qual cada um dos interlocutores, mãe e bebé, emite sinais ao outro, sinais esses que são decodificados, dando origem a comportamentos de resposta contingentes e adequados, conduzindo a uma adaptação mútua de mãe e bebé, cada vez mais rica e complexa.” Levy et al. (2012, p.9). Segundo Guyton (2002), a amamentação impõe aprendizagens e prática, pelo que nem sempre é fácil o seu início. Neste sentido, ao longo deste estágio, procurei promover os passos 4 a 9, de entre os 10 definidos pela UNICEF (2018) para o sucesso do aleitamento materno⁴⁰, na medida em que, por exemplo: incentivei o contacto pele-a-pele entre a mãe e o RN; proporcionei o alojamento conjunto; relembrei a importância do aleitamento materno, bem como os sinais de boa pega e colaborei no estabelecimento do aleitamento materno na primeira hora de vida do RN; alertei para os riscos de alimentar o RN com biberões ou tetinas.

Em matéria de cuidados prestados ao RN, consubstanciados principalmente pela avaliação da sua adaptação à vida extrauterina, começava por realizar, desde logo, o exame físico junto da puérpera e do convivente significativo para despiste de alterações e anomalias. Vigia o início da eliminação vesical e intestinal, realizando educação para a saúde, retirando dúvidas e respondendo a questões das puérperas e dos conviventes significativos. tendo em vista a promoção de estratégias de apoio conducentes à capacitação para a autogestão dos cuidados a prestar ao RN.⁴¹

A prestação de cuidados ao RN neste contexto de puerpério imediato, permitiu-me desenvolver competências de apreciação deste e de promoção da sua saúde⁴².

Em suma, o *feedback* obtido junto das mulheres, traduzido por palavras como segurança e confiança, permitiu-me verificar que todos os cuidados prestados neste contexto, possibilitaram capacitar e empoderar as puérperas para assumir a gestão do autocuidado, com elevado grau de autonomia, da sua saúde e da sua família.

No final do período de puerpério imediato, dependendo de cada situação e na presença de todas as condições de bem-estar materno e do RN, iniciava o processo

⁴⁰ 4.1.4 - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (Regulamento n.º 391/2019).

⁴¹ 4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no RN (Regulamento n.º 391/2019).

⁴² 4.b. Presta cuidados a RN saudáveis (ICM, 2019).

de transferência da díade para a Unidade de puerpério.⁴³ O transporte era sempre realizado por uma enfermeira e uma assistente operacional do serviço de puerpério. Após a chegada ao BP dava-se início à passagem oral de ocorrências. Este era um momento privilegiado para a continuidade de cuidados, onde para além de transmitir as informações relativas aos cuidados prestados à díade, partilhava aquilo que era a minha avaliação relativa ao processo de vinculação, à amamentação e aos desejos, expectativas, medos e dificuldades da puérpera face ao RN. Refira-se que face ao contexto de pandemia Covid não me foi permitido realizar visitas à díade na unidade de puerpério, como inicialmente planeado, o que colocou alguns constrangimentos no desenvolvimento de competências neste âmbito.

Ao longo de todo o estágio não tive situações de complicações no puerpério imediato. Contudo, durante a passagem de ocorrências, recordei 3 situações nas quais tive relatos de complicações, por exemplo hemorragia pós-natal, que me permitiram constatar que os cuidados do EEESMO para além de serem focados na deteção precoce de complicações, podem implicar, como foi o caso, o imediato encaminhamento e cooperação com outros profissionais tendo em vista a resolução dessas complicações.

No que à vulnerabilidade diz respeito, neste período de puerpério imediato que coincide com o 4.º estágio do TP e aproveitando as respostas às questões de avaliação psico-emocional supramencionadas, especificamente à questão “Como foi o parto?”, fiquei com a perceção de que as mulheres valorizaram também os três fatores que emergiram da revisão *scoping* e que contribuem para a diminuição da vulnerabilidade durante o TP e parto.

3.2 Considerações éticas

Enquanto disciplina responsável pela prestação de cuidados de saúde aos indivíduos/famílias, inseridos na comunidade, a enfermagem assume uma responsabilidade ética e social. O cuidar, sustentado por valores humanos e pela preocupação com o bem-estar e o conforto dos outros, implica um compromisso moral conducente à proteção da dignidade humana e à preservação da humanidade (Watson, 2002). Foi com esta linha de pensamento e consciente da importância que os meus atos específicos e individuais podem produzir em termos coletivos para a

⁴³ 4.3.11 - Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do RN durante o transporte (Regulamento n.º 391/2019).

profissão, que procurei corresponder às necessidades dos clientes, dignificando, em geral, a imagem do enfermeiro/a e, em particular, reforçando a posição que o EEESMO assume na prestação de cuidados de saúde nos períodos pré-natal, parto e pós-natal. Para o efeito, procurei sempre obter o consentimento informado das mulheres, exercer a função de advogada, adotar um modelo de cuidados holístico e o mais humanizado possível, assente na teoria de conforto de Kolcaba, evidentemente suportado pela melhor evidência científica.

De acordo com Fortin (2003), na aquisição de conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: o respeito pela pessoa e pela proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. De acordo com o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019), o enfermeiro especialista deve: proteger os direitos humanos (defendendo a pessoa a seu cuidado), respeitar e promover a privacidade, respeitar o direito de escolha e de autodeterminação, promover a confidencialidade e segurança da informação oral e escrita, respeitar os valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos. Ao longo de todas as fases que convergiram para este relatório tive presentes os aspetos em apreço, que decorrem, na minha ótica, dos princípios éticos subjacentes à enfermagem: o princípio da beneficência/não maleficência; o princípio da autonomia e o princípio da justiça. A estes princípios clássicos acresce, por Kemp & Rendtorf (1998) o princípio da vulnerabilidade, que assenta na solidariedade e na compaixão por parte dos prestadores de cuidados (OE, 2015b). Este princípio invoca o papel de *advocacy* exercido pelo enfermeiro no apoio, defesa e proteção de um cliente, muitas vezes silenciado.

Assim, a abordagem adotada durante todo o estágio foi sempre iniciada com a minha apresentação, seguindo-se uma breve explicação acerca do objetivo e da finalidade da minha prestação de cuidados de enfermagem. Seguidamente, procurava obter o consentimento informado oral da mulher e do convivente significativo, baseado na sua decisão livre e devidamente informada, garantindo sempre a privacidade, a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos. Os resultados decorrentes do tratamento desses dados são apresentados neste relatório de forma numérica representativa, respeitando a proteção de dados das pessoas.

3.3 Contributos para a prática

A realização deste estágio evidenciou, ainda mais, a necessidade de uma prática baseada na evidência. Esta é de facto essencial para melhorar os resultados da prestação dos cuidados de saúde e para maximizar a sua qualidade. De acordo com Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg & Hayes (2000), a prática baseada na evidência carece, de forma continuada, da integração da investigação, com as melhores habilitações clínicas e com os valores dos clientes (Tracy et al. 2006).

Reconheço que o processo de tomada de decisão por parte do EEESMO é suportado por uma variedade de fontes de conhecimento, preceitos intuitivos e pelas suas aptidões de pensamento crítico e julgamento clínico (WHO, 2011). Neste sentido, o facto de ter conseguido, ao longo do estágio, adquirir, desenvolver e consolidar competências comuns e específicas, fruto da forte componente teórico-prática que alavancou este processo, pude melhorar a reflexão e o julgamento crítico, o que me ajudou a organizar e estruturar o pensamento e a aumentar a minha capacidade de tomada de decisão, fomentando também a autonomia, aspetos determinantes para a construção de uma identidade própria enquanto futura enfermeira especialista.

Face ao exposto, embora consciente da necessidade de continuar a evoluir, reconheço ter reunido competências essenciais para garantir uma prática de enfermagem avançada em saúde materna e obstetrícia, que, conjugada com a arte de cuidar, inspirada na teoria de conforto de Kolcaba, me vão permitir contribuir para a diminuição da vulnerabilidade das mulheres durante o TP, ao atuar nos fatores que lhes estão subjacentes e que foram descritos neste relatório.

Espero poder partilhar^{44,45}, no seio das equipas onde possa vir a ser integrada, os contributos obtidos ao longo deste percurso e, deste modo, ajudar a criar estratégias adequadas para diminuir a vulnerabilidade das mulheres durante o TP.

Por fim, espero que este trabalho possa despertar a curiosidade do leitor, nomeadamente os profissionais de saúde, para a necessidade de compreender e aprofundar a reflexão sobre a dimensão da vulnerabilidade na prática de cuidados, porquanto se trata de um conceito que corporiza a condição humana. A vulnerabilidade do ser humano é afinal, a “força motriz do cuidar”, pelo que não pode

⁴⁴ D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. Alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo--se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento n.º 140/2019).

⁴⁵ B1.1.2 - Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso (Regulamento n.º 140/2019).

ser esquecida. Esta força, influencia fortemente os processos de otimização da saúde das mulheres em TP (Torralba et al., 2002a, citados por Almeida, 2014).

3.4 Limitações

A principal limitação ao longo deste processo, prendeu-se com o facto de ter decorrido num contexto pandémico, motivado pelo SARS-COV2, o que impossibilitou a realização de algumas atividades planeadas, pelo menos na sua plenitude, de que é exemplo a realização de mais “entrevistas informais nos diferentes momentos de interação com a equipa de enfermagem do local do estágio para validar os seus conhecimentos sobre a temática da vulnerabilidade das mulheres em TP.” Não obstante o desgaste emocional e o cansaço acumulado dos enfermeiros/as consegui, ainda assim, recolher importantes contributos.

Outra atividade afetada pelo referido contexto pandémico, decorrente da impossibilidade da minha visita à unidade de puerpério, foi a validação, no puerpério precoce, de alguns cuidados prestados, nomeadamente a identificação de eventuais complicações relacionadas com os cuidados prestados (p.e. o processo de evolução da cicatrização de episiotomias e correção de lacerações).

Adicionalmente, o contexto pandémico afetou o percurso formativo em termos temporais. O estágio final, em contexto de BP, foi suspenso duas semanas após o seu início, tendo ficado em *standby* durante, aproximadamente, oito meses, o que para além de me ter provocado alguma ansiedade, bem como o controlo da gestão das minhas expetativas, colocou-me também constrangimentos ao nível das aprendizagens, devido à necessária interrupção no desenvolvimento de competências já em desenvolvimento.

Importa, ainda, referir que neste contexto também acabei por acumular muito cansaço, não só devido ao prolongamento do curso, mas, particularmente, porque tive de realizar um esforço acrescido para adaptação a esta nova realidade ao nível da unidade de cuidados onde exerço as minhas funções.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente relatório revelou-se uma ferramenta crucial para me proporcionar uma análise retrospectiva e a reflexão necessária acerca do meu percurso de aprendizagem ao longo do estágio.

Este estágio ao mobilizar, operacionalizar e transformar um conjunto de conhecimentos, capacidades cognitivas e relacionais, foi determinante para que, enquanto futura EEESMO, possa vir a exercer de forma segura e eficaz a prestação de cuidados de qualidade, com elevado grau de adequação às necessidades de saúde das pessoas, contribuindo decisivamente para potenciar os meus níveis de competência (Le Boterf, 2003).

A prática atual na assistência às mulheres durante o TP e parto é cada vez mais mecanicista e intervencionista, relegando a sua participação ativa neste processo para segundo plano, potenciando problemas psicológicos, tais como a insatisfação e o medo, de que resultam fragilidades e vulnerabilidades que, evidentemente, podem afetar a experiência que se pretende positiva para o TP e parto (FAME, 2009). Os profissionais de saúde estão ainda muito centrados no modelo biomédico (com dicotomia corpo/mente). De facto, o foco primordial tem estado centrado no corpo físico, sendo, muitas vezes, negligenciados os aspetos psico-emocionais, sociais e ambientais (Ferraz, 2019). É preciso alterar este paradigma, conjugando o modelo biomédico com um modelo holístico e humanista, que seja centrado na prestação de cuidados individualizados especializados.

De acordo com Briscoe, Lavender & McGowan (2016) “a vulnerabilidade deve ser vista como um fenómeno complexo e não como um conceito singular”. De facto, os resultados da pesquisa efetuada, que vão ao encontro dos dados obtidos em contexto clínico, permitem concluir que existem três ordens de fatores que contribuem para a diminuição da vulnerabilidade da mulher durante o TP, principalmente no que à sua dimensão individual diz respeito: destacando-se os cuidados de enfermagem especializados, o trabalho de equipa e o ambiente em que decorre o TP. Para cada um destes fatores principais concorrem uma série de subfatores que podem influenciar a vulnerabilidade e que, como tal, importa controlar. Estes subfatores, traduzem-se, entre outros, em cuidados centrados nas mulheres e apoio permanente e solidário, perspetivando o seu empoderamento e a promoção de escolhas informadas, num ambiente de cuidados entendido, por estas, como seguro e confortável. Só assim, é possível que as necessidades de alívio, tranquilidade e

transcendência das mulheres, nos contextos físico, psico-espiritual, social e ambiental sejam satisfeitas. Aos subfatores supramencionados, acresce ainda uma prática de cuidados que envolva a mulher/convivente significativo e a família, num trabalho consertado entre os vários elementos da equipa multidisciplinar e articulado com a comunidade, que promova a continuidade dos cuidados prestados na maternidade/hospital.

Uma das conclusões do trabalho realizado aponta para a necessidade do EEESMO compreender a importância do conceito de vulnerabilidade enquanto “força motriz do cuidar”. No âmbito do acompanhamento do TP, torna-se fundamental que os enfermeiros especialistas estejam especialmente atentos aos fatores que influenciam a vulnerabilidade das mulheres, nomeadamente, a capacidade de resiliência destas para lidar com o medo, ansiedade, expectativas e desejos.

Em todos os contextos clínicos de aprendizagem, procurei intervir e aperfeiçoar estratégias, tendo em conta os fatores e subfatores acima mencionados, utilizando como referência o modelo de Kolcaba, no sentido de diminuir a vulnerabilidade das mulheres. Defendo que estas têm direito “a vivenciar o parto como um momento único, individualizado, segundo as suas crenças, valores, costumes e dinâmica familiar” (FAME, 2009, p. 5).

Perante o exposto, atingi os objetivos a que me propus, na medida em que pude conciliar a componente relacional do cuidar, tendo em vista a maior humanização dos cuidados, com o desenvolvimento de um conjunto de competências comuns e específicas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Estas competências permitiram-me desenvolver uma identidade profissional avançada, moldar a estrutura de pensamento, consolidar o julgamento clínico, reforçar a confiança e aumentar a minha autonomia, logo, desenvolver a tomada de decisão.

Segundo Florentino & Florentino, citados por Ferraz (2019, p.105) “o capital intelectual do médico deu origem ao capital simbólico (...) reconhecido pela sociedade (...) relacionado com diagnóstico, terapêutica e poder de cura. No que diz respeito ao enfermeiro (...) não originou um capital simbólico”, porque sofre “influência marcante do modelo biomédico”. Nesse sentido, em que medida é que a integração do conceito da vulnerabilidade na arte do cuidar, consubstanciado na valorização dos aspetos psicológicos, sociais e ambientais, poderá ajudar na construção de um capital simbólico para os enfermeiros e, inerentemente, num maior reconhecimento da competência científica, técnica e humana dos EEESMO por parte da sociedade?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- ACOG Practice Bulletin. *Episiotomy. clinical management guidelines for obstetrician gynecologists*. Number 71, April 2006.
- Almeida, C. M. T. (2014). *A representação da vulnerabilidade humana como motor para a recuperação do paradigma do cuidar em saúde*. Universidade Católica: Tese de Doutoramento.
- Amaral, C., Lemos, M. & Mascarenhas, C. (2020). *Assistência em situações de emergência obstétrica: parto. Distócio de ombros*. In Amaral, C., Pousa, O. & Sequeira, A. *Procedimentos de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. 1.^a Edição. Lisboa. Lidel.
- APDMGP, (s.d). *Direitos da mulher na gravidez e parto*. Disponível em: <https://associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Direitos-Universais-da-Mulher-durante-o-Parto.pdf>
- APEO, (2020). *Acompanhamento da mulher por pessoa significativa nos serviços de assistência pré-natal, no local de parto e nos serviços de obstetrícia*. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1iWr7q41zWV1u5rmlHfOKgN7r1dWDq6Yy/view>
- Attanasio, L., Kozhimannil, K. & Kjerulff, K. (2018). *Factors influencing women's perceptions of shared decision making during labor and delivery: Results from a large-scale cohort study of first childbirth*. Patient Education and Counseling, pp. 1130-1136.
- Ayres, J., França, I., Calazans, G. & Saletti, H. (1999). *Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS*. In Sexualidade pelo avesso. Rio de Janeiro.
- Azevedo, A., (2020). *Como vivem os portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: <https://www.ffms.pt/documentos/7026/como->

[vivem-os-portugueses-habitacao-condicoes-de-vida-alojamentos-territorio-ambiente-pdf](#)

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Bilhim, J.A.F., (2009). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. 4.^a Edição. Lisboa. ISCSP.
- Briscoe, I., Lavender, T. & McGowan, I. (2016). A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *Journal of Advanced Nursing* 72(10), 2330–2345. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13017>
- Bruinse, H., Franx, A. & Reuwer, P., (2009). *Proactive support of labor. The challenge of normal childbirth*. Cambridge University Press.
- Cashion, K., (2014). *Pain management*. In Perry, S., Hockenberry, M., Lowdermilk, D., Wilson, D., (2014). *Maternal child nursing care*. 5.^a Edição. St. Louis: Elsevier.
- CIPE (2010). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf.
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiencia psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Coutinho, E. (2000). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*, pp. 29-36.
- Despacho n.º 9990/2019 (2019). *Alteração ao plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Diário da República n.º 211/2019, Série II de 2019-11-04. 138 – 140.

Despacho n.º 1482/2010 (2010). *Estrutura e plano de estudos. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Diário da República n.º 14/2010, Série II de 2010-01-21. 3010 – 3011.

Dicionário infopédia da Língua Portuguesa (2003). Porto: Porto Editora. Acedido em: 2019-07-14. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/confortar>.

DGS (2005). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância – manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Fagerlund, K., Avery, M., Zwygart-Satuffacher, M., & Lindeke, L. (2006). *Overview of advanced practice nursing*. In Jansen, M. & Zwygart-Stauffacher, M. Advanced practice nursing. core concepts for professional role development. 3rd Edition. New York: Springer Publishing Company.

FAME (2009). *Iniciativa parto normal. documento de consenso*. (Versão portuguesa traduzida pela APEO). Loures. Lusociência.

Ferraz, I., (2019). *Enfermidades, enfermos, enfermeiros. Dos primórdios ao século XIX*. Lisboa. Edição de autor.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures. Lusociência.

Freitas, L., Melo, L. & Andrade, C. (26 de Junho de 2011). Vulnerabilidade: O elo mais fraco da saúde. *Acoriano - Secção Regional dos Açores da Ordem dos Enfermeiros*.

Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3890/26jun2011.pdf>.

Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.

Graça, L. M. (2017). *Medicina materno-fetal*. (5.^a edição). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Gomes, I. (2009). *A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente crónico no domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica: Tese de Doutoramento.

- Guyton, A. (2002). *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hesbeen, W., (1998). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures. Lusociência.
- International Childbirth Education Association [ICEA] (2017). ICEA *position paper. episiotomy*. Disponível em: <https://icea.org/wp-content/uploads/2015/12/Episiotomy-PP-2017.pdf>.
- ICM (2019). *Essential competences for basic midwifery practice – 2019 update*. Acedido em 15-07-2019. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf.
- ICN (2012). *Combater a desigualdade. Da evidência à ação*. Edição Portuguesa. OE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf.
- IPN (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Loures: Lusociência.
- Jansen, M. (2006). *Advanced practice within a nursing paradigm*. In Jansen, M. & Zwygart-Stauffacher, M. (2006). *Advanced practice nursing. core concepts for professional role development*. 3rd Edition. New York: Springer Publishing Company.
- JB I (2015). *Joanna briggs institute reviewers manual: 2015 edition / Supplement*. Adelaide, Australia. Disponível em: <https://nursing.lsuhscl.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>.
- Jones, H., Murrells, T. & Sandall, J. (2015). *An investigation of the relationship between the caseload model of midwifery for socially disadvantaged women and childbirth outcomes using routine data – A retrospective, observational study*. *Midwifery*, pp. 409-417.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic confort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, p. 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1663-7.

- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3.^a Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Leitão, M. (2016). *Alterações psicológicas no puerpério*. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M. *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Disponível em: <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lopes, S., Prata, A., Freitas, C., Sequeira, A. & Santos, M., (2020). *Assistência no puerpério imediato*. In Amaral, C., Pousa, O. & Sequeira, A. *Procedimentos de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. 1.^a Edição. Lisboa: Lidel.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*, 7.^a Edição. Camarate: Lusodidacta.
- Mann, J., Tarantola, D. & Netter, T. (1993). *Como avaliar a vulnerabilidade à infeção pelo HIV e AIDS*. A AIDS no Mundo, pp. 276-300.
- Mattern, E. & Lohmann, S., G., A. (2017). *Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups*. BMC Pregnancy and Childbirth.
- Mcleish, J. & Redshaw, M. (2019). Maternity experiences of mothers with multiple disadvantages in England: A qualitative study. *Women and Birth*, pp. 178-184.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, G., et al. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLOS Medicine*. Acedido em 26/05/2019. Disponível em <https://annals.org/aim/fullarticle/744664/preferred-reporting-items-systematic-reviews-meta-analyses-prisma-statement>.
- NICE. (2020). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG 192)*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>

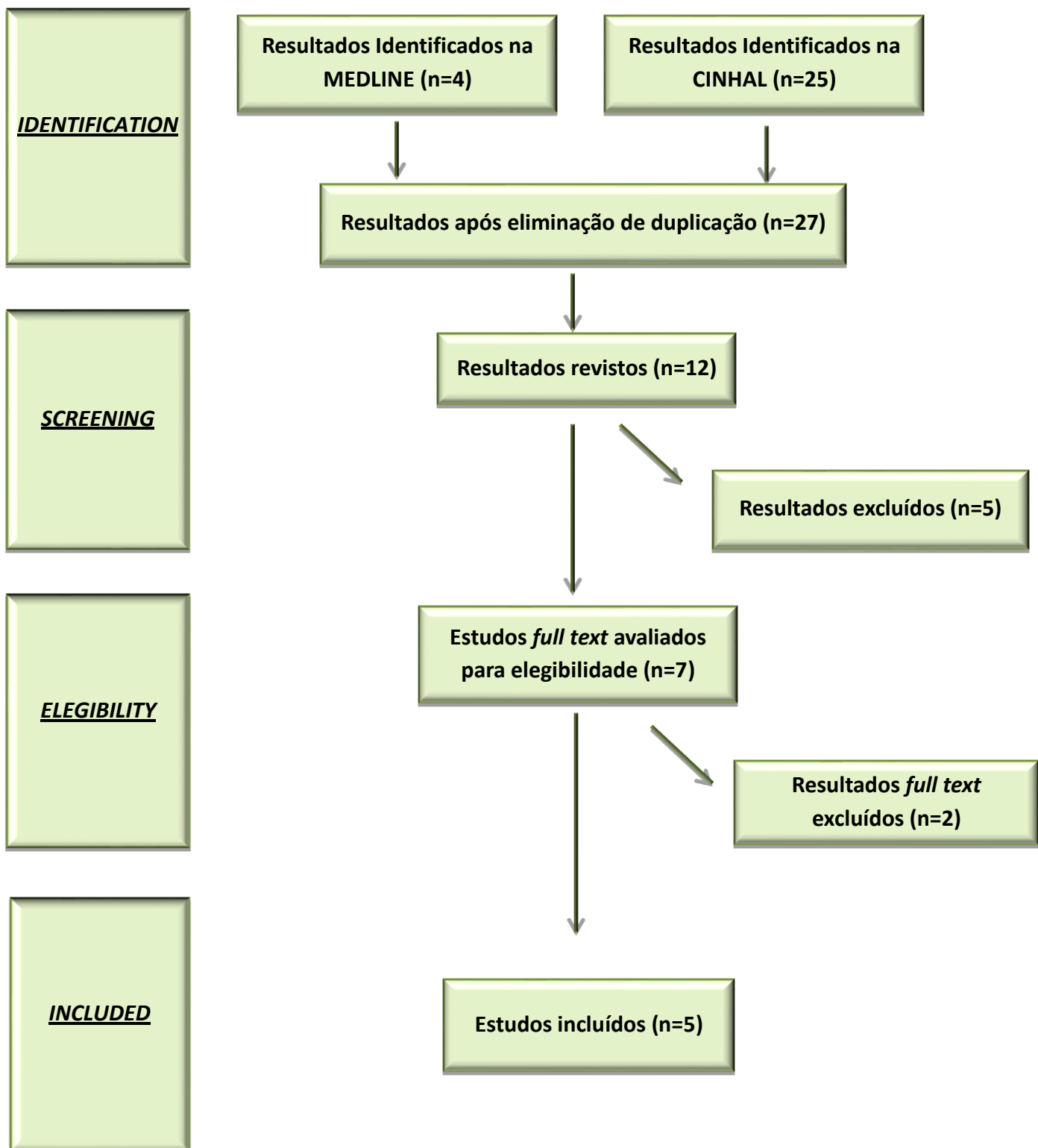
- Nichiata, L. Y. I., Bertolozzi, M. R., Takahashi, R. F. & Fracolli, L. A., (Setembro - Outubro de 2008). A utilização do conceito de vulnerabilidade pela enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, pp. 923-928. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/17025/19017>.
- OE. (2010). *Pelo direito ao parto normal - uma visão partilhada*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf.
- OE (2013a). *Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido*. Lisboa: MCEESMO-OE.
- OE (2013b). *Projeto maternidade com qualidade*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- OE. (2015a). *Livro de bolso: enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Lisboa, Portugal.
- OE. (2015b). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa, Portugal. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_w eb.pdf.
- OE (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf.
- OMS (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da enfermagem e enfermagem de saúde materna e obstétrica em relação às metas de saúde 2020*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8884/oms_europa_orientacoesestrateg icaseuropeias_online.pdf.
- Posner, G., Dy, J., Black, A. & Jones, G., (2013). *Oxorn-Foote human labor and birth*, 6th Edition. New York: McGraw-Hill.

- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República. 2.ª Série (n.º 26). 4744-4750.
- Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia*. Diário da República, 2.ª Série (n.º 85). 13560-13565.
- Rodrigues, S. (2016). *Parto normal*. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M. Enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa. Lidel.
- Royal College of Midwives (2018). *Midwifery care in labour guidance for all women in all settings*. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/media/2540/mothers-blue-top-guidance.pdf>.
- Sevalho, G., (2018). *O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>.
- Schuling, K. & Sampsel, C. (1999). Comfort in labor and midwifery art. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, p. 77-82.
- Silva, M. (2017). *O Papel da enfermagem em medicina materno-fetal*. In Graça, L. M. Medicina materno-fetal. (5.ª edição). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Snapes, L. (2020). *Fear of childbirth (Tocophobia)*. In Marshall, J. & Raynor, M., (2020). *Myles textbook for midwives*. 17.ª Edição. Elsevier.
- Sousa, P., Miranda, K. & Franco, A. (Mar-Abr de 2011). Vulnerabilidade: análise do conceito na prática do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 381-384. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rjnTSzgkDQWTrJm9dVpHYnm/?lang=pt>
- Storksen, T., Niegel, S., Adams, S., Vangen, S. & Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section. *BMC Pregnancy & Childbirth*.
- Tinoco, L. & Fatia, A. (2016). *Trabalho de parto*. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M. Enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa. Lidel.

- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.
- Tracy, M., Watanuki, S. & Lindquist, R. (2006). *Applying research in advanced practice nursing*. In: Jansen, M. & Zwygart-Stauffacher, M. Advanced practice nursing. core concepts for professional role development. 3rd Edition. New York: Springer Publishing Company.
- Travancas, L., & Vargens, O. (2020). Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769241385>.
- UNICEF (2018). *Dez passos para o sucesso do aleitamento materno*. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2300/iab_10-medidas_sucesso-aleitamento-materno-2018-09.pdf.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watts, M. & Bohle, H. (1993). The space of vulnerability: the cause structure of hunger and famine. *Progress in Human Geography*, pp. 43-67.
- WHO (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO.
- WHO (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington, DC, USA. Geneva, Switzerland.
- WHO (2011). Strengthening Midwifery Toolkit. Module4. *Competencies for midwifery practice*. Geneva, Switzerland. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44645/9789241501965_module4_eng.pdf;jsessionid=2895B48DE964D0ED0A6AD4CF31899DE7?sequence=4.

APÊNDICES

APÊNDICE I - DIAGRAMA PRISMA DA REVISÃO SCOPING



Fonte: adaptado de Moher et al (2009)

APÊNDICE II - FERRAMENTA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Estudo: *An Investigation of the Relationship between the caseload model of midwifery for socially disadvantaged women and childbirth outcomes using routine data – A retrospective, observational study*

Tipo de Estudo: Abordagem qualitativa.

Data de análise	21 de junho de 2019
Metodologia	Foram selecionadas grávidas, com situações sociais difíceis, que recorreram a hospitais do Reino Unido para terem o seu parto. As participantes foram distribuídas em dois grupos: grupo 1, composto por 96 participantes que receberam cuidados de enfermagem gerais. grupo 2, composto por 98 participantes que receberam cuidados de enfermagem especializados, baseados em cuidados individualizados e centrados nas crenças e desejos, sendo fornecidas informações concretas sobre cada intervenção, relacionando a sua realização com os benefícios e consequências para a grávida e para o bebé. Neste grupo foram ainda controlados os estímulos e o ambiente físico.
Fenómeno de interesse	Descrever e comparar os resultados obstétricos e todos os processos vivenciados pelas participantes durante o TP.
Cultura	Inglesa
Participantes	194 parturientes
Conclusões dos autores	As participantes do grupo 2 tiveram um maior número de partos eutócicos. Utilizaram sobretudo métodos não farmacológicos de controlo da dor durante o TP. Referiram que tiveram uma experiência de parto positiva, que se sentiram muito bem acompanhadas e apoiadas durante todo o TP, não se sentindo expostas, nem vulneráveis nesse período. Além disso, permaneceram menos dias nas Unidades de puerpério e tiveram uma menor taxa de admissões neonatais. Os cuidados de enfermagem especializados surgem assim, como sendo mais benéficos para as participantes e como tendo melhores resultados obstétricos quando comparados os dois grupos.

Estudo completo: X Sim ○ Não

Revisores: Susana Pereira e Prof.^a Madalena Oliveira

Data: 21 de junho de 2019

Autores: Mattern, E.; Lohmann, S.; Ayerle G.

Revista: BMC Pregnancy and Childbirth

Número: 17

Ano: 2017

Estudo: *Experiences and wishes of Women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups*

Tipo de Estudo: Abordagem qualitativa

Data de análise		21 de junho de 2019
Metodologia	Foram selecionadas 10 parturientes em 5 estados da Alemanha e constituíram-se 5 <i>focus group</i> .	
Fenômeno de interesse	Identificar e explorar as experiências, necessidades e desejos das parturientes que pretendem cuidados de enfermagem especializados utilizando um modelo sistêmico.	
Cultura	Alemã	
Participantes	50 parturientes	
Conclusões dos autores	Foram identificados três aspectos fundamentais nos cuidados de enfermagem especializados recebidos, que determinam uma visão positiva dos mesmos, bem como sentimentos de segurança, conforto, vulnerabilidade e bem-estar das participantes no TP: 1 - Conhecimento/desconhecimento sobre os cuidados de enfermagem especializados - competências e aspectos inerentes aos cuidados de enfermagem especializados, falta de informações e explicações fornecidas pelos enfermeiros na prestação de cuidados durante o TP, aconselhamento deficiente sobre alternativas que fossem de encontro aos desejos e crenças pessoais e lacunas/cuidados ineficazes e quase inexistentes durante a fase latente; 2 - Acesso e facilidade em obter cuidados de enfermagem especializados - dificuldade em obter cuidados de enfermagem especializados; 3 - Os cuidados de enfermagem especializados no sistema de saúde - cooperação interprofissional durante o TP, importância/cuidados da restante família durante o TP.	

Estudo completo: X Sim ○ Não

Estudo: *Factors influencing women's perceptions of shared decision-making during labor and delivery: Results from a large-scale cohort study of first childbirth*

Tipo de Estudo: Abordagem qualitativa.

Data de análise	26 de junho de 2019
Metodologia	Inclusão de todas as mulheres que tiveram o seu primeiro parto, no Estado Norte-Americano da Pensilvânia, entre 2009-2011. Foram utilizados modelos de regressão logística para identificar a associação entre a indução do TP e as percepções das mulheres num processo de tomada de decisões partilhadas durante o TP.
Fenómeno de interesse	Identificar correlações num processo de tomada de decisões durante o TP.
Cultura	Norte-Americana
Participantes	3006 mulheres
Conclusões dos autores	As participantes de raça negra, as que não tinham educação superior e as que não tinham um seguro de saúde, estavam menos recetivas a um processo de tomada de decisão partilhada durante o TP. De forma a promover uma boa percepção do TP é necessário melhorar a comunicação entre as parturientes e os profissionais de saúde. Partilhar informação explicando as intervenções é fundamental em todos os cuidados durante o TP. É fundamental aplicar programas de tomada de decisões partilhadas durante o TP, pois estes apresentaram melhores resultados obstétricos, diminuíram a vulnerabilidade das participantes, bem como as disparidades na prestação de cuidados.

Estudo completo: X Sim ○ Não

Estudo: *Maternity experiences of mothers with multiple disadvantages in England: A qualitative study*

Tipo de Estudo: Abordagem qualitativa.

Data de análise		26 de junho de 2019
Metodologia	Estudo qualitativo descritivo, onde se aplicaram entrevistas no período pós-natal a mulheres com múltiplas fragilidades pessoais.	
Fenómeno de interesse	Compreender as experiências das mulheres com múltiplas fragilidades durante o TP.	
Cultura	Inglesa	
Participantes	40 mulheres	
Conclusões dos autores	Da análise das entrevistas emergiram quatro categorias principais sobre as experiências durante o TP:	
	1 - “Um tempo confuso e ameaçador”; 2 - “Dificuldade de ser respeitada como um indivíduo”; 3 - “Importância da escolha e do controlo”; 4 - “Necessidade de sentir segurança e confiança”.	
	No sentido de promover uma experiência positiva do TP, e assim diminuir a vulnerabilidade sentida nesse momento, emergem quatro desafios para os profissionais de saúde que prestam cuidados durante o TP:	
	1 - Cuidar das mulheres de forma individual, atendendo às suas caraterísticas pessoais, medos, desejos e crenças; 2 - Permitir e promover escolhas informadas e o empoderamento das mulheres e apoiar todo o processo de tomada de decisões; 3 - Explicar o ambiente típico e específico dos Hospitais/Bloco de Partos e maternidades; 4 - Reger-se pelos princípios do respeito, dignidade e da beneficência-não maleficência.	
Estudo completo: X Sim ○ Não		

Estudo: *Fear of childbirth and elective caesarean section: a population – based study*

Tipo de Estudo: Abordagem qualitativa.

Data de análise	1 de julho de 2019
Metodologia	Aplicação de três questionários, às 17 e 32 semanas de gravidez e 8 semanas no pós-natal, a uma amostra de mulheres Norueguesas. Utilização de modelos de regressão logística com multivariáveis.
Fenómeno de interesse	Determinar as características demográficas e psico-emocionais associadas ao medo do TP, como elemento preditivo na escolha por uma cesariana eletiva.
Cultura	Norueguesa
Participantes	1789 mulheres selecionadas de um condado da Noruega
Conclusões dos autores	O medo do TP está diretamente relacionado com uma experiência negativa de TP anterior, que se associa a um deficiente apoio mental e social durante a gravidez e desta forma promove o aumento da vulnerabilidade da mulher durante o TP. O medo do TP é altamente preditivo para a escolha de uma cesariana eletiva. Para apoiar as grávidas que referem ter medo do TP é necessário: - Intervir e apoiar as características pessoais de cada mulher durante o TP, conhecendo especificamente cada uma; - Promover cuidados individualizados, explicações claras e objetivas de todos os cuidados prestados, atendendo a crenças e aos desejos; - Apoiar a participação dos familiares no TP; - Controlar o meio ambiente; - Promover o trabalho de equipa entre os vários profissionais que prestam cuidados durante o TP.
Estudo completo: X Sim ○ Não	

**APÊNDICE III – GRELHA DE AVALIAÇÃO DOS FATORES
QUE INFLUENCIAM A VULNERABILIDADE DAS
MULHERES EM TP**

Dados Sócio-Demográficos	História Obstétrica	Ambiente de Cuidados
Idade: _____	IO: _____	Perceção do apoio/Envolvimento recebido pelo EEESMO no planeamento do Parto / Parto
Etnia: _____	Tipo de Parto/Ano: _____/_____	(cuidados centrados na mulher; respeito pelas crenças, medos e desejos; promoção de escolhas informadas; processo de tomada de decisão partilhada; envolvimento de pessoa significativa; tipo de comunicação utilizada)
Nacionalidade: _____	Tipo de Parto/Ano: _____/_____	_____
Língua Dominante: _____	Tipo de Parto/Ano: _____/_____	_____
Habilitações Literárias: _____	Complicações: _____	_____
Profissão: _____	Vivências das gravidezes anteriores: _____	_____
Concelho de Residência: _____	_____	_____
Agregado Familiar: _____	Vivências dos TP anteriores: _____	_____
Religião: _____	_____	_____
Recursos Familiares e Sociais	Gravidez Atual	Perceção do trabalho em equipa
Presença de Convivente Significativo: Sim ☐ Não ☐	IG: _____	(stress que a equipa transmite; explicação do ambiente S.P.; ruído; temperatura; luz; sono; limpeza e arrumação)
Parentesco: _____	Gravidez Simples ☐ Gravidez Múltipla ☐	_____
Tipo de Apoio: _____	Gravidez Planeada: Sim ☐ Não ☐	_____
_____	Gravidez Viglada: Sim ☐ Não ☐	_____
Rede de Apoio Familiar: Sim ☐ Não ☐	Complicações: Sim ☐ Não ☐	_____
Quem _____	Plano de Parto: Sim ☐ Não ☐	_____
Tipo de Apoio _____	_____	_____
Rede de Apoio Comunidade: Sim ☐ Não ☐		
Quem _____		
Tipo de Apoio _____		

	Medos/Desejos/Crenças/Conhecimentos relacionados TP	Aspetos que mais valoriza para se sentir confortável
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____