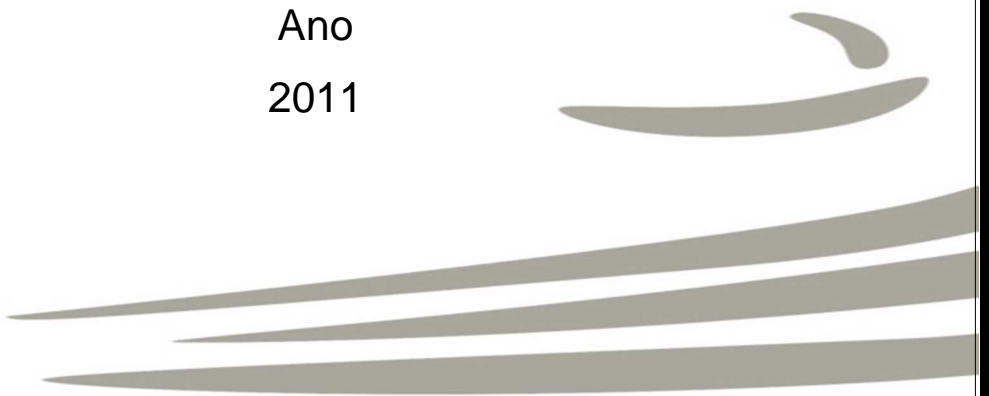


**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia**

**A Liberdade de Movimentos e Posturas
da Mulher em Trabalho de Parto**

Ano
2011



**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia**

**A Liberdade de Movimentos e Posturas
da Mulher em Trabalho de Parto**


Elaborado por:

Sandra Marina Laranjinha Fernandes de Oliveira Pereira

Relatório de Estágio orientado por:

Maria João Delgado

Ano
2011



*"Birth is not only about making babies.
Birth is about making mothers- strong, competent, capable mothers
who trust themselves and know their inner strength."*

Barbara Katz Rothman
(Sociologist)

“O que espero ser capaz de fazer é ajudá-la a encontrar um modelo e um significado para o parto, a compreendê-lo e apropriar-se dele, não o encarando apenas como algo que lhe é feito, e a compreender a realidade e a singularidade do parto como uma expressão da sua própria personalidade e como uma profunda experiência psicosexual.”

Sheila Kitzinger

AGRADECIMENTOS

À Enfermeira Maria João Delgado pelo incentivo, orientação, apreço e disponibilidade, sem o que este trabalho não teria sido possível.

À Enfermeira Florbela Vaz, orientadora do estágio clínico, pelas suas inestimáveis indicações e conselhos durante o estágio clínico.

Às minhas amigas e colegas da UCSP Qt. da Lomba e Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, pelo seu apoio e encorajamento constante em prosseguir este trabalho.

Ao meu marido e amigo Hélio que me encorajou e ajudou a realizar este trabalho. O seu apoio e a sua paciência foram inestimáveis.

Aos meus filhos José Alexandre, José Pedro e João Paulo pelo tempo que me deram para realizar este trabalho.

RESUMO

O objectivo deste relatório de estágio é apresentar o percurso académico realizado em contexto de Bloco de Partos e serviço de Neonatologia, durante o 4º semestre do 1º Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, que me permitiu a obtenção de competências especializadas para o exercício de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Durante o ensino clínico elaborei um projecto individual de estágio no âmbito da liberdade de movimentos e posturas da mulher em trabalho de parto.

Procurei, na assistência de enfermagem especializada ao parto de baixo risco, promover o papel activo da mulher durante o processo do nascimento.

Para uma prática avançada dos cuidados especializados, recorri à evidência científica, realizando uma revisão sistemática da literatura para sustentar o projecto de estágio.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Trabalho de Parto; Movimento; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

The purpose of this internship report is to present the academic course held in the context of labor room and neonatology services, during the fourth semester of the 1st Master in nursing maternal health and obstetrics, which allowed me to obtain expertise for the exercise of nurse expert in maternal health nursing and midwifery.

During the clinical training, worked out an individual project, covering the freedom of movement and posture of the woman in labor.

I tried, in specialized nursing care to low-risk childbirth, to promote the active role of women during the birth process.

For an advanced practice nursing specialty, I resorted to scientific evidence, conducting a systematic review of the literature to support the internship project.

Keywords: humanizing delivery; labor, movement, obstetrical nursing.

SUMÁRIO	Pág.
INTRODUÇÃO -----	10
1. A AQUISIÇÃO DE COMPETENCIAS ESSENCIAIS PARA A PRÁTICA DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS -----	14
1.1. O Modelo Teórico para Prática Especializada-----	15
1.2. Desenvolvimento de Competências Especializadas-----	17
1.3. Breve Caracterização do Local de Estágio-----	18
1.4. O Percorso Formativo no Bloco de Partos-----	20
1.4.1. A Assistência Especializada durante o Período Pré-natal-----	21
1.4.2. A Assistência Especializada durante o Trabalho de Parto-----	23
1.4.3. A Assistência Especializada durante o Período Pós-Parto-----	27
1.5. O Serviço de Neonatologia-----	31
2. A AQUISIÇÃO DE UMA COMPETÊNCIA ADICIONAL - PROMOVER A LIBERDADE DE MOVIMENTOS E POSTURAS -----	32
2.1. Enquadramento da Problemática-----	32
2.2. Revisão Sistematizadas da Literatura-----	37
2.2.1. Estratégia de Pesquisa-----	38
2.2.2. Critérios de Selecção dos Artigos-----	38
2.2.3. Análise dos Resultados Obtidos-----	40
2.3. Actividades Desenvolvidas para Adquirir um Competência Adicional-----	42
2.3.1. No domínio da Gestão dos Cuidados-----	43
2.3.2. No domínio da Gestão da Qualidade-----	44
2.3.3. No domínio das Aprendizagens Profissionais-----	45
2.3.4. No domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal-----	47
2.4. Constrangimentos-----	48

3. QUESTÕES EMERGENTES -----	49
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	51
5. BIBLIOGRAFIA -----	54
ANEXO -----	61
Avaliações do Desempenho em Estágio com Relatório	
APÊNDICES -----	62
Apêndice I - Projecto de Estágio com Cronograma	
Apêndice II - Acção de Formação realizada no CHBM, EPE	
Apêndice III - Álbum Seriado	
Apêndice IV - Acção de Formação no âmbito da Formação Peri-natal	
Apêndice V - Folheto Informativo para as Grávidas	
Apêndice VI - Diário de Aprendizagem I	
Apêndice VII - Diário de Aprendizagem II	
Apêndice VIII - Diário de Aprendizagem - Serviço de Neonatologia	

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

CD - Código Deontológico

CHBM, EPE - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Entidade Pública Empresarial

CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CNSMN - Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil

EC - Ensino Clínico

EEESIP - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia

EMA - European Midwives Association

EpS - Educação para Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME - Federação de Associações de Matronas Espanholas

IA - Índice de APGAR

ICM - International Confederation of Midwives

IGAC - Inspeção Geral das Actividades Culturais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSMI - Programa Nacional de Saúde Materno Infantil

PPN - Preparação para o Nascimento

RN - Recém-nascido

SEGO - Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TP - Trabalho de Parto

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório”, elaborei o presente documento, que define o meu caminho percorrido na obtenção de competências científicas, técnicas e relacionais especializadas, essenciais para a prática de enfermagem especializada em Saúde Materna e Obstétrica, tendo por base um projecto individual alicerçado na evidência científica da actualidade, referindo as actividades desenvolvidas e os resultados obtidos.

O estágio decorreu no período compreendido entre 17.01 e 01.07.2011 no Bloco de Partos do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM, EPE), sob a orientação da EEESMO Florbela Vaz, e na semana de 21 a 25.02.2011 na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais do CHBM, EPE, sob a orientação da EEESIP Rosário Martins. A orientação pedagógica e a orientação tutorial do Relatório de Estágio foram da responsabilidade da EEESMO Maria João Delgado, professora da ESEL.

A maternidade apresenta-se como um percurso de auto-conhecimento e aprendizagem constante para a mulher e a sua família, e é um acontecimento emocional. A experiência da maternidade e do próprio parto tem variado ao longo dos tempos e sofre a influência cultural das sociedades onde a mulher se encontra inserida, que define e condiciona os cuidados que são prestados à mãe e à criança através dos seus valores, crenças e costumes. No entanto há uma universalidade na experiência da maternidade que não difere nas sociedades (Kitzinger, 1996).

O trabalho de parto, associado do ponto de vista sócio-cultural à dor e ao sofrimento, afigura-se como um grande desafio para a mulher. Segundo McFarlane citado por Couto (2003, p.55) “ (...) não existe nenhuma cultura na qual o nascimento de uma criança não seja doloroso.” Neste sentido é importante que a mulher seja acompanhada, apoiada e incentivada a ser ela própria a protagonista neste período, de forma a perceber o seu parto de forma positiva.

Do ponto de vista fisiológico o parto divide-se, segundo Graça (2005), em três estádios. O primeiro estágio (apagamento e dilatação) inicia-se com o aparecimento de contracções uterinas regulares e termina com o apagamento e dilatação completa do colo; o segundo estágio (período expulsivo) principia no momento em que a dilatação do colo está completa, e finaliza com a expulsão do feto; o terceiro estágio

(dequitação) inicia-se a partir da expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta e das membranas.

Para Kitzinger (1996) o parto é um processo fisiológico único em que estão implicados factores psicológicos e socioculturais. Segundo a FAME (2006) o parto normal caracteriza-se da seguinte forma:

“É um processo fisiológico único com o qual a mulher finaliza a gravidez de termo, em que estão implicados factores psicológicos e socioculturais. O início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento, e não implica mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo.” (APEO 2008, p.20)

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) a percepção que a mulher/família tem sobre o parto está relacionada com a forma como foram socializadas para o processo da maternidade.

A sociedade actual confia na institucionalização do parto, que obedece a um conjunto de condutas e procedimentos obstétricos que promovem o nascimento de uma criança saudável, e previnem a morbimortalidade materna e perinatal de parto. Porém, essas mesmas intervenções, tais como a indução e a condução do trabalho de parto, implicam um aumento da incidência de intervenções cirúrgicas durante o trabalho de parto e nascimento, o que leva à transformação de um evento fisiológico normal, num procedimento biomédico.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 reconheceu a importância da taxa de cesarianas como critério de qualidade, e teve como meta a sua redução para 20% até 2010. Todavia, em 2010, o cenário revelava uma taxa acima dos 35% com variações de Norte a Sul. De acordo com o relatório do projecto Euro-Peristat, Portugal é o segundo país da UE com maior taxa de cesarianas. Neste relatório, a Euro-Peristat faz ainda referência à grande diversidade de práticas, e ao grau de intervenção durante o parto. Não só os profissionais de saúde em alguns países intervêm mais do que outros no processo natural do parto, mas também existem diferenças substanciais nos tipos de intervenção que são utilizadas. (Euro-Peristat, 2008).

A constatação da diversidade de práticas e o nível de assistência à mulher durante o parto suscitou-me uma particular atenção. Com efeito, existem recomendações

internacionais e nacionais¹ para a prática segura e assistência ao parto normal, que advertem para os procedimentos e intervenções rotineiras que aumentam a probabilidade de um parto por cesariana, nas parturientes de baixo risco obstétrico.

Uma das recomendações diz respeito aos procedimentos clínicos que restringem o espaço e a liberdade de movimentos da mulher em trabalho de parto, e que condicionam a vivência do processo de nascimento. Adverte-se que as parturientes devem ser encorajadas a ficar em pé, deambular e adoptar posições que proporcionem conforto durante o trabalho de parto e parto.

O EEESMO é um profissional de saúde dotado de um conjunto de competências especializadas que o autorizam a assumir, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos normais no ciclo reprodutivo da mulher. De acordo com o regulamento das competências específicas do EEESMOG, o enfermeiro especialista trabalha em parceira com a mulher/família, procurando promover os projectos de saúde que ela vive e persegue (Diário da República, 2ª série - N.º 35, Regulamento, n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro).

Neste sentido, procurei, durante o estágio, desenvolver competências especializadas acrescidas que permitem promover a liberdade de movimentos e posições da mulher em trabalho de parto. Mais, procurei desenvolver uma prática especializada que fomente o conforto da mulher durante o trabalho de parto, ajudando-a a tomar consciência do seu corpo, e incentivar a participar activamente no nascimento do seu filho.

Assim sendo, tive como **objectivo geral** para o meu projecto de estágio:

- ✦ Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais especializadas baseadas na evidência científica na assistência ao Parto Normal, que me permitam prestar cuidados centrados na mulher/RN/família durante o período pré-parto, parto e puerpério.

Os **objectivos específicos** foram:

¹ ICM, OMS, EMA, APEO

- Prestar cuidados especializados em prol da liberdade de movimentos e posições durante o 1º estágio do trabalho de parto², promovendo a autonomia e a participação activa da mulher;
- Prestar cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os vários estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família;
- Prestar cuidados especializados à mulher/RN/família, no âmbito da transição para a parentalidade, em situação de saúde e doença, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família;
- Observar e colaborar na prestação de cuidados especializados ao RN/família hospitalizado num Unidade de Neonatologia;
- Desenvolver competências especializadas em prol da liberdade de movimentos durante o 1º estágio do trabalho de parto, promovendo a autonomia e a participação activa da mulher;
- Desenvolver um projecto individual aplicando a metodologia científica de projecto e elaborar o respectivo relatório;
- Demonstrar comportamentos e capacidades adequadas à construção de identidade profissional como EEESMO.

Listo a seguir os trabalhos realizados e as avaliações da minha aprendizagem contínua realizadas no âmbito do projecto individual de estágio, que se encontram em anexo e apêndices a este relatório, complementando o mesmo.

- Anexo - Avaliações do Desempenho em Estágio com Relatório;
- Apêndice I - Projecto de Estágio com Cronograma;
- Apêndice II - Acção de Formação realizada no dia 25.05.011 aos colegas do CHBM, EPE (plano de acção e apresentação em PowerPoint);
- Apêndice III - Álbum Seriado;
- Apêndice IV - Acção de Formação no âmbito da formação peri-natal às grávidas, (plano de sessão e apresentação em PowerPoint);
- Apêndice V - Folheto Informativo para as Grávidas;

² Segundo GRAÇA (2005:274) o 1º estágio (apagamento e dilatação do colo) do trabalho de parto decorre desde o início das contracções uterinas regulares e termina na dilatação completa do colo.

- Apêndice VI - Diário de Aprendizagem I (relato reflexivo que analisa 3 situações vivenciadas durante o estágio na sala de partos);
- Apêndice VII - Diário de Aprendizagem II (relato reflexivo sobre uma situação vivenciada com uma puérpera de 7 dias);
- Apêndice VIII - Diário de Aprendizagem - Serviço de Neonatologia (relato reflexivo sobre uma semana de observação participante).

Este relatório encontra-se estruturado em capítulos, sendo que no **capítulo 1**, relatei o meu percurso académico, no âmbito da aquisição de competências especializadas de saúde materna e obstetrícia, e descrevi o modelo teórico adoptado.

No **capítulo 2** fiz o enquadramento da problemática da assistência à mulher em trabalho de parto de baixo risco, no que concerne à liberdade de posturas e mobilidade, e apresentei uma revisão sistemática da literatura científica actual correspondente.

No **capítulo 3** fiz uma incursão ao projecto de estágio e às actividades e competências especializadas adquiridas inerentes à sua execução, e respectivos constrangimentos, abordando entre outras, as questões éticas, sendo que no **capítulo 4** abordei as perspectivas de desenvolvimento do trabalho, focando as questões emergentes.

O **capítulo 5** foi dedicado às considerações finais, fazendo uma reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem, na aquisição de competências especializadas e construção do projecto de estágio.

1. A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A PRÁTICA DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS

“Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar, não apenas planear, mas também acreditar.”

FRANCE, Anatole

Este capítulo relata o percurso que realizei, no âmbito da aquisição de competências especializadas de saúde materna e obstetrícia no bloco de partos do CHBM, EPE, para

prestar cuidados à mulher em situação de saúde ou doença durante o período pré-natal, parto e pós-parto e RN até ao 28º dia.

A aquisição de competências especializadas autoriza e responsabiliza a assumir cuidados autónomos e interdependentes, trabalhando em parceira com as mulheres/famílias, com o objectivo de alcançar ganhos em saúde, nomeadamente na gravidez e no nascimento, de forma a construir famílias saudáveis. O domínio das competências especializadas manifesta-se numa prática clínica autónoma, que promove o auto-cuidado na mulher durante e após a gravidez, através do aconselhamento e supervisão, e habilita a conduzir o trabalho de parto, parto e cuidados ao RN e lactente, em todas as situações de baixo risco.

Segue-se o modelo de enfermagem que justifica e sustenta as intervenções de enfermagem no campo da prática clínica, e depois é feito o relato das competências especializadas que foram desenvolvidas durante o estágio. Procede-se a uma breve caracterização do local de estágio e a uma exposição do percurso formativo no bloco de partos. Este capítulo termina com uma breve descrição da experiência vivida no serviço de neonatologia.

1.1. O Modelo Teórico

O nascimento de um filho é um evento significativo na vida da mulher. No entanto, a dor e o desconforto ligados ao trabalho de parto podem produzir experiências negativas na mulher durante este processo. A dor e o desconforto físico e emocional são fenómenos complexos e percebidos de forma intrínseca e influenciados por factores fisiológicos, psicológicos e ambientais (Lowdermilk e Perry, 2008). Durante o trabalho de parto a gestão do desconforto materna constitui uma das preocupações e responsabilidades das intervenções autónomas do enfermeiro especialista.

O conforto da pessoa é, desde Florence Nightingale, uma preocupação central ligada à disciplina de enfermagem. O conceito do conforto tem sido sujeito a diferentes significados na prática de enfermagem, vinculado à evolução histórica da disciplina e posteriormente ao desenvolvimento das teorias de enfermagem. No entanto,

subentendeu-se ao longo dos tempos que o conforto é positivo, atingido com a ajuda das enfermeiras, e implica uma melhoria da condição ou do estado anterior da pessoa.

Na década dos anos 80 do século passado, Janice Morse, partindo de uma perspectiva humanística da enfermagem, estudou as acções associadas ao confortar, e concluiu que o conforto é a acção de enfermagem mais importante na prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa. Mais tarde, Hamilton (1989) estudou o significado do conforto, explorando a perspectiva da pessoa, e concluiu que este é multidimensional e tem um significado diferente para pessoas diferentes (Tomey e Alligood, 2004).

Katharine Kolcaba tem vindo desde então a estudar a origem e o significado do termo conforto com a finalidade de esclarecer a sua utilização na prática, e desenvolver uma teoria de enfermagem baseada em outras teorias de enfermagem. Kolcaba acaba por definir conforto como uma experiência holística que deve ser fortalecida através da satisfação de três tipos de necessidades: **o alívio** (descrito por Ida Jean Orlando), **a tranquilidade** (descrito por Virginia Henderson) e **a transcendência** (Josephine Paterson e Loretta Zderad).

As intervenções de enfermagem têm como objectivo identificar e satisfazer essas necessidades específicas das pessoas, que provêm do seu **contexto físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental**. O conforto melhorado leva as pessoas a empreenderem “comportamentos de procura de saúde” que podem ser internos (p. ex: a cura da função orgânica ou do sistema imunitário), externos (p. ex: estilos de vida saudáveis) ou a morte pacífica (Tomey e Alligood, 2003).

Para Katharine Kolcaba o conforto é mais que a simples ausência de dor, é algo individual (2003). É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos vários tipos de conforto³ (Kolcaba, 2003).

Para mim, proporcionar conforto físico e emocional à mulher durante o processo do parto constitui um desafio para os cuidados especializados, porque requer ir ao encontro da individualidade da mulher e a compreensão da história da sua vida.

Escolhi o “modelo teórico do conforto” de Katharine Kolcaba para suportar a tomada de decisão na prática dos cuidados especializados, cujo objectivo é proporcionar conforto

³ Alívio, tranquilidade e transcendência

à mulher durante o trabalho de parto, de forma que ela se sinta encorajada e apoiada a viver o seu parto com toda a liberdade, expressando a sua individualidade e instigando o seu crescimento pessoal, tornando o parto num evento excepcional e transformador para a mulher/companheiro.

1.2. Desenvolvimento de Competências Especializadas

O objectivo principal traçado para o estágio com relatório, foi desenvolver e adquirir competências especializadas para assumir cuidados autónomos e interdependentes à mulher/família em situação de saúde/doença durante os períodos pré, intra e pós-natal, e ao RN saudável até ao 28º dia de vida, detectando complicações, e saber aplicar medidas de emergência. Procurei igualmente desenvolver competências para apoiar a mulher/casal no processo de transição para a parentalidade, promovendo a sua saúde e bem-estar, de forma a contribuir para a construção de famílias saudáveis no futuro.

O domínio das competências especializadas pressupõe um conjunto de conhecimentos técnico-científicos e culturais, habilidades e comportamentos, conducentes à compreensão, interpretação e resolução de problemas na gestão da saúde da mulher. Estas competências fundamentais para a prática segura dos cuidados especializados encontram o seu enquadramento legal nos seguintes documentos: o **“Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia”** divulgadas pelo Colégio da Especialidade em 2010 e publicadas no Diário da República n.º 35 , 2.ª série, de 18 de Fevereiro de 2011, o **“Essential Competencies for Basic Midwifery Practice”** descritas e publicadas pela ICM em 2002 e a **Lei n.º 9/2009 de 4 de Março** que transpõe a Directiva 2005/36/CE⁴ do Parlamento Europeu e do Conselho, de 07 de Setembro para a legislação portuguesa. Com esta lei, o governo português faz o reconhecimento legal das qualificações profissionais do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia, destacando o exercício autónomo do enfermeiro especialista no que concerne à vigilância e assistência pré-natal.

⁴ Esta directiva tem como finalidade permitir a livre circulação de profissionais e reconhecimento automático dos diplomas e outros títulos de qualquer estado membro da União Europeia.

No âmbito da formação académica estágio com relatório, realizei durante o 4º semestre as seguintes actividades especializadas, de modo a responder à **Directiva 89/594/CEE de 30 de Outubro de 1989**:

- Cem exames pré-natais durante as consultas as grávidas;
- Vigilância e prestação de cuidados a pelo menos quarenta parturientes;
- Realização de pelo menos quarenta partos eutócicos;
- Participação activa em partos de apresentação pélvica;
- Prática de episiotomias e episiorrafias;
- Vigilância e cuidados prestados a quarenta grávidas durante ou depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e prestação de cuidados, incluindo exame, a pelo menos cem puérperas e RN saudáveis;
- Observação e prestação de cuidados a RN que necessitem cuidados especializadas;
- Prestação de cuidados a mulheres com situação patológicas no campo da ginecologia e obstetrícia.

Posso afirmar que este estágio profissional possibilitou-me a aquisição de competências específicas e promoveu o pensamento crítico e uma postura pró-activa necessária para uma prática segura e autónoma visando uma parceira com mulher/família no que concerne a promoção dos seus projectos de saúde.

1.3. Breve Caracterização do Local de Estágio

Como anteriormente referido, este estágio com relatório decorreu no serviço de bloco de partos e serviço de neonatologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE. Este Hospital encontra-se integrado na Rede de Referência Materno-Infantil como hospital de Apoio Perinatal (HAP), e constitui a primeira referência para as grávidas provenientes do ACES Arco Ribeirinho do distrito de Setúbal.

A área geográfica de influência deste hospital compreende os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete. A Instituição serve uma população de cerca de 200 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2001. A maioria destes concelhos caracteriza-

se por um elevado crescimento demográfico e por uma população relativamente jovem. Em 2010, o Bloco de Partos do CHBM registou um total de 1908 partos, dos quais Cesariana 648, Parto Distócico 185, Parto Eutócico 1075.

A unidade do Bloco de Partos do CHBM, EPE integra um serviço de urgência obstétrica e ginecológica, a sala de partos, duas salas de bloco operatório, uma sala de reanimação para o RN e uma sala/recobro com duas camas e dois berços onde a puérpera/RN realizam o pós-parto imediato em alojamento conjunto. A Sala de Partos dispõe de sete quartos individuais com equipamento técnico para a assistência pré-parto e parto, equipados com cardiotocógrafo, “dinamap”, (para avaliar a frequência cardíaca e tensão arterial, sempre que se justifique), rampas de O₂, rampas de vácuo, e uma área de assistência/reanimação para prestar cuidados imediatos ao RN. Estes quartos permitem que o RN não seja separado da mãe após o nascimento, permitindo o contacto visual.

A assistência à grávida e parturiente é assegurada exclusivamente por enfermeiras especialistas de saúde materna e obstetrícia. As equipas de enfermagem estão organizadas de modo a responder ao rácio 1:2 durante o 1º estágio do trabalho de parto, conforme preconizado pela OE (2008)⁵. O enfermeiro coordenador do serviço é especialista em saúde materna e obstétrica e é também o coordenador do internamento de obstetrícia que se encontra no 5º piso. As equipas médicas são constituídas por três elementos que têm uma grande rotatividade, sendo muitas vezes necessário recorrer a médicos obstetras contratados para formar as equipas de urgência.

No bloco de partos encontram-se internadas, a saber: as grávidas com patologia associada e situação aguda, e que necessitem de vigilância e/ou cuidados específicos, até estarem estabilizadas e serem transferidas para o serviço de obstetrícia; grávidas em trabalho de parto; grávidas a induzir o trabalho de parto; grávidas que aguardam realização de uma cesariana; puérperas a realizar o pós-parto imediato com os seus respectivos RN (primeiras duas horas) e puérperas com complicações.

Considero uma mais-valia a realização do meu estágio clínico no hospital de referência para as grávidas proveniente do ACES Arco Ribeirinho, onde desempenho funções

⁵ Parecer de 11.07.2008 emitidos pelo Conselho Directivo da OE sobre o funcionamento das Maternidades

como enfermeira e futura EEESMO. Compreendo que ao conhecer os colegas e a estrutura física, funcional e organizacional do serviço de obstetrícia, estarei melhor preparada para informar as mulheres na consulta de Saúde Materna acerca do seu hospital de referência.

1.4. O Percurso Formativo no Bloco de Partos

Após um período de integração, que me permitiu conhecer a organização e o funcionamento do serviço através de uma dinâmica de observação participativa, e o planeamento do projecto de estágio, fiquei responsável, sob a orientação e supervisão da enfermeira especialista Florbela Vaz, enfermeira orientadora do local de estágio, pela prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família durante os vários estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal.

Durante o exercício da minha prática especializada procurei responder à singularidade de cada mulher. Tentava aperceber-me da sua circunstância de vida, tendo em conta os respectivos factores de risco, mentais, sociais e económicos, uma vez que a sua interdependência pode influenciar todo o processo de nascimento de um filho. Igualmente questionava a mulher sobre as suas expectativas, esperanças e receios acerca do trabalho de parto e parto do seu filho.

De acordo com Marie-Francoise Collière (1999), uma profissão caracteriza-se pelas competências que se adquirem através de um conjunto de conhecimentos organizados, e pela forma como os utilizamos na prestação de cuidados.

“Se o processo de cuidados se inicia por um levantamento das necessidades vitais e pela procura de uma forma de lhes responder, há que fazer o apelo a conhecimentos diversos e de naturezas diferentes, para perceber os sinais do processo saúde/doença e compreender a sua significação, isto é, descodificá-los, procurando o seu sentido em relação à pessoa que os vive em ligação com o seu contexto de vida e as suas actividades.” (1999, p.245)

A gravidez caracteriza-se como um período na vida da mulher com inúmeras transformações do foro biológico, psicológico e social, exigindo um processo de adaptação de natureza diversa. Durante a maternidade, os cuidados especializados

devem assegurar a qualidade dos cuidados, garantindo uma gravidez saudável, fisicamente segura e emocionalmente satisfatória para a mãe/criança e família (Lowdermilk e Perry, 2008).

1.4.1. A Assistência Especializada durante o Período Pré-natal

A maioria das mulheres vive com tranquilidade, de forma satisfatória e sem intercorrências obstétricas, a sua gravidez até ao parto. Contudo, durante o período pré-natal podem recorrer ao serviço de urgência obstétrica referindo e/ou apresentando sintomas de desvios à adaptação fisiológica da gravidez e que podem ser de etiologia patológica.

Assim, os cuidados de enfermagem especializados na urgência obstétrica foram orientados para identificar o risco, vigiar e monitorizar a gravidez, avaliando o bem-estar materno e fetal, efectuando os exames necessários pelos meios clínicos e técnicos apropriados. Procedi à anamnese e ao exame objectivo e obstétrico, avalei os exames complementares de diagnóstico, e interpretei os dados obtidos identificando problemas actuais e potenciais.

Providenciei cuidados de enfermagem especializados urgentes e referenciei as situações que estavam para além da minha actuação, cooperando com outros profissionais nas situações de risco, com a finalidade de aquilatar o estado de saúde das grávidas e parturientes que recorriam a este serviço consoante o seu quadro clínico.

Procurei diagnosticar e monitorizar os desvios de adaptação à gravidez e promover a adaptação ao estado gravídico na mulher, e quando a situação não era de origem patológica, instruir e esclarecer a mulher sobre os desconfortos na gravidez.

Esforcei-me ainda por motivar a mulher a adoptar estilos de vida saudáveis, prestando informação, esclarecimento e aconselhamento, incentivando a mulher para o autocuidado e comportamentos de procura de saúde no sentido da auto-responsabilização.

A Educação para a Saúde (EpS) são cuidados que segundo Rodrigues *in* Carvalho e Carvalho (2006) devem ser entendidos numa lógica de parceria, valorizando o papel

activo da pessoa, o que é determinante, visto que a saúde de cada um depende do seu projecto de vida. “Educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas.” (Carvalho e Carvalho, 2006, p. 23)

A Associação de Parteiras Europeias (EMA) recomendou em 2009, no âmbito dos cuidados pré-natais, que se promovesse a optimização dos cuidados de saúde às grávidas e estilos de vida saudáveis, através do acesso aos cuidados especializados.

Assim, a prevenção e a promoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis na grávida, requer um corpo de conhecimentos técnicos e científicos que garantam a qualidade do exercício dos cuidados especializados no âmbito EpS.

Tanto mais que a EpS se afigura como uma intervenção indispensável na atenção à saúde da mulher grávida, sobretudo quando se trata de primigestas, ajudando-as a compreender as alterações fisiológicas do seu corpo, e aumentando o seu conhecimento e confiança no fenómeno normal da gravidez. Muitas mulheres não têm acesso aos cursos de PPN ou ao acompanhamento de EEESMO durante a gravidez. Tal facto constitui por si uma preocupação durante o atendimento à grávida no serviço de urgência, onde procurei incutir uma atitude positiva nas mulheres e capacitá-las a perseguir uma gravidez saudável.

No âmbito da assistência pré-natal, considero que os conhecimentos teóricos adquiridos em ensinamentos clínicos anteriores promoveram a compreensão, interpretação e a capacidade de responder adequadamente às necessidades identificadas nas mulheres que recorriam durante a gravidez à urgência obstétrica. Porém, a prática especializada baseada em competências técnicas durante o período pré-natal, foi gradual, acabando por adquirir segurança e experiência clínica durante o estágio.

A tomada de decisão para os cuidados especializados no âmbito da EpS não representou qualquer dificuldade. Com efeito, como enfermeira a exercer há vários anos a profissão nos cuidados primários, a identificação e intervenção no âmbito da promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença, perspectivando a melhoria da qualidade de vida, eram feitos de forma intuitiva. Segundo Benner (2001) a enfermeira perita tem uma enorme experiência e compreende de forma intuitiva cada situação sem se perder num leque vasto de soluções e diagnósticos estereotipados.

1.4.2. A Assistência Especializada durante o Trabalho de Parto

A assistência especializada à mulher durante o trabalho de parto foi exercida de acordo com o regulamento das competências específicas do EEESMOG⁶, com o compromisso de promover o conforto, a segurança e a qualidade dos cuidados especializados com respeito pela pessoa e sua individualidade e com especial atenção à multiculturalidade e diversidade de cada mulher/RN/família.

Portugal enfrenta hoje um fluxo imigratório mais numeroso, rápido e diversificado do que no passado, sendo o distrito de Setúbal o terceiro a nível nacional, com maior número de imigrantes⁷. Quase metade da população emigrante na Europa é constituída por mulheres em idade fértil (EMA, 2010).

Procurei no meu exercício especializado ir ao encontro da mulher, respeitar a sua singularidade, os valores e ideias dos diversos grupos culturais, e auscultar sobre a sua vivência da maternidade noutros países. Procurei obter ajuda de um “informante”, sempre que existia uma barreira linguística, sobre crenças e costumes, e tentei decodificar e esclarecer os medos e dúvidas da mulher, informando-a sobre a evolução do parto e os cuidados obstétricos durante o trabalho de parto, encorajando-a a procurar posturas que lhe proporcionassem conforto.

A construção das minhas competências especializadas no âmbito da assistência à mulher em trabalho de parto, foi progressiva, e a capacidade para a tomada de decisão foi gradual. Inicialmente tive necessidade, embora munida com conhecimentos teóricos adquiridos durante a formação teórica, no mais curto espaço de tempo, de apropriar-me de um conjunto de técnicas especializadas, que diziam respeito à vigilância e condução do trabalho de parto, porque não tinha tido a oportunidade de desenvolver as mesmas em outros estágios anteriores.

A aquisição destes novos “saberes” conduziu progressivamente ao desenvolvimento de outras competências especializadas, tais como determinar a progressão do trabalho de parto, avaliar o bem-estar materno e fetal, e conduzir o trabalho de parto. Posso dizer que através das experiências práticas vividas, foi emergindo uma mudança no meu comportamento, e fui adquirindo competências no domínio do “saber ser”, que me

⁶ Aprovado pela Assembleia Geral Extraordinária OE a 20.11.2010

⁷ Portal de estatística do SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras)

permitiram reconhecer, compreender, interpretar e responder adequadamente às situações clínicas que foram surgindo na assistência à mulher durante o trabalho de parto.

Ao longo do meu percurso formativo no bloco de partos fui confrontada com situações novas e invulgares, algumas delas geradoras de stress, que desafiavam as minhas competências especializadas recentemente adquiridas. Nessas alturas consultava a minha orientadora de estágio para responder apropriadamente às situações clínicas, sendo que as mais frequentes tornaram-se familiares, tal como a ocorrência de alterações da frequência cardíaca fetal durante a indução do trabalho de parto.

Com efeito, fui adquirindo segurança e autonomia na assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto, garantindo gradualmente cuidados especializados eficientes. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) citando Guy Le Boterf (2002), competência é saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta. Para Bastien (1997) a pessoa deve dominar com rapidez e segurança as situações mais comuns.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009) muitos autores definem “competência” como o saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de acção perante uma situação concreta.”

Progressivamente fui desenvolvendo um conjunto de saberes especializados no que respeita ao “saber fazer” e “saber ser”, integrando conhecimentos teóricos na prática na assistência à mulher em trabalho de parto. Com base nestas considerações, e de acordo com registo no Manual do Estudante, identifiquei, interpretei e prestei cuidados especializados.

Durante a minha assistência especializada à mulher em trabalho de parto, procurei potenciar as capacidades inatas da mulher, mostrando uma atitude positiva, transmitindo-lhe segurança e confiança nela própria. Procurei proporcionar apoio contínuo à mulher, promovendo o seu bem-estar e o conforto, incentivando o acompanhante a prestar apoio físico, recorrendo a técnicas de relaxamento, como a massagem. Tentei diminuir a angústia em relação ao trabalho de parto, e parto, esclarecendo a mulher/acompanhante sobre as suas dúvidas e receios, e informei e expliquei as minhas técnicas e procedimentos inerentes aos cuidados especializados.

Segundo Coutinho (2004), o acto de ajuda requer tempo e disponibilidade para o outro, tal como competência e a capacidade de escuta e de compreensão. Lazure caracteriza uma ajuda adequada por parte da enfermeira da seguinte forma:

“ (...) em primeiro lugar, saber acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver. Partindo deste ponto, o papel da enfermeira é oferecer ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitiam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar, para resolver o seu problema.” (1994, p. 13)

A forma como desenvolvemos a nossa prática especializada junto da mulher, isto é, como cuidamos das suas necessidades e do seu ambiente físico, pode promover ou inibir o processo fisiológico do nascimento, e influenciar a experiência que representa o nascimento. Assim, Sheila Kitzinger (1995) afirma que as mulheres não são apenas corpos grávidos; o corpo é parte de uma pessoa para quem o nascimento de um filho detém um significado emocional intenso. É preciso ajudá-las a compreender o parto e a apropriar-se dele, compreender a sua singularidade como uma expressão da sua própria personalidade.

Ao entender o nascimento como um momento único na vida de uma mulher e do seu filho, procurei, durante o terceiro estágio do trabalho de parto, acompanhá-la de forma efectiva, estando presente, oferecendo apoio e segurança, sem intervir nos primeiros momentos de encontro entre mãe e filho, cruciais na construção do vínculo afectivo.

Segundo Sarmiento e Setúbal (2003), após o parto a puérpera apresenta uma maior fragilidade emocional, o mesmo ocorrendo com o RN, o que permite à mãe ligar-se intensamente ao seu filho e adaptar-se a ele, atendendo às suas necessidades básicas.

Neste sentido, coloquei o RN sobre o peito da mãe, logo após a sua expulsão, promovendo o contacto precoce pele-a-pele entre a díade. Este contacto facilita a adaptação fisiológica do RN à vida extra-uterina e estimula o início da amamentação. Segundo Bergman a pele da mãe é o ambiente natural do bebé, é o lugar, físico e emocionalmente, mais saudável para a criança.⁸

⁸ Kangaro Mother Care: An interview with Dr Nils Berman

De acordo com Klaus e Kennell (1976) citado por Lowdermilk e Perry (2008) o fenómeno de vinculação é um período sensível nos primeiros minutos e horas após o nascimento. O processo desenvolve-se e é mantido pela proximidade e interacção entre pais-filho. O vínculo nasce com o toque. Nesse sentido procurei adoptar medidas de promoção à vinculação afectiva entre a tríade, encorajando os pais a tocar e a pegar na sua criança, proporcionando um ambiente facilitador ao desenvolvimento da relação entre pais-bebé.

Em síntese, procurei na minha prática dos cuidados especializados ir ao encontro da singularidade de cada mulher/casal, identificando as suas preocupações, angústias e expectativas em relação ao nascimento do seu filho, personalizando o parto, prestando apoio e proporcionando maior conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto, recorrendo aos meus conhecimentos teóricos e práticos especializados. Procurei respeitar e promover a sua individualidade e autonomia enquanto pessoa, informando-a sobre procedimentos e intervenções que lhe diziam respeito, e procurei potenciar as suas capacidades físicas e mentais. De acordo com Serrão e Nunes (1998) citado por Tereso (2005), procurei durante a prática dos cuidados especializados evidenciar o respeito pela dignidade da grávida, pessoa humana, promovendo a sua capacidade para pensar, decidir e agir.

Considero que o meu processo de aquisição de competências especializadas no âmbito da assistência à mulher durante o trabalho de parto foi gradual e consistente. Inicialmente a necessidade de desenvolver competências técnicas exclusivas à assistência da mulher em trabalho de parto e parto transmitiu-me um certo grau de insegurança. Contudo, com o decorrer das vinte semanas de ensino clínico, e com a orientação e o apoio da EEESMO Florbela Vaz, orientadora de estágio, esta etapa no âmbito da aquisição de competências foi ultrapassada. A experiência adquirida no campo de estágio permitiu-me ultrapassar as incertezas e fomentou a capacidade de estabelecer prioridades no âmbito da prática especializada, tornei-me confiante e eficaz no exercício dos cuidados especializados.

A experiência clínica incentivou-me à consolidação dos conhecimentos teóricos e estimulou a pesquisa bibliográfica, procurando compreender melhor a experiência que representa o parto na vida da mulher/RN, a sua fisiologia normal e as intervenções especializadas de enfermagem que promovem o parto normal. Julgo que o meu

percurso de aprendizagem permitiu-me, enquanto pessoa, reflectir sobre valores, atitudes e habilidades, construindo uma identidade profissional integrada na própria personalidade.

Compreendo que a experiência vivida no estágio clínico viabilizou a minha aprendizagem reflexiva “na, sobre e para a acção”. A elaboração dos meus diários de aprendizagem evidencia a aquisição gradual de competências especializadas na sala de partos e descreve a experiência vivida. A escrita reflexiva permitiu-me constatar a existência de um conjunto de recursos internos e externos, que eu progressivamente fui utilizando, de forma a poder gerir e responder à multiplicidade de contextos de saúde que iam surgindo durante a prática clínica. Mais, espelham a minha compreensão sobre o parto e nascimento, como um ritual de passagem único na vida da mulher e do seu filho, onde ela deve ser particularmente ajudada e incentivada a ser a protagonista.

1.4.3. A Assistência Especializada durante o Período Pós-Parto

Os cuidados especializados prestados durante este período compreendem a vigilância do bem-estar da mulher puérpera e do seu filho, assim como a detecção precoce de complicações. Segundo Graça (2005), as principais complicações que ocorrem neste período podem ser agrupadas da seguinte forma: hemorragias, infecções, fenómenos tromboembólicos e alterações psiquiátricas.

O puerpério é o período em que a mulher experimenta modificações fisiológicas e anatómicas, retomando as condições que a caracterizavam antes da gravidez. Durante este período também é confrontada com a adaptação à parentalidade e ao seu novo papel no seio da família. O puerpério é um período na vida da mulher em que ela vive, num curto espaço de tempo novas experiências, cruciais e repletas de desafios à sua capacidade de adaptação. A prestação de cuidados especializados torna-se imprescindível durante este período, para garantir a recuperação e bem-estar físico e psicológica, assim como o equilíbrio emocional, ajudando-a no período inicial da transição para uma parentalidade saudável.

A minha assistência à mulher/RN durante esta etapa foi exercida nas primeiras duas horas após o parto, período de especial de grande vulnerabilidade para a mulher e para

o RN. Prestei cuidados às puérperas/RN de partos eutócicos e distócios, vigiando os parâmetros fisiológicos que garantem uma adaptação em conformidade ao período puerperal/neonatal esperado, procurando identificar precocemente desvios à normalidade.

Com o objectivo de dar continuidade aos cuidados especializados iniciados na sala de partos, visitei as mulheres que tinha assistido durante o parto no internamento de puérperas. Com efeito, eram momentos muito especiais onde as mulheres se mostravam muito comunicativas, colocando-me questões que diziam respeito ao período puerperal, aleitamento materno e cuidados ao RN. Para assegurar cuidados de qualidade, perspectivando futuros ganhos em saúde para a mulher/RN procurei promover e apoiar o aleitamento materno durante este período, consoante o projecto individual de amamentação de cada mulher.

De acordo com Siqueira e Andriatti (2001), o primeiro objecto com o qual o bebé se relaciona é a mãe e o alimento que ela proporciona. A amamentação é uma extensão natural da gravidez e do nascimento, e uma experiência de ligação única entre mãe e filho (Lowdermilk e Perry, 2008). Porém, o estabelecimento e a duração do aleitamento materno podem ser influenciados de forma positiva ou negativa pelos acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, pós-parto imediato e estadia no hospital (Levy e Bertolo, 2007).

O acto de amamentar é um processo que requer um tempo de aprendizagem para a díade. Neste sentido esclareci, informei e incentivei a mãe para o aleitamento precoce e prestei-lhe apoio durante o acto. O apoio especializado ao aleitamento materno no puerpério imediato é fundamental para prevenir problemas ligados à pega inadequada do RN, evitando a formação de fissuras e gretas que poderá comprometer a amamentação e desmotivar a mãe para o mesmo, levando ao abandono precoce do aleitamento materno.

Procurei incutir confiança na mulher quando esta mostrava sinais de insegurança face às suas capacidades de amamentar o filho. Bergman (2004) chama a atenção para o facto de as mulheres de hoje perderam os seus instintos maternais porque herdaram comportamentos inadequados das suas mães. Para ele, elas precisam de apoio, a fim de redescobrir esses instintos.

O apoio na transição para a parentalidade é outra faceta dos cuidados especializados no pós-parto. O processo de assimilação e transição de papéis começa na gravidez, mas os acontecimentos ligados ao parto podem ter uma influência determinante nos sentimentos da mãe/pai em relação ao seu filho. O nascimento implica a perda do bebé idealizado e o aparecimento de um bebé real (Northrup, 2009). Nesse sentido, procurei oferecer momentos de intimidade entre a mulher/RN/pai, no sentido de se poderem conhecer e descobrir reciprocamente.

No contexto da prática dos cuidados especializados durante o período pós-parto, prestei cuidados imediatos ao RN e ao RN com dificuldade na adaptação à vida extra-uterina durante o seu período de transição. Após o nascimento, efectuei uma avaliação inicial ao RN utilizando a escala de Apgar e procedi a uma breve observação física excluindo alterações morfológicas e/ou fisiológicas e avaliei os reflexos primitivos. De seguida vigiei e promovi a sua adaptação fisiológica, tais como a respiração, a termorregulação e alimentação, encorajando a mãe para o contacto pele-a-pele e início precoce da amamentação, procurando reduzir o stress no RN vivido antes e após o nascimento, potenciando a sua adaptação ao ambiente extra-uterino.

Sempre que necessário prestei cuidados emergentes ao RN e referenciei as situações que estavam para além da minha actuação, cooperando com outros profissionais de saúde no tratamento do RN com problemas de saúde no período neo-natal.

Sempre que um RN era separado da sua mãe por necessidade de cuidados diferenciados no serviço de cuidados neonatais, preocupei-me em informar a mãe sobre os cuidados e o estado de saúde da sua criança, e prestei-lhe apoio emocional.

De acordo com Sarmiento e Setúbal (2003), o nascimento de um bebé prematuro é sempre fonte de inquietação, dúvidas, recriminações e sensação de culpa, para toda a família. A mãe fica também com uma sensação de insegurança, frustração e medo. A fragilidade do bebé é motivo de preocupação, e os meios necessários à sua recuperação são vistos como causadores de sofrimento da criança, o que aumenta a ansiedade nos pais/família.

De acordo com Soares (2008) citando Nelson (2003), sempre que a mãe necessita de se separar precocemente do filho, o enfermeiro deve facilitar a transição maternal

através da sua sensibilidade face à insegurança materna, encorajando o compromisso e a ligação materna.

Os cuidados de enfermagem especializados, segundo Costa (2002), citado por Serrano (2008, p. 29) “são um processo de construção, no qual a implicação pessoal sugere, para além do acto de cuidar, uma reflexão sobre o seu fundamento, legitimidade, consequências e dimensões éticas.”

Como EEESMO, deverei ser capaz de identificar as necessidades da puérpera/família, de modo a desenvolver cuidados que se revelem mais adequadas face à situação clínica com que nos deparamos. Neste sentido Hesbeen lembra Alain Etchegoyen, que diz:

“ (...) os profissionais - todos eles - podem sempre interrogar-se sobre a questão estóica: o que depende e o que não depende de nós? Uma resposta sincera a esta questão oferece grandes hipóteses de cuidados de melhor qualidade...” (2001, p. 75)

Com efeito, exercendo funções nos cuidados primários, entendo que os cuidados especializados durante o pós-parto devem ser exercidos de acordo com as necessidades sentidas por cada mulher/família. No âmbito do compromisso assistencial da UCC (Unidade Cuidados na Comunidade), o enfermeiro especialista assegura uma resposta diferenciada às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco e dependência, em complementaridade com as outras unidades funcionais (Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril). Assim sendo, o enfermeiro especialista poderá desenvolver projectos que visem acompanhar as puérperas/famílias com RN internados, na transição para a parentalidade.

Os cuidados especializados à mulher durante o período pós-parto foram realizados de forma segura, e a tomada de decisão para os mesmos não apresentou dificuldades. Os conhecimentos teóricos e as experiências práticas adquiridas em estágios clínicos anteriores, experiência profissional nos cuidados primários e formações anteriores no âmbito do aleitamento materno, muniram-me de competências que permitiram um exercício autónomo e seguro. Entendo que a minha assistência à mulher/acompanhante e RN neste período foi realizada com profissionalismo e competência elevada.

1.5. O Serviço de Neonatologia

No âmbito do meu percurso formativo, estagiei durante uma semana no serviço de Neonatologia do CHBM, EPE, hospital de apoio perinatal, integrado na rede de referência materno-infantil. Esta experiência foi marcante, oferecendo a oportunidade de conhecer a dinâmica funcional e organizacional de um serviço de cuidados intermédios ao RN, e o modo como a equipa de enfermagem promove o processo de transição e adaptação à parentalidade, promovendo cuidados em parceira e assegurando cuidados diferenciados à criança.

Tive a oportunidade de acompanhar alguns pais a estabelecer o primeiro contacto físico com os filhos, assumindo posteriormente, de forma gradual, os cuidados ao RN, tais como a alimentação e higiene. Apoiei os pais a vivenciar o primeiro contacto físico com o seu filho prematuro, prestando apoio emocional e encorajando e motivando os mesmos a prestar cuidados ao seu filho. Estas experiências deram-me oportunidade de reflectir sobre a vulnerabilidade, os receios e inseguranças que estes pais enfrentam durante a transição para a parentalidade. Com efeito, os pais, durante a gravidez, imaginam o seu filho e depois do nascimento através do toque e interacção, realizando um processo de reconhecimento, o bebé imaginário é gradualmente ajustado ao bebé real (Lowdermilk e Perry, 2008).

Segundo Soares (2008), a vulnerabilidade dos pais no que toca aos seus filhos, advém do facto de não saberem como agir perante uma situação nunca antes vivenciada; perante o desconhecimento em lidar com um novo acontecimento, sentem-se inseguros e incapazes de fazer face à nova situação.

Preocupei-me em aprofundar a questão da parentalidade em pais com RN's prematuros, realizando uma pesquisa bibliográfica, identificando-a como um campo potencial de intervenção para o EEESMO.

Neste sentido, penso que seja proveitoso desenvolver projectos de saúde que mobilizem as competências específicas do EEESMO em parceira com o EEESIP, de forma a preparar e acompanhar os pais de RN prematuros, vigiando o bem-estar da criança e prestando apoio aos pais nas primeiras semanas, no regresso a casa. O EEESMO poderá, durante o período pré-natal, realizar sessões de educação para a saúde, específicas para mulheres com gravidezes de risco, preparando-as para as

tarefas parentais, para um RN prematuro, e organizar visitas ao serviço de Neonatologia com o objectivo de as familiarizar com os ambientes em que o seu filho poderá vir a estar internado e onde será assistido.

2. A AQUISIÇÃO DE UMA COMPETÊNCIA ADICIONAL - PROMOVER A LIBERDADE DE MOVIMENTOS E POSTURAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

*“Parir é um acto de amor
que requer intimidade e liberdade de movimentos”*

CASTILLO, Isabel Fernández

A assistência ao parto normal nas instituições é centrada na prevenção da morbimortalidade materna e perinatal e assenta num conjunto de procedimentos clínicos que não valorizam as capacidades inatas da mulher durante o trabalho de parto. Neste sentido, procurei desenvolver durante o estágio, uma competência especializada adicional que me permitisse promover a liberdade de movimentos e posições da mulher em trabalho de parto, fomentando o parto activo, dando poder à mulher para que ela possa controlar e conduzir o corpo durante o trabalho de parto seguindo uma lógica da natureza.

Este capítulo faz o enquadramento da problemática da assistência à mulher em trabalho de parto de baixo risco, na nossa sociedade, e apresenta uma revisão sistematizada da literatura científica actual no que concerne à liberdade de posturas e mobilidade. De seguida são apresentadas as actividades desenvolvidas e inerentes à aquisição da competência adicional, e apresentados os respectivos constrangimentos.

2.1 Enquadramento da Problemática

Em 1989 foi constituída em Portugal a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI), com a finalidade de garantir a segurança e a qualidade no parto e no

nascimento. Foi elaborado o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), que introduziu reformas estruturais (Instalações, Recursos Humanos e Equipamentos) e estabeleceu um programa de formação de recursos humanos e uma distribuição racional dos equipamentos, combatendo assimetrias e concentrando os partos em locais que garantissem imediatamente qualidade e segurança.⁹

Desde então o parto é realizado em meio hospitalar, onde é possível garantir uma estrutura que dispõe de condições mínimas, e uma equipa perinatal, capaz de assegurar a qualidade e a segurança no nascimento e no parto (CNSMN, 2006). Esta assistência permitiu a melhoria dos resultados perinatais nacionais, diminuindo a taxa de mortalidade e morbidade materno-infantil no nosso país.¹⁰

A institucionalização do parto e a invasão da tecnologia na assistência perinatal procurou aprimorar as técnicas para iniciar, monitorizar e conduzir o processo fisiológico do trabalho de parto. Condutas e procedimentos que têm por finalidade promover um nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal resultam muitas vezes no aumento da incidência de partos distócicos.

Actualmente assistimos à transformação de um evento fisiológico normal num procedimento biomédico, o que implica o **restringimento do espaço e a liberdade das mulheres** para vivenciar com toda a singularidade o nascimento do seu filho. Uma frase frequentemente citada por Obstetras, "só é possível dizer que um parto é normal, retrospectivamente", fez com que obstetras em muitos países concluíssem que a assistência durante o parto normal deveria ser similar à assistência ao parto de risco (OMS 1996).

Sheila Kitzinger (1996) lembra-nos que o parto é um acto social baseado numa prática cultural. Os processos fisiológicos do nascimento são muitas vezes ignorados, e são frequentemente modificados pelo meio cultural, de tal forma que conduz a desfechos inadequados. Isto acontece tanto nas sociedades simples como nas evoluídas, mas quanto mais controlado for o parto por especialistas, maior será a probabilidade de que o comportamento da mãe seja afectado por factores externos e não por factores provenientes do seu corpo.

⁹ Hierarquizando os hospitais em Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD)

¹⁰ OPSS, 2006 - A taxa de mortalidade infantil desceu de 10.9 por cada mil nascimentos para 3.8 em 2004 (p.48).

A nossa cultura acredita na superioridade da tecnologia sobre a sabedoria do corpo, e as práticas do parto hospitalar confirmam essa apetência pela tecnologia, em detrimento dos processos fisiológicos do parto. Os procedimentos hospitalares estão implementados como se o parto normal constituísse um risco constante. A prática da medicina cria o medo do parto vaginal, tanto assim que as mulheres aprenderam colectivamente, embora não necessariamente de forma consciente, a temer a experiência do parto (Northrup, 2009).

Segundo Michel Odent (2005) é preciso redescobrir o nascimento. Devemos compreender as necessidades básicas e prezar as capacidades inatas da mulher em trabalho de parto, deixando-a reencontrar os seus instintos naturais como mamífero¹¹, promovendo durante este período a sua segurança, e respeitar a sua privacidade. Quanto mais simples, mais eficaz será o parto.

Em 1985 a OMS publicou um artigo na revista "The Lancet" fazendo recomendações sobre as tecnologias adequadas para o nascimento e parto normal. Posteriormente publicou, em 1996, um guia de atenção ao parto normal baseado na evidência científica da altura. Este documento traduz as evidências pró e contra de algumas práticas mais comuns na assistência ao parto normal, classificando-as em quatro categorias. Assim, podemos ler que durante a primeira fase do trabalho de parto deve ser promovida a liberdade de movimentos e as posturas verticalizadas, como estar sentada, em pé, ou deambular. A mulher deve poder assumir qualquer posição que deseje e que lhe seja confortável.

Actualmente, procura-se implementar um novo modelo na assistência ao parto normal, que valorize o papel da mulher enquanto pessoa, detentora de capacidades inatas para o evento natural, o seu próprio parto. A função da equipa de saúde é permanecer ao seu lado, encorajá-la e ajudá-la nas pequenas tarefas que ela não pode desempenhar, e estar atenta a complicações que possam surgir, procurando diminuir as intervenções clínicas ao máximo, de acordo os princípios orientadores da OMS de 1996, nomeados no guia de atenção ao parto normal, "Care in Normal Birth: a practical guide."

¹¹ Michel Odent defende que o parto deve ser "mamiferizado". A dimensão cultural é vista como um problema e a qual deveríamos abandonar por estimular o neocórtex e perturbar os processos fisiológicos do nascimento.

Nos últimos anos vários países e associações profissionais procuraram definir estratégias e implementar intervenções que promovam o conceito do parto normal e a humanização dos serviços de saúde.

No Reino Unido, a Royal College of Midwives (RCM) lançou em 2005 uma campanha de promoção do parto normal junto dos seus profissionais e comunidade -“Campaign for normal Birth”. O National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) publicou em 2007 um guia com orientações clínicas para os cuidados intraparto, dando primazia aos cuidados não interventivos, alertando para a importância da liberdade de movimentos e posições durante o trabalho de parto e parto.

Em Espanha, o Ministério de Saúde, com a participação da FAME¹² e SEGO¹³ entre outras associações, aprovou em 2007 e publicou em 2008 um documento orientador, “*Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*” para todo o território espanhol cujo objectivo foi humanizar e otimizar a assistência ao parto, eliminando intervenções desnecessárias, seguindo as recomendações da OMS. Com base neste documento, as comunidades autónomas têm vindo a desenvolver os seus próprios planos estratégicos de apoio ao parto normal, promovendo a liberdade de movimentos e posturas na mulher durante o trabalho de parto e parto.

A ICM - Região Europeia do Sul emitiu em Maio 2008 linhas estratégicas para promover o parto normal, “Statement 6.1.d - Keeping the birth Normal”, alertando para alguns factores que influenciam o parto normal e que são o desconhecimento e a falta de informação que as mulheres têm sobre ele, a falta de confiança nos seus corpos e nos processos fisiológicos do mesmo. Outro factor contraproducente é o facto de muitas parturientas serem formadas em meio hospital, onde a conduta de assistência à mulher é baseada na tecnologia, podendo não ter a segurança necessária para assegurar e incentivar o processo natural do parto trabalho de parto e parto, tal como promover a liberdade de movimentos e posturas.

¹² A Federação de Associações de Matronas Espanholas (FAME), tem vindo a trabalhar na “Iniciativa Parto Normal”, que tem por objectivo sensibilizar e fortalecer as parturientas nas suas competências para assistir ao parto normal.

¹³ Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia (SEGO)

Em Portugal nasceu em 2009 o projecto “*Pelo Direito ao Parto Normal: Uma Visão Partilhada*”.¹⁴ Este projecto teve como finalidade construir um consenso sobre os conceitos, princípios e práticas promotoras do parto normal entre os grupos profissionais directamente envolvidos na assistência à mulher, visando o exercício da cidadania. Este consenso nacional deve servir de base à construção de um plano nacional de estratégia para a humanização do nascimento em Portugal, fomentando práticas que promovam o processo fisiológico do parto na mulher com gravidez de baixo risco, tais como apoiá-la a ter liberdade de movimentos e posições durante o trabalho de parto e parto.

Segundo “*The Philosophy and Model of Midwifery Care*” do ICM, a prática da parteira deve **promover e defender a não intervenção no parto normal**, sendo implícito a promoção da liberdade de movimentos de posturas durante o trabalho de parto e parto, promovendo e protegendo o bem-estar das mulheres/crianças. Ela proporciona às mulheres informações e conselhos apropriados para promover e facilitar a sua participação nas próprias decisões sobre a assistência ao parto, e procura aumentar a sua confiança para lidar com o parto normal, usando a tecnologia de forma adequada e recorrendo ao encaminhamento para o médico sempre que surgem complicações.

Assim, o EEESMO assume no seu exercício profissional: **intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco**, entendidas como aquelas que envolvem processos fisiológicos e normais no ciclo da vida da mulher e descritas na LEI n.º 9/2009, de 4 de Março no art. 39º; e **intervenções interdependentes em todas as outras situações de médio e alto risco**, que possam ocorrer ao longo do ciclo reprodutivo da mulher.

O desempenho desta prática avançada acarreta a responsabilidade de procurar continuamente um modelo de atenção ao parto que vá ao encontro das exigências internacionais da OMS e do ICM, abandonando o modelo intervencionista de assistência obstétrica existente em Portugal, promovendo cuidados seguros centrados nas necessidades da mulher, como a liberdade de movimentos e posturas da mulher em trabalho de parto, e minimizando o impacto negativo que possa ser provocado durante o processo de assistência ao parto.

¹⁴ Com o apoio do Ministério da Saúde, Ordem dos Enfermeiros (Comissão de Especialidade em Enfermagem em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica), Ordem dos Médicos (Colégio da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia), APEO e outras associações.

Passaram 15 anos sobre a publicação do guia de assistência da OMS “Care in Normal Birth: a practical guide”, que estabeleceu algumas normas de boas práticas para a conduta do trabalho de parto sem complicações, com a finalidade de promover o processo fisiológico do parto normal, melhorando a assistência obstétrica e tornando-a mais segura, e algumas das recomendações continuam a ser alvo de investigação, tais como **a liberdade de posturas e a mobilidade**.

A prática dos cuidados especializados de enfermagem engloba uma grande variedade de intervenções durante o acompanhamento da mulher em trabalho de parto. O processo que sustenta a tomada de decisão para os cuidados, deve ser baseado na evidência científica da actualidade, face ao compromisso ético e legal que o enfermeiro especialista tem para com a mulher/família, e com a preocupação de promover o conforto durante o trabalho de parto.

A apresentação da revisão da literatura, que se segue, procura essencialmente compreender se as recomendações da OMS de 1996 sobre as parturientes a ser estimuladas a adoptar posições verticalizadas durante a primeira fase do trabalho de parto, correspondem à evidência da actualidade.

Procuro igualmente justificar o desenvolvimento desta competência especializada, implementando procedimentos que traduzem uma prática avançada, através da incorporação da evidência científica da actualidade, no âmbito dos cuidados especializados à mulher em trabalho de parto.

2.2. Revisão Sistematizada da Literatura

A revisão da literatura procura em síntese responder à seguinte questão fulcral no estudo que me propus realizar:

❧ “Quais são os efeitos da liberdade de movimentos durante a primeira fase do trabalho de parto?”

2.2.1. Estratégia de Pesquisa

Foram consultadas as seguintes **bases de dados electrónicas**: CINAHL Plus with Full Text, Medline with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Cochrane Database of Systematic Reviews.

Os estudos, consultados durante o mês de Abril de 2011, foram publicados entre 2005 e 2011, em língua inglesa, espanhola e portuguesa.

As **palavras-chave** que limitaram e definiram a procura desses artigos foram:

- ↳ **Inglês**: Humanizing Delivery; Labor, Obstetric; Movement; Obstetrical Nursing.
- ↳ **Espanhol**: Parto Humanizado; Trabajo de Parto; Movimiento; Enfermería Obstétrica.
- ↳ **Português**: Parto Humanizado; Trabalho de Parto; Movimento; Enfermagem Obstétrica.

2.2.2. Critérios de Selecção dos Artigos

A selecção final dos artigos consultados foi feita segundo o método PI[C]OD (Participantes, Intervenções, Outcomes e Desenho), recorrendo a critérios inclusivos e exclusivos, previamente definidos.

Foram incluídos neste estudo artigos que contemplassem como participantes **(P)**, mulheres na primeira fase do trabalho de parto, e excluídos todos aqueles onde não fosse possível identificar os sujeitos definidos nos critérios de inclusão.

Em termos de intervenção **(I)** foram seleccionados apenas os artigos que referissem qualquer intervenção no âmbito da deambulação e/ou manutenção de posições verticalizadas durante a primeira fase do trabalho de parto, e rejeitados os outros.

No que concerne aos resultados **(O)** seleccionei os artigos que referissem qualquer processo ou alteração ao nível da percepção da mulher, no que respeita à dor e ao conforto, ou referentes à evolução do trabalho de parto, tendo rejeitado todos os outros.

Quanto ao desenho **(D)**, optei por incluir todos os artigos científicos encontrados sem limitação de paradigma, rejeitando os que não apresentavam trabalho empírico.

Com base nestes critérios, seleccionei inicialmente 15 artigos, dos quais foram rejeitados 8 pelo título e por repetição do tema em várias bases de dados, 2 pelo

resumo, e 1 pelos critérios de inclusão/exclusão. Foram assim incluídos 4 artigos que se encontram resumidos na Tabela 1.

Tabela 1- Estudos incluídos na revisão sistematizada da literatura

Autor e Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Participantes	Intervenção	Medidas de resultado	Resultados
BIO, BITTAR, ZUGAIB (2006)	RCT (Randomized controlled trial) (2003-05)	Nulíparas entre 15-37 anos (N=50 + 50)	As mulheres eram incentivadas por fisioterapeutas a manter-se na posição vertical e a deambular durante o trabalho de parto.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duração do TP; ▪ Grau de satisfação / dor da parturiente. 	A posição vertical reduziu o tempo de TP (<3h), auxiliou no alívio da dor e melhorou o conforto e satisfação das parturientes.
SOUZA et al. (2006)	Revisão sistemática da literatura com Metanálise	9 Estudos (1978 a 2006)	O efeito da mobilidade e das posições verticais nas parturientes na 1ª fase do TP.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duração do trabalho de parto; ▪ Tipo de parto; ▪ Uso de analgésicos; ▪ IA do RN; ▪ Grau de satisfação/dor da parturiente. 	Redução do tempo na 1ª fase do TP bem como outras vantagens; contudo pela inconsistência dos estudos não é possível uma recomendação generalizada.
MIQUELUTTI et al. (2009)	RCT (Randomized controlled trial)	Nulíparas (N= 107) em trabalho de parto com apresentação cefálica e 3-5 cm de dilatação cervical	Incentivou-se as mulheres a manter-se em posição vertical e a deambular.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor; ▪ Grau de satisfação com a posição. 	A posição vertical auxiliou no alívio da dor e melhorou o conforto e satisfação das parturientes (p = 0.02 e p=0.03)
LAWRENCE et al. (2009)	Revisão sistemática da literatura	21 Estudos (num total de 3706 mulheres na 1ª fase do trabalho de	O efeito da mobilidade e das posições verticais nas parturientes na 1ª fase do	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duração do trabalho de parto; ▪ Tipo de Parto; ▪ Grau de satisfação/dor da 	Redução do tempo na 1ª fase do TP (<1 h) e auxílio no alívio da dor (menos

		parto)	trabalho de parto.	parturiente.	analgésicos); Não se registaram dados relativos ao grau de satisfação da mãe, ou ao bem-estar desta e do recém-nascido.
--	--	--------	--------------------	--------------	--

2.2.3. Análise dos Resultados Obtidos

O estudo de carácter quantitativo de **Bio, Bittar e Zugaib (2006)** investigou a influência da mobilidade, com intervenções realizadas por um fisioterapeuta, na primeira fase do trabalho de parto. As parturientes seleccionadas encontravam-se na fase activa do TP, isto é, com 4 cm de dilatação cervical e uma actividade uterina regular. Tiveram durante todo o trabalho de parto o acompanhamento de um fisioterapeuta que as ajudou na manutenção de posturas verticalizadas, na mobilidade pélvica e no relaxamento até á dilatação completa. É exemplo a fase de insinuação do pólo cefálico, em que as parturientes recebiam orientações específicas no sentido de ampliar os diâmetros do estreito superior da bacia. Neste estudo, a média da duração da fase activa para as mulheres que foram orientadas por um fisioterapeuta foi de 5 horas e 16 minutos, enquanto no grupo de controlo foi de 8 horas e 28 minutos. No grupo acompanhado, nenhuma parturiente recorreu a analgésicos durante a fase activa, contra 62% do grupo de controlo. Os investigadores concluíram que a mobilidade adequada influencia de forma positiva o trabalho de parto, aumentando a tolerância à dor, evitando o uso de fármacos, melhorando a evolução e diminuindo o tempo da fase activa.

Souza, et al publicaram em 2006 as conclusões de uma revisão sistemática de literatura com metanálise, de 9 estudos, avaliando o efeito das posições das parturientes na primeira fase do trabalho de parto. Pretendiam validar se o facto de se encorajar as parturientes a adoptar a posição vertical e a mobilidade reduzia o tempo da primeira fase do trabalho de parto.

Foram avaliadas as seguintes especificidades: tempo do trabalho de parto; tipo de parto; uso de analgésicos; IA do RN e grau de satisfação e conforto da mãe.

Os estudos revelaram uma diminuição na duração da primeira fase do trabalho de parto, bem como vantagens noutras especificidades, mas a inconsistência dos estudos não permite uma recomendação generalizada.

O ensaio clínico controlado de **Miquelutti et al** (2009), com 107 nulíparas, avaliou o efeito da posição vertical durante a fase de dilatação do trabalho de parto, na dor e satisfação com a posição. Concluiu-se que a posição vertical auxiliou no alívio da dor e melhorou o conforto e satisfação das parturientes.

Lawrence et al (2009) vem consolidar, com a sua revisão sistemática de literatura de 21 estudos da Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, sobre as posições e mobilidade da parturiente na primeira fase do trabalho de parto, que há evidência científica de que a deambulação e manutenção de posições verticais reduzem em hora e meia, em média, o tempo de dilatação, e que as mulheres procuram menos a analgesia epidural. Da mesma forma Lawrence et al (2009) procuraram no seu estudo analisar outras questões, tais como o tipo de parto, estimulação do trabalho de parto com ocitocina, dor e satisfação materna, mas os resultados foram inconclusivos face à inconsistência dos vários estudos analisados nessas especificidades.

Concluiu-se nesta revisão sistemática da literatura que as parturientes devem ser encorajadas a tomar qualquer posição que lhes seja confortável durante o primeiro período do trabalho de parto.

Os quatro estudos aqui apresentados, dos quais dois são revisões sistemáticas, um deles com metanálise, concluíram que a manutenção da liberdade de movimentos não tem efeitos negativos para a parturiente. Mais, revelaram uma diminuição na duração da primeira fase do trabalho de parto, e uma menor necessidade de analgésicos para as mulheres durante este período. Este facto leva a crer que a dor é menor, ou menos apercebida pelas mulheres que podem deambular e manter posições verticalizadas. Subentende-se também que a dinâmica uterina é mais eficaz nas posições verticalizadas pelo encurtamento da duração do trabalho de parto.

Quero chamar a atenção para a importância do acompanhamento e orientação contínua de que as mulheres foram alvo no estudo de Bio, Bittar e Zugaib (2006), o que poderá ter sido um factor relevante para a diminuição significativa (>3 horas) da duração do trabalho de parto em nulíparas.

Assim, comparando com as recomendações da OMS de 1996 sobre assistência durante a primeira fase do trabalho de parto, concluo que a evidência da altura não perdeu actualidade e que as parturientes devem ter a liberdade de deambular e adoptar posições verticalizadas durante o trabalho de parto, que lhes proporcionem algum conforto. Sabe-se contudo que a mudança de posição é frequente, durante o trabalho de parto, uma vez que nenhuma delas é confortável durante muito tempo para a mulher.

2.3. Actividades Desenvolvidas para Adquirir um Competência Adicional

As actividades que foram desenvolvidas e de seguida descritas para adquirir uma competência adicional, tiveram como preocupação promover a autonomia e a participação activa da mulher, através da liberdade de movimentos e posições, durante o 1º estágio do trabalho de parto. Procurei capacitar a mulher a chamar a si o protagonismo do seu parto, enquanto função natural do corpo feminino, de forma a aumentar o seu conforto e bem-estar físico e emocional durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

Schulling e Sampsel (1999) exploram no seu artigo “Comfort in Labor and Midwifery Art” o fenómeno do conforto no contexto do parto. Durante o trabalho de parto a mulher experimenta uma panóplia de emoções e sentimentos que muitas vezes surgem já durante a gravidez, e lhes incutem dúvidas e ansiedades, encontrando-se durante este período numa situação de grande vulnerabilidade.

A dor e o stress originados pelo trabalho de parto em si, e o facto de se encontrar num local estranho, rodeada por profissionais desconhecidos, são factores que multiplicam o seu desconforto físico e emocional.

Segundo Lowe (1996) citado por Schulling e Sampsel (1999) a experiência da dor durante o trabalho de parto não é um simples reflexo dos processos fisiológicos do parto. Em vez disso, é o resultado de uma interacção complexa e subjectiva de múltiplos factores fisiológicos e psicossociais da interpretação individual que cada mulher faz dos estímulos associados ao trabalho de parto.

Estas autoras concluíram que a promoção do conforto deve ser uma grande prioridade para todos os profissionais que cuidam de parturientes, em particular para as enfermeiras especialistas. Aumentar o conforto recorrendo a técnicas complementares não farmacológicas para o alívio da dor, e prestar apoio contínuo aumentando e promovendo a auto-confiança, pode redefinir a compreensão sobre a dor de parto e levar a uma diminuição da necessidade de intervenções médicas e à redução de custos na saúde.

Com efeito, e de acordo com a revisão sistematizada a literatura aqui apresentada, a promoção da liberdade de movimentos e posições durante o primeiro estágio do trabalho de parto aumenta o conforto na mulher durante este período. A dor é menor, ou menos apercebida pelas mulheres, que podem deambular e manter posições verticalizadas, e a dinâmica uterina é mais eficaz nestas posições, causando uma diminuição da duração do tempo do trabalho de parto.

2.3.1. No domínio da Gestão dos Cuidados

A liberdade de movimentos e posturas pode ser uma forma de aumentar o conforto da mulher e diminuir a duração do trabalho de parto. No âmbito da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista possui um perfil de competências técnicas e científicas que o habilitam a tomar decisões sobre intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, tais como incentivar a mulher a adoptar posições verticalizadas durante a primeira fase do trabalho de parto.

Nesse sentido procurei, enquanto acompanhava as mulheres em trabalho de parto, promover a sua participação activa, informá-las, explicar-lhes e incentivá-las a mover-se e tomar posições favoráveis, de modo a diminuir o desconforto/dor, e instruía e motivava o acompanhante a auxiliá-la nas mobilizações e posicionamentos.

Os movimentos aconselhados eram andar, balançar-se em pé, sentada numa cadeira ou com a bola de Pilates, pôr-se de gatas, em suma, procurar todas as posições que pudessem produzir conforto. Sempre que necessário exemplificava algumas posições. Foi assim que surgiu a ideia de produzir um instrumento didáctico que sistematizasse a informação e apelasse à participação activa das mulheres /acompanhante durante o trabalho de parto.

Elaborei assim um **álbum seriado de uso colectivo para a sala de partos do CHBM, EPE** (apêndice III). Este recurso didáctico fornece informação ilustrada à mulher/acompanhante sobre a fisiologia do trabalho de parto, a dor, vantagens da mobilidade para mãe/criança e sugere várias posições verticais que a mulher pode adoptar enquanto está em trabalho de parto.

Este instrumento foi apresentado à equipa de enfermagem numa reunião formal, sendo considerado uma mais-valia para a prática dos cuidados especializados, recebendo muitos elogios pela forma e pelo conteúdo. Aguarda-se a aprovação para a sua utilização na sala de partos pelo Conselho de Administração do CHBM, EPE, tendo já solicitado o seu registo no IGAC.

Na minha prática especializada procurei motivar a mulher para a liberdade de movimentos, contudo preocupei-me em respeitar a sua vontade quando esta não estava interessada ou simplesmente cansada. De acordo com Odent (2005) não se deve forçar a mulher a levantar-se se esta não sentir essa necessidade. Se a mulher estiver cansada, significa que a sua taxa de adrenalina é baixa e portanto as contracções serão eficazes, não havendo necessidade de deambular.

Contudo, quando as mulheres estavam bastante queixosas e não estavam capacitadas para compreender e seguir as minhas orientações, respeitei o seu estado emocional e procurei prestar conforto recorrendo a outras estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor, tais como a massagem e a contrapressão da região sagrada (Lowdermilk e Perry, 2008).

2.3.2. No domínio da Gestão da Qualidade

No âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem e da promoção do direito ao parto normal, planeei e executei uma acção de formação dirigida à equipa de enfermagem, sobre a temática da liberdade de movimentos durante o trabalho de parto.

O objectivo geral desta acção de formação foi comunicar a evidência científica da actualidade no âmbito da liberdade de movimentos e posturas da mulher em trabalho de parto. Os objectivos específicos foram contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher/casal em trabalho de parto no Bloco de Partos do CHBM,

EPE, e apresentar a revisão sistemática da literatura que sustenta este modelo de assistência à mulher/casal e que sustentou o desenvolvimento desta competência.

Inicialmente planeei elaborar uma norma sobre a liberdade de movimentos e posturas para o serviço, que não concretizei, porque a sua elaboração foi um dos objectivos formativos de uma EEESMO do bloco de partos que se encontrava a frequentar o curso de complemento de formação em enfermagem. Realizou-se uma acção de formação conjunta, que foi levada a cabo no dia 25.05.2011, tendo a EEESMO Deolinda Major apresentado a norma, e eu a revisão sistemática de literatura, que sustentava teoricamente a mesma.

A apreciação global da apresentação por parte da assistência foi positiva, e durante a acção de formação foram trocadas opiniões, e discutidos os vários temas, tendo a assistência sido muito participativa na discussão. Sugerida ainda a publicação de um artigo científico com a revisão sistematizada da literatura apresentada.

2.3.3. No domínio das Aprendizagens Profissionais

O desenvolvimento do conhecimento prático, no âmbito da promoção da liberdade de movimentos e posturas da mulher durante o trabalho de parto, foi suportado por padrões de conhecimento baseados na evidência científica da actualidade, e neste sentido realizei as seguintes actividades:

- Efectuei uma vasta pesquisa bibliográfica em bases de dados electrónicas e literatura da actualidade, aprofundando os meus conhecimentos teóricos sobre esta temática e assisti a uma conferência de Michel Odent em 17 de Fevereiro de 2011, na MAC, sobre o parto natural.
- Actuei como formadora, concebendo, planeando, organizando e executando uma acção de formação em serviço para a equipa de enfermagem da sala de partos, após ter identificado a sua necessidade formativa na área da evidência científica da actualidade, no que concerne à promoção da liberdade de movimentos e posturas da mulher em trabalho de parto. Contribuí dessa forma para a divulgação e incentivei o desenvolvimento de uma prática clínica que dê resposta à evidência clínica da actualidade.

- Actuei como formadora, concebendo, planeando, organizando e executando duas sessões de educação para a saúde, dirigidas às grávidas/acompanhantes que frequentaram o curso de preparação para o nascimento no CHBM, EPE e na UCSP da Moita. Visando a promoção do papel activo da mulher durante o seu parto, procurei informá-la, durante o período pré-natal, sobre a liberdade de movimentos e posições.
- Elaborei um álbum seriado para a sala de partos realizando uma pesquisa e recorrendo as tecnologias de informação e comunicação.
- Elaborei um folheto informativo para complementar a sessão de educação para a saúde para possibilitar a mulher/acompanhante rever e treinar as posições em casa.

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008, p. 295), “sempre que as mulheres estão bem preparadas e apoiadas, o nascimento de um filho representa uma oportunidade única e intensa para encontrarem a sua força interior, de modo a modificarem para sempre a sua auto-percepção.”

A receptividade às sessões de educação para a saúde foi enorme, e a interacção com as mulheres/acompanhantes foi pessoalmente gratificante. Os formandos mostraram grande receptividade e interesse na temática apresentada. Todos os participantes valorizaram bastante a forma e o conteúdo das sessões, que classificaram de excelente e consideraram muito útil.

Constatei que esta temática não faz parte do programa do curso de preparação para o nascimento em qualquer uma das instituições, e como se revelou de grande interesse para os formandos, disponibilizei-me para colaborar no que fosse necessário com as equipas responsáveis, podendo futuramente esta temática ser integrada nos cursos de preparação para o nascimento.

Como futuro EEESMO do ACES Arco Ribeirinho, a liberdade de movimentos e posturas durante o trabalho de parto será uma temática a incluir nas sessões de EpS durante as consultas de vigilância pré-natal e no programa do curso de preparação para o parto, que está previsto para UCC do Barreiro, sob a minha responsabilidade.

2.3.4. No domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O respeito pelo outro é um princípio ético basilar nos cuidados de saúde. Cada pessoa é única, livre e autónoma, detentora de direitos e de uma dignidade absoluta. O respeito pelo outro, significa reconhecer os seus direitos ao exercício livre. Estes princípios da liberdade e dignidade humana invocam a faculdade que a pessoa possui enquanto ser racional, em agir autonomamente. Porém, a sua liberdade de agir liga-se também à responsabilidade pelas decisões e acções que ela escolhe voluntariamente realizar, e a aceitação das consequências ligadas às suas decisões.

Neste sentido e de acordo com o artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro e o modelo bioético, que invoca o “respeito pela autonomia” e “autodeterminação”, procurei, durante a minha assistência à mulher na sala de partos, informá-la e esclarecê-la sobre os cuidados especializados, bem como sobre os recursos ao seu dispor, validando a informação e respeitando o seu direito ao consentimento informado.

Nesse sentido, pedia o seu consentimento para as intervenções que incidiam sobre ela, procurando cuidados alternativos sempre que possível. Como membro de uma equipa multidisciplinar, assegurava que a mulher na iminência de um parto distócico recebesse informações claras sobre a natureza do procedimento, pelos membros da equipa, e que emitisse o seu consentimento.

De acordo com os artigos 86º e 89º do Código Deontológico do Enfermeiro torna-se imprescindível, numa sala de partos, o respeito pela intimidade e o pudor da mulher. O corpo da mulher, por vezes sujeito à observação por terceiros, requer sempre o seu consentimento para o mesmo, e deve ser protegido durante as intervenções especializadas. A mulher deve ser vista, não apenas como um corpo que está em trabalho de parto, mas sim como um *ser* consciente ancorado num corpo próprio pelo qual se realiza, entra em contacto com o mundo e torna-se pessoa. Para Renaud (1994) a pessoa é antes de mais, corporal, advertindo que o corpo-orgânico é a *alteridade* do corpo-sujeito com qual não pode existir, permitindo exprimir-se e relacionar-se com o mundo. O corpo expressivo é a vida que brota do interior do corpo sujeito, pelo qual nunca pode ser considerado como uma máquina orgânica.

Compreendo que o domínio das competências especializadas implica um profundo conhecimento dos processos de saúde/doença da mulher que assenta no respeito

pelos seus direitos universais, a autonomia, dignidade e liberdade da pessoa. Deste modo, a assistência especializada deve ser accionada em função das necessidades que são percebidas pela mulher, ou seja, fazer sentido para quem é cuidado, celebrando uma parceira de cuidados com ela.

Procurei colocar as minhas competências técnicas, científicas e éticas, ao dispor da mulher, visando cuidados de qualidade que promovessem o seu direito de participar activamente no nascimento do seu filho, vivenciando o parto como um momento único na sua vida.

2.4. Constrangimentos

Os objectivos a que me propus com a realização deste projecto foram atingidos. Contudo, alguns constrangimentos não permitiram a sua plena implementação na sala de partos.

A assistência à mulher em trabalho de parto encontra-se inserida numa organização profissional que se inscreve de acordo com Tereso (2005, p. 49),

“ (...) num processo de produção organizada em torno da profissão médica, que é dominante e que detém o poder decisório. (...), os enfermeiros não participam formalmente nos processos de tomada de decisão, nem nas decisões terapêuticas... .”

Neste contexto, a conduta médica na assistência à parturiente assumiu-se como um constrangimento para a implementação deste projecto. As suas orientações pragmáticas relativas à indução e condução do trabalho de parto, inviabilizavam por vezes decisões e acções que promovessem o recurso às capacidades que as parturientes de baixo risco possuíam para impulsionar e controlar o processo fisiológico do parto.

Segundo Graça (2005) a maioria das gestações é considerada de baixo risco. A gravidez de alto risco é aquela em que existe uma probabilidade de um desfecho adverso para mãe/filho superior à incidência dessa complicação na população geral. De acordo com OMS (1996) e FAME (2007) o parto normal inicia-se espontaneamente

após uma gravidez normal entre as 37 e 42 semanas com o aparecimento de contracções regulares e apagamento e dilatação do colo uterino e evolui sem complicações e finaliza no nascimento de uma criança em posição cefálica.

Logo, as induções de trabalho de parto, realizadas numa gravidez de baixo risco, acarretam consigo um risco potencial superior ao esperado num parto que tem um início espontâneo, ou seja, condicionam os cuidados especializados autónomos.

Neste contexto, a minha capacidade de tomada de decisão enquanto estudante da especialidade e com estatuto de “*iniciada*”, foi restringida. A minha escassa experiência prática, ainda que alicerçada num conhecimento teórico aprofundado, limitou a operacionalização do meu projecto no bloco de partos, e granjeou um reconhecimento modesto por parte da equipa. Se bem que esta concorde com a importância do projecto em prol da humanização do atendimento da parturiente, a sua implementação requer uma reflexão profunda de toda a equipa sobre as rotinas e modelos formais de assistência da grávida de baixo risco.

Assim, para se poder reformar, é primeiro necessário negociar e reajustar formalmente as competências e áreas de intervenção de todos os elementos no seio da equipa na assistência à mulher, ou seja, assegurar a vigilância do trabalho de parto da grávida de baixo risco exclusivamente por parte dos EEESMO's.

3. QUESTÕES EMERGENTES

“As ideias de ontem fazem os costumes de amanhã.”

FRANCE, Anatole

Este projecto pretende abrir caminho para um processo de mudança na prática de assistência na gravidez de baixo risco, baseado na evidência científica da actualidade. A adaptação a uma prática menos interventiva na assistência à mulher em trabalho de parto representa um desafio, e vai criar inevitavelmente campos de resistência à mudança. Assim, torna-se imprescindível dar continuidade a este projecto em prol da liberdade de movimentos e posturas em trabalho de parto.

Espero que este projecto possa vir a impulsionar reformas na assistência ao parto à mulher grávida de baixo risco no CHBM, EPE. Deixo aqui algumas sugestões:

- Promover *Workshops* formativos para incentivar a equipa de saúde a reflectir sobre as práticas intervencionistas na mulher em trabalho de parto e alternativas.
- Criar grupos de trabalho que promovam a introdução de uma cultura de prática baseada na evidência na assistência ao parto de baixo risco.
- Promover as intervenções autónomas do EEESMO nas parturientes de baixo risco.
- Impulsionar a equipa multidisciplinar a elaborar um documento de consenso e regulador (Manual de Boas Práticas) sobre a assistência ao parto de baixo risco, baseado na evidência científica da actualidade.
- Incentivar a parturiente de baixo risco a participar activamente no seu parto.

Como futura EEESMO do ACES Arco Ribeirinho, espero conseguir, através da educação pré-natal, capacitar as mulheres a serem também elas impulsionadoras de futuras reformas na assistência à parturiente de baixo risco na sala de partos. Com efeito, quanto mais informação as mulheres possuírem sobre as desvantagens de uma assistência ao parto que não esteja de acordo com seu processo fisiológico normal, mais facilmente irão reconhecer e rejeitar a possível “cascata de intervenções obstétricas” conducentes a desfechos indesejados.

Nesse sentido, e de acordo com OMS (1996), o plano de nascimento representa um excelente recurso para a mulher manifestar de forma clara os seus desejos e expectativas face ao seu parto e nascimento do seu filho.

Espero que através das minhas intervenções como futura EEESMO possa contribuir para que os primeiros instantes de uma nova vida, que eu acredito serem determinantes do ponto de vista psicológico e emocional para mãe e filho, possam ser desfrutados com alegria, e não com preocupação ou reticência. Estarei assim, em última análise, a contribuir para uma sociedade melhor, ao promover o processo fisiológico do parto e estimular a partir do primeiro instante os laços que ligam intimamente os dois protagonistas do acto: mãe e filho.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Nós influenciámos
e somos influenciados muito mais do que imaginámos.”*

KARDEC, Allan

Com a elaboração deste relatório de estágio pretendi descrever o meu percurso formativo realizado na sala de partos, para adquirir competências essenciais para a prática especializada em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, e relatar as etapas que foram cumpridas para desenvolver uma competência adicional que me permite promover a liberdade de movimentos e posturas na mulher em trabalho de parto. Mais, procurei espelhar neste relato o enriquecimento pessoal e profissional alcançado durante o estágio viabilizando a minha realização como futura EEESMO.

A execução do projecto de estágio, como todos os projectos, foi um processo dinâmico. Durante o meu percurso de estágio tive a necessidade de recorrer regularmente à pesquisa bibliográfica para consolidar os conhecimentos teóricos sobre a fisiologia do parto normal e toda a informação em torno da liberdade de movimentos em trabalho de parto e participação activa da mulher.

O processo de ensino-aprendizagem numa sala de partos é muito específico porque requer a aquisição de um conjunto de saberes e competências técnicas especializadas, que habilitam o enfermeiro para o exercício autónomo da sua actividade. Assim, ao longo das semanas fui adquirindo gradualmente conhecimentos especializados que me permitiram ir desempenhando os cuidados especializados com uma crescente qualidade e autonomia.

Durante o percurso académico, aprendi e tomei em consideração o facto de que é imperioso compreender a subjectividade com que cada mulher vivencia a sua gravidez, o parto e nascimento do seu filho. Através de um “olhar mais profundo”, adquirido pela consecução de competências especializadas ao longo do estágio, cada situação revela uma singularidade que exige intervenções específicas que estimulem e facilitem a realização do projecto de parto a que cada mulher aspira.

A revisão da literatura contribuiu para alargar os meus conhecimentos científicos, e incitou-me a dar continuidade à promoção da liberdade de movimentos e posturas

como futura EEESMO do ACES Arco Ribeirinho, no âmbito da educação perinatal. Durante o período pré-natal, a educação perinatal tem por objectivo central ajudar as mulheres a compreender e desenvolver um potencial de capacidades que promovam uma experiência de parto saudável e positiva na sua vida, e ajudá-las a tomar decisões informadas e seguras acerca do mesmo, e do início da sua parentalidade. Mais, permitiu-me desenvolver um conjunto de competências que me possibilitam reflectir e actuar sobre as necessidades de saúde da mulher durante o trabalho de parto e o período pré-natal, e intervir sobre os mesmos.

Actuei como formadora, incentivando a equipa para a melhoria da qualidade dos cuidados, segundo a evidência científica da actualidade. Procurei com este projecto motivar a equipa de saúde a adoptar procedimentos que dependem exclusivamente da autonomia e responsabilidade do EEESMO, seguindo as recomendações de organizações internacionais como a OMS e ICM.

Durante o período do trabalho de parto, o objectivo era acompanhar e apoiar as mulheres a envolverem-se, participando activamente no processo fisiológico do nascimento do seu filho, vivenciando esse momento com uma atitude consciente.

Embora o parto normal seja um processo fisiológico, continua-se nas salas de parto a proporcionar cuidados baseados num modelo intervencionista, altamente tecnológico, focalizado na segurança dos procedimentos. Ao promover um parto normal, respeitando o seu processo fisiológico, podemos substituir esses procedimentos dispendiosos e altamente tecnológicos, que muitas vezes acarretam a chamada “cascata de intervenções”, por cuidados de enfermagem especializados que procuram a participação activa da mulher, indo ao encontro da sua individualidade e necessidades sentidas, promovendo a sua autonomia e responsabilidade no momento do nascimento. Logo, reduzindo essencialmente os custos e maximizando os ganhos em saúde com cuidados de enfermagem especializados de qualidade.

A revisão da literatura evidenciou que se deve promover a liberdade de movimentos e posturas da mulher durante o trabalho de parto, pois tal prática denota vantagens mensuráveis relativamente aos partos seguidos por um obstetra. Tais procedimentos devem ser amplamente explicados às parturientes, sem nunca os impor, devendo o enfermeiro especialista assegurar-se que a mulher compreendeu perfeitamente todos

os detalhes da prática recomendada, e respeitar a sua decisão final, que passará ou não pela sua adopção.

No âmbito do projecto fiz intervenções conducentes à viabilização da prática da liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, que mereceu aprovação generalizada, e emiti sugestões que listo neste relatório, que poderão, a meu ver, ser implementadas. Apesar da evidência científica, e dos resultados práticos que vivenciei durante o estágio, haverá seguramente resistência à mudança, pelas práticas estabelecidas. Ainda assim, foi particularmente gratificante constatar que foi grande a adesão e grau de satisfação das parturientes, as principais utilizadoras deste processo, às ideias e práticas que lhes foram apresentadas.

Este relatório de estágio tenta descrever de um modo exaustivo todas as etapas do meu processo de aprendizagem, mas poderá servir também de ponto de partida para a prática de um paradigma alternativo na assistência ao parto de baixo risco, e que o motivou.

“É necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que *gerem outros conhecimentos* e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional. Este património não pode constituir-se se não houver *escritos* que sirvam, ao mesmo tempo, de garantias, de referências, de motores de uma evolução. Sem escritos tudo está perdido, tudo tem que ser recomeçado, não há continuidade e, menos ainda, elaboração e criação possível” (Collière, 1999, p. 260).

5. BIBLIOGRAFIA

LIVROS COM AUTORIA EXPRESSA

- APEO, ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (2009) - **Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso da FAME.** Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-49-3.
- BENNER, Patrícia (2001) – **De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.** (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO Graça (2006) - **Educação para Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação.** Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8930-22-4.
- COSTA, Marco Antonio F; COSTA Maria de Fátima Barrozo (2011) - **Projeto de Pesquisa. Entenda e Faça.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes. ISBN978-85-326-2448-2.
- COUTO, Germano (2003) – **Preparação para o parto. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural.** Loures: Lusociência. ISBN728383630.
- GARCÍA, Maria Jesús Blázquez (2010) - **La Ecología al comienzo de nuestra vida.** Zaragoza: Tierra Ediciones. ISBN: 978-84-934456-9-0.
- GRAÇA, Luís Mendes (2005) – **Medicina materno-fetal.** 3.^a Edição. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-325-7.
- HANSON, Shirley (2005) - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação.** 2.^a Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-83-5.
- HESBEEN, Walter (2001) - **Qualidade em Enfermagem.** Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-20-7.
- KÉROUAC, Suzanne et al. (1996) – **El pensamiento enfermero.** Barcelona: Masson. ISBN 84-458-0365-4.
- KITZINGER, Sheila (1995) – **A Experiencia do Parto.** Lisboa: Instituto Piaget. ISBN972-8245-25-4.
- KITZINGER, Sheila (1996) – **Um Estudo Antropológico da Maternidade.** Lisboa: Editorial Presença. ISBN 972-23-2045-9.

- KITZINGER, Sheila (2006) - **Birth Crisi**. New York: Routledge. ISBN: 978-0-415-37266-4.
- KOLCABA, Katharine (2003) - **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer Publishing Company, Inc. ISBN: 0-8261-1663-7.
- LAZURE, Héléne (1994) - **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 978-972-953-995-4.
- LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena (2007) – **Manual de Aleitamento Materno**. Edição revista. Lisboa: Comité Português para a UNICEF. ISBN: 96436.
- LOWDERMILK, L. Deitra; SHANNON, E. Perry (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-8075-16-1.
- MINISTÉRIO DE SAÚDE; DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004) – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010 I, II Volume – Prioridades**. Lisboa.
- NORTHRUP, Christiane (2009) - **Corpo de Mulher. Sabedoria de Mulher. Vol.II**. Lisboa: Sinais de Fogo. ISBN 978-989-8066-63-3.
- ODEMENT, Michel (2002) - **A cientificação do Amor**. Florianópolis: Saint Germain.
- ODEMENT, Michel (2005) - **A Cesariana**. Lisboa: Miosótis. ISBN: 972-8779-57-7.
- ODEMENT, Michel (2006) - **Geburt und Stillen. Über die Natur elementarer Erfahrungen**. München: Verlag C. H. Beck. ISBN: 978-3-406-45983-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem (2009) – **Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**. Caderno Temático. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- RAMALHO, Anabela (2005) - **Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise** - Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN: 972-8485-54-9.
- SCHMID, Verena (2005) - **Der Geburtsschmerz: Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung**. Stuttgart (Germany): Hippokrates. ISBN: 978-3-8304-5309-3.

- STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) - **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 4ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-05-3.
- TERESO, Alexandra (2005) - **Coagir ou Emancipar**. Lisboa: Formasau. ISBN: 972-8485-44-1.
- TOMEY, Ann M; ALLIGOOD, Martha R. (2004) - **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-83-83-74-6.

PROVAS ACADÉMICAS E TESES DE MESTRADO E DOUTORAMENTO

- SERRANO, Maria Teresa Pereira (2008) - **Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho**. Aveiro: Universidade de Aveiro Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Tese de Doutoramento. Acedido em 30.06.2011. Disponível em http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf.
- MAMEDE, Fabiana Villela (2006) - **O efeito da deambulação na fase activa do trabalho de parto**. Ribeirão Preto/USP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Tese de Doutoramento. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-22122005-105613/pt-br.php>
- MOTTA; Érica (2009) - **Resgate histórico de atenção ao parto: por um parto respeitoso**. Ipatinga: Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC. Monografia (Bacharel em Enfermagem) Disponível em: <http://www.amigasdoparto.org.br/2007/images/Artigos/Trabalhos/TCCEricaMotta.pdf>

ARTIGOS

- BIO, Eliane; BITTAR Roberto; ZUGAIB, Marcelo (2006) - Influência da mobilidade na fase activa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, [em linha]. 2006, vol.28; 11: 671-679. Acedido em 30/03/2011 Scientific Electronic Library. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006001100007&script=sci_abstract&lng=pt.
- BOUCHER, Debora; [et al.] (2009) - Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth. **Jornal of Midwifery and Women's Health** [em linha]. Vol.2 nº 54 (March/April 2009) p.119-126. Acedido em 23.04.2011. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2008.09.006/abstract>.

- COUTINHO, Emília (2004) - A experiência de ser cuidada na sala de partos. **Millenium**. Viseu. ISSN 1647-662X N.º 30 (Outubro 2004). 29-37. Acedido em 20.04.2011. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/439>.
- FIGUEIREDO, Bárbara; CONDE, Ana (2005) - Ansiedade na Gravidez: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. [em linha]. In: **Acta Pediátrica Portuguesa**, 1:36, 41-49. ISSN 0301-147X. Acedido em 18.12.2010, de RepositóriUM Universidade do Minho. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/4646>.
- Green, JM, and HA Baston (2003) - Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. **Birth: Issues in Perinatal Care** [em linha]. 30, no. 4: 235-247. Acedido em 16/01/2011, *CINAHL Plus with Full Text*. EBSCO. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
- Hunter, Lauren P. (2009) - A Descriptive Study of “Being with Woman” During Labor and Birth. **The Journal of Midwifery & Women’s Health** [em linha]. 54: 111-118. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.10.006 Acedido em 24/10/2010, Wiley Online Library. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2008.10.006/full>.
- Janssen, Patricia A; [et al.] (2009) - Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ** [em linha]. Vol. 15 nº 181 (September 2009), p. 377-38. Acedido em 23.03.2011. Disponível em <http://www.cmaj.ca/cgi/rapidpdf/cmaj.081869v1>.
- LAWRENCE, Annemarie [et al.] (2009) - Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto. **La Biblioteca Cochrane Plus**, [em linha]. 2011, 1 ISSN 1745-9990 Acedido em 24/01/2011 FAME Online. Disponível em <http://www.updatesoftware.com/BPC/BPCGetDocument.asp?DocumentID=CD003934>.
- MAMEDE, Fabiana V. [et al.] (2007) - Reflexões Sobre Deambulação e Posição Materna no Trabalho de Parto e Parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [em linha]. 2007, jun; 11(2): 331-6. Acedido em 24/01/2011 Scientific Electronic Library Online Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23.pdf>.
- MIQUELUTTI, Maria Amélia; [et al.] (2009) - The vertical position during labor: pain and Satisfaction Posição vertical durante o trabalho de parto: dor e satisfação. **Revista Brasileiro Saúde Materno Infantil** [em linha]. Recife, 9 (4): 393-398. Acedido em 20/01/2011 Scientific Electronic Library. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400002.
- PINTO, Tiago (2008) – Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno na comunidade. Revisão das Estratégias no período pré-natal e após a alta. **Arquivos de Medicina**, 22 (2/3): 57:68. ISSN: 0871-3413. Acedido em 02/11/2010 Scientific Electronic Library. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a05.pdf>.

- RENAUD, Maria Isabel (1994) - A Pessoa Humana e o Direito à Saúde. In: **Brotéria**, 139; p. 323-342.
- ROCHA, Jaqueline A; NOVAES Paulo B (2010) - Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina** [em linha]. Vol. 38 nº3 (Março 2010), p. 119-126. Acedido em 11.04.2011, Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>.
- SCHUILING, Kerri D; SAMPSELLE, Carolyn M. (1999) - Comforto in Labour and Midwifery Art. **Journal of Nursing Scholarship** [em linha]. Vol. 31, Number 1, First Quarter 1999, p. 77-81. Acedido em 20.05.2011. Disponível em <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/73658/1/j.1547-5069.1999.tb00425.x.pdf>
- SARMENTO, Regina e SETÚBAL Maria Silvia V. (2003) - Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais na gravidez, parto e puerpério. **Revista Ciências Médicas**. 12 (3): 261-8. jul/set. Acedido em 25.06.2011. Disponível em <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/429.pdf>
- SOUZA, João P. [et al.] (2006) - Maternal position during the first stage of labor: a systematic review. **Reproductive Health** [em linha]. 3:10. Acedido em 24.10.2010, Bio Med Central, Open Access. Disponível em <http://www.reproductive-health-journal.com/content/3/1/10>.
- VELHO, Manuela; OLIVEIRA, Maria Emília, SANTOS, Evangelia (2010) - Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem** [em linha]. Vol.63 nº 4 (jul-ago 2010), p. 652-9. Acedido em 23.04.2011, Scientific Electronic Library. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/23.pdf>.

OUTROS DOCUMENTOS

- European Midwives Association (EMA) - Statement of the European Midwives Association on Antenatal Care Adopted at the Annual General Meeting of 2009 <http://www.europeanmidwives.org/positional-papers>.
- EURO-PESRISTAT (2004) - **European Perinatal Health Report**. Acedido em 12/04/2011. Disponível em <http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report.shtml>.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES – **Core documents: International Code of Ethics for Midwives**. (1993) Acedido em 12/04/2011. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/Documentation/PositionStatements>.

- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES – **Core documents: Philosophy and Model of Midwifery Care** (2005) Acedido em 12/04/2011. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/Documentation/PositionStatements>.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES - **Position Statements: Keeping Birth Normal** Acedido em 12/04/2011. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/Documentation/PositionStatements>.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM) - **Position Statements: MIDWIFERY: AN AUTONOMOUS PROFESSION** Acedido em 12/04/2011. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/Documentation/PositionStatements>.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM) – **Core documents: Essential Competencies for Basic Midwifery Practice** (2002). Acedido em 12/04/2011. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/Documentation/Coledocuments>.
- NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) - **Intrapartum care Care of healthy women and their babies during childbirth** (2007). NICE clinical guideline 55. London: National Institute for Health and Clinical Excellence Acedido em 14/04/2011. Disponível em <http://www.nice.org.uk/CG55>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. Acedido em 20/12/2010. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecializada>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho Directivo - Parecer: Condições para o funcionamento de Maternidades (11.07.2008). Acedido em 20/02/2011. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/ConselhoDirectivo.aspx>
- OPSS (2006) - **Relatório da Primavera 2006**. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Acedido em 05/04/2011. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2006_OPS_S.pdf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH (1996) - **Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group**. Geneva: WHO. Acedido em 24/10/2010. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.

WEBGRAFIA

- Mother's Advocate - **Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor.** Acedido em 07.04.2011. Disponível em: <http://www.injoyvideos.com/mothersadvocate/pdfs.html>
- Mother's Advocate - Keep Your Baby With You -It's Best for You, Your Baby and Breastfeeding. Acedido em 07.04.2011. Disponível em: <http://www.injoyvideos.com/mothersadvocate/pdfs.html>
- Bergman, Nils - **Kangaroo Mother Care: An Interview with Dr. Nils Bergman.** Acedido em 16.07.2011. Disponível em: <http://home.mweb.co.za/to/torngren/bergman-int.html>
- European Midwives Association (EMA) - **Muticulturality Midwifery Praticce.** Presentations of the 3rd EMA Education Conference. Madeira, Portugal. 19-20 November 2010. Acedido em 16.10.2010. Disponível em: <http://www.europeanmidwives.org/component/content/article>
- KOLCABA, Katharine - **The comfort line.** <http://www.thecomfortline.com/home/intro.html>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Multiculturalidade. Perspectivas de enfermagem: Contributos para melhor cuidar.** http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/LPM/LPM_1Multiculturalidade.pdf
- Riverside - Slide Show: Labor Positions. Acedido em 25.03.2011. Disponível em: http://www.riversideonline.com/health_reference/Pregnancy/PR00141.cfm

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS

- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril - UCC

ANEXO

APÊNDICES

APÊNDICE I

APÊNDICE II

APÊNDICE III

APÊNDICE IV

APÊNDICE V

APÊNDICE VI

APÊNDICE VII

APÊNDICE VIII