



Curso de Mestrado em Enfermagem  
*Saúde Materna e Obstetrícia*

**PARTO EM MOVIMENTO**

**Uma Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

**Ângela Isabel Gregório Antunes Coelho da Costa**

**2015**



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Saúde Materna e Obstetrícia*

**PARTO EM MOVIMENTO**

**Uma Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

**Ângela Isabel Gregório Antunes Coelho da Costa**

**Professora Maria João Delgado**

**2015**

*“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de Nascer”*

**Michel Odent**

## **Agradecimentos**

Ao longo destes dois anos, muitos foram os desafios superados, mas também os sonhos realizados com ajuda de familiares e amigos. O meu casamento e o projeto de maternidade ficará sempre ligado à realização da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica.

Agradeço ao meu marido, Carlos Costa, pela sua infindável paciência, compreensão apoio.

Aos meus pais por me terem incentivado a estudar, a perseguir os meus objetivos, sonhos e por toda a ajuda ao longo da minha vida.

Ao meu irmão, Rui Coelho, por todo o seu apoio, incentivo e ajuda na revisão dos trabalhos.

Aos colegas de trabalho e chefia do Hospital do SAMS em particular à Cecília Jorge e Maria Manuel Ceia.

A todos os EESMOS que supervisionaram e orientaram os ensinamentos clínicos, particularmente ao Bruno Rito, que me ajudou a crescer, proporcionando uma experiência de estágio infindavelmente rica.

À Professora Maria João Delgado, pela sua orientação, apoio e disponibilidade ao longo deste caminho.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACOG** – American Congress of Obstetricians and Gynecologists

**APEO** – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

**APPT** – Ameaça Parto Pré-Termo

**BP** – Bloco de Partos

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

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EC** – Ensino Clínico

**ECR** – Estágio com Relatório

**EESMO** – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

**ESMO** – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**FAME** – Federación de Asociaciones de Matronas de España

**ICM** – International College of Midwives

**IPN** – Iniciativa Parto Normal

**NICE** – National Institute for Health and Care Excellence

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PBE** – Prática Baseada em Evidência

**PN** – Parto Normal

**PNS** – Plano Nacional e Saúde

**RABA** – Rotura Artificial Bolsa Águas

**REBA** – Rotura Espontânea Bolsa Águas

**RCL** – Revisão Crítica da Literatura

**RCM** – Royal College of Midwives

**RN** – Recém-Nascido

**RSL** – Revisão sistematizada da literatura

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SUOG** – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

**TP** – Trabalho de Parto

**UC** – Unidade Curricular

**WHO** – World Health Organization

## RESUMO

Este relatório foi elaborado no âmbito do Estágio com Relatório (ECR), integrado no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e visa demonstrar a aquisição de competências necessárias ao exercício profissional do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) e grau de mestre em ESMO. É competência do EEESMO cuidar da mulher ao longo do seu ciclo de vida e seus conviventes significativos, capacitando-a e potenciando a sua autonomia na gestão da sua saúde e acontecimentos fisiológicos decorrentes do ciclo de vida como a gravidez e o parto (OE, 2015).

A finalidade do ECR foi: adquirir competências relacionais e técnico-científicas para prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher durante os diferentes estádios do trabalho de parto, promovendo a liberdade de movimentos e atuando em situações de emergência, de forma a garantir a saúde da mulher, recém-nascido (Competência 3 OE e IV ICM) e dar resposta à diretiva europeia para a formação de parteiras. (Lei nº 9/2009).

Ao longo deste relatório evidencio o desenvolvimento de competências no decorrer do estágio de bloco de partos, dando especial relevância à promoção da liberdade de movimentos da parturiente durante o trabalho de parto.

A metodologia utilizada neste relatório consistiu na obtenção de evidência científica para a prática, através da realização de uma revisão crítica da literatura, e na prática reflexiva. Podemos concluir que a liberdade de movimentos da mulher durante o trabalho de parto é favorecedora de uma evolução positiva do trabalho parto e contribui para um sentimento de controlo e aumento de autonomia da parturiente.

**Palavras-Chave:** Parturientes, liberdade de movimentos, posições de parto, trabalho de parto.

## **ABSTRACT**

This report was prepared under the nursing internship with report, built in the 5th Master Degree in Maternal Health Nursing and Midwifery and aims to demonstrate the acquisition of necessary skills for professional practice of Midwifery and master's degree in Specialist Nursing in Maternal Health and Midwifery. Midwife competence is caring for women throughout her life cycle and her family, empowering and enhancing her autonomy in management of her health and physiological events resulting from life cycle as pregnancy and childbirth (OE 2015).

The purpose of nursing internship with report was: Acquiring relational skills and scientific technics to provide specialized nursing care to women during the various stages of labour, promoting freedom of movement and acting in emergencies, to ensure women health, new-born and meet the European directive for the training of midwives.

This report will try to show the development of skills throughout the births in the birth area, giving special importance to promoting freedom of movement the woman in labour.

The methodology used in this report was to obtain scientific evidence to practice, by conducting a critical review of the literature and reflective practice. We conclude that the freedom of movement for women during labour is favouring a positive development of labour, delivery and contributes to mother's sense of control and increased autonomy.

**Keywords:** Parturient, freedom of movement, labour positions, labour.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	11
1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA.....	16
1.1. Justificação da Temática .....	16
1.2. Competências Específicas do EEEMO.....	19
1.3. Quadro Concetual .....	22
2. METODOLOGIA.....	24
2.1. Prática Baseada em Evidência.....	24
2.2. Prática Reflexiva .....	31
2.2.1. Contextualização do Estágio com Relatório.....	31
2.2.2. Análise e Discussão dos Objetivos, Atividades e Resultados .....	33
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	54
4. LIMITAÇÕES DO TRABALHO .....	57
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60

### APÊNDICES

Apêndice I – Descrição dos Objetivos, Atividades e Resultados esperados

Apêndice II – Tabelas de análise dos artigos selecionados

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1 –</b> Palavras-chave e descritores.	.	.	.	.	.	.25
<b>Quadro 2 –</b> Critérios de inclusão.	.	.	.	.	.	.26

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos.</b>	. . . . .	<b>.26</b>
--	-----------	------------

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio surge no âmbito da realização da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ECR), do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). A finalidade do ECR foi: desenvolver competências relacionais e técnico-científicas para prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher durante os diferentes estádios do TP, promovendo a liberdade de movimentos e atuando em situações de emergência, de forma a garantir a saúde da mulher, RN (Competência 3 OE e IV ICM) e dar resposta à diretiva europeia para a formação de parteiras. (Lei nº 9/2009). Pretende demonstrar o desenvolvimento das minhas competências técnicas, científicas e relacionais no âmbito da UC ECR, dos diferentes ensinamentos clínicos e ao longo de todo o desenvolvimento do meu projeto que assenta numa área de interesse pessoal, com pertinência para a prática de cuidados. Os objetivos são:

- Desenvolver uma prática profissional centrada nas mulheres, famílias e respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão (Competência A do Regulamento Competências Comuns da OE). (Lei nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011);
- Desenvolver capacidade de análise e reflexão sobre a prática clínica desenvolvida ao longo dos Ensinamentos Clínicos e Estágio com Relatório na aquisição de competências especializadas em saúde materna e obstétrica;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher e família no contexto de Urgência Obstétrica, potenciando o seu bem-estar (Competência 2 OE e III ICM). (Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro, 2011; ICM, 2010);
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, RN e família, durante os quatro estádios do trabalho de parto e atuar em situações de emergência de forma a garantir a saúde da mulher e RN (Competência 3 OE e IV ICM). (Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro, 2011; ICM, 2010);

- Desenvolver competências relacionadas com a promoção da liberdade de movimentos e do conforto durante o trabalho de parto (TP).

A finalidade deste relatório de estágio e a sua defesa pública é a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) e grau de mestre em ESMO.

A UC ECR foi desenvolvida num Hospital perinatal diferenciado na área da grande Lisboa, em contexto de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica, com a duração total de 750 horas, sendo 500 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial e 225 de trabalho autónomo. A orientação esteve a cargo do EESMO do local de estágio e da professora Maria João Delgado.

Ao longo deste documento, tentarei evidenciar a forma como desenvolvi as competências e discuti-las, mobilizando a evidência científica. Este relatório está organizado em seis capítulos, sendo que no primeiro realizo o enquadramento da temática, justificando a pertinência do tema escolhido, as competências específicas do EESMO e como enquadro a teoria do conforto de Kolcaba na prática, aprofundando o conhecimento da mesma. No segundo explico a metodologia utilizada para atingir os objetivos do estágio que foram a prática baseada em evidência e prática reflexiva. No terceiro capítulo, analiso as atividades realizadas, tendo em conta os objetivos propostos e o modo como contribuíram para a aquisição de competências, discutindo-as de acordo com referencial teórico. De seguida apresento considerações éticas e os pressupostos que nortearam a minha prática. Finalizo com a apresentação das limitações do trabalho e uma reflexão final sobre o percurso desenvolvido. Ao longo da prática e da elaboração do relatório, procurei ter como base a evidência científica e as indicações emanadas pela World Health Organization (WHO), International College of Midwives (ICM), Royal College of Midwives (RCM), American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Ordem dos Enfermeiros (OE) e Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO).

O parto sem assistência médica especializada foi associado a elevadas taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatal; em resposta a esse facto, e com a evolução tecnológica e médica das últimas décadas, foi-se

impondo uma assistência ao parto medicalizada e interventiva, destituindo a mulher do seu papel ativo e decisivo durante o trabalho de parto (TP). Em resposta a esta situação, muitas mulheres encaram o parto como um evento traumático, que provoca medo e insatisfação e sobre o qual não têm nenhum poder decisivo, perdendo a sua autonomia (Pelo Direito ao Parto Normal - OE, 2012).

A excessiva intervenção do parto determinou elevadas taxas de cesarianas e partos instrumentais, que atualmente se tornaram uma preocupação mundial. A taxa de cesariana é considerada internacionalmente como um indicador de qualidade de cuidados materno-fetais. Portugal é um dos países europeus com maior taxa de cesariana, que em 2012 foi de 35,56%. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 que tem como objetivo obter ganhos em saúde e promover contextos saudáveis ao longo da vida considera como meta e um indicador a redução de taxa de cesarianas. Em 2013 foi criada pela Direção Geral de Saúde (DGS) a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas e em 2015 emitida uma norma e várias orientações que têm como objetivo a diminuição da taxa de cesarianas no nosso país. A ACOG em associação com a Society for Maternal – Fetal Medicine (SMFM) elaborou, em 2014, um consenso sobre cuidados obstétricos. Este documento reúne 18 recomendações que têm como objetivo a redução segura da primeira cesariana. A WHO concluiu em 2015, que a nível populacional uma taxa de cesariana superior a 10% não reduz a mortalidade materna e neonatal e que esta deve ser realizada apenas quando houver indicação médica.

Tendo em vista a necessidade de minimizar a medicalização do parto, assim como os efeitos negativos na vida das mulheres, recém-nascidos (RN), famílias e o custo na saúde pública do parto medicalizado, várias entidades nacionais e internacionais têm desenvolvido projetos para o apoio e valorização do parto normal (PN). Em Portugal, diversos organismos, como a OE e a APEO elaboraram diversos documentos no sentido do incentivo e proteção ao PN. É neste âmbito que emerge a temática da liberdade de movimentos durante o TP e o parto, como uma intervenção autónoma do EESMO, protetora do parto normal.

Este relatório pretende espelhar a filosofia de cuidados que utilizei na prática, no desenvolvimento das minhas competências. No reconhecimento da autonomia da mulher, de acordo com o regulamento da OE, a mulher tem direito a exercer a sua vontade e liberdade. Enquanto enfermeira, futura EESMO e de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2005), assumi o dever de zelar pelo exercício dessa liberdade e autonomia, respeitando as opiniões dos clientes/utentes e capacitando a mulher/casal para que sejam capazes de exercer essa autonomia. Uma mulher/casal esclarecido decide a forma de viver o parto e pode tomar decisões com base em conhecimentos e de acordo com os seus valores, forma de estar e ver a vida.

Segundo Burkardt, M e Nathaniel, A (2001), a autonomia prende-se com o princípio da liberdade e da dignidade humana, enquanto faculdade que cada pessoa tem em se reger pelas suas próprias leis. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2005), o exercício profissional do enfermeiro passa por reconhecer e respeitar o carácter único de cada pessoa, assim como a sua dignidade. Sendo a autonomia da mulher um valor ético a respeitar, a sua liberdade de movimentos, quando é da sua vontade e desejo, é não só o reconhecimento dessa mesma autonomia, como um meio de proteção e promoção do Parto Normal (PN). Em oposição, o desenvolvimento da medicina e a conseqüente medicalização do parto promovem a restrição de movimentos imposta pelo intervencionismo e tecnologia e condicionam a autonomia da mulher.

O respeito pela autonomia e a promoção do parto normal pretende contribuir para o conforto da mulher/casal e RN durante o TP, assim, assumi, como elemento norteador dos meus cuidados, a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba (2003). Nesta, os cuidados de enfermagem são definidos como intervenções de enfermagem específicas para dar resposta às necessidades de conforto, ou seja, cabe ao enfermeiro identificar as forças facilitadoras que invertam o sentido do desequilíbrio, atuando ao nível dos estados e contextos do conforto e avaliando posteriormente se o conforto foi atingido. Conforto é definido como um resultado holístico, inerente à disciplina de Enfermagem, em que os seres humanos lutam para satisfazer, ou para que lhes sejam satisfeitas, as suas

necessidades básicas de conforto. Ao utilizar esta filosofia de cuidados pretendo proporcionar, à mulher/casal e RN, o maior conforto possível para que estes possam usufruir do momento único e singular que é o parto, de modo a tomar esta experiência como positiva e gratificante. O aumento de conforto leva a comportamentos positivos por parte da parturiente e potencia a sua capacidade para participar no PN (Koehn, 2000).

## 1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

Neste capítulo será demonstrada a importância da liberdade de movimentos para a proteção do parto normal, através das *guidelines* de diversos organismos nacionais e internacionais, assim como o resultado da investigação de alguns autores com relevância para a temática. Serão ainda abordado as competências específicas do EESMO e a importância de um quadro conceitual que assista a prestação de cuidados.

### 1.1. Justificação da Temática

A evolução do TP em diferentes posições tem uma história cultural e foi influenciada ao longo dos tempos pela ciência e pela cultura. Segundo Botell e Bermúdez (2012), atualmente a maioria das mulheres ocidentais pare em posições supinas em meio hospitalar. Esta posição permite ao médico controlar melhor o estado de feto e da mulher de forma a assegurar um parto seguro, mas sobretudo para o seu conforto e bem-estar, porque lhe permite estar sentado, ignorando que a forma tradicional de parir na posição vertical e em mobilidade, permite uma melhor adaptação entre o feto e a bacia óssea materna e uma evolução mais rápida do TP. Em oposição, a horizontalidade favorece a passividade da mulher face aos técnicos de saúde. Estes mesmos autores consideram que a conduta instintiva das mulheres na escolha da posição para parir está condicionada pelas normas sociais e culturais do local onde parem.

As *guidelines* internacionais de diversos organismos que enquadram a assistência do PN dão relevância à liberdade de movimentos durante o TP e à livre escolha da mulher. A OMS, já em 1996, elaborou um documento, *Care in a Normal Birth: a practical guide* (1996), com o objetivo de regular uma assistência obstétrica que promovesse e apoiasse o parto normal. Foi explicitada, na *Categoria A - Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas*, a **liberdade de Posições e Movimento durante o TP** e o **estímulo a posições não supinas durante o TP e o parto**.

O RCM construiu juntamente com Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2007), o *Consensus statement from the Maternity Care Working Party*, onde definiu PN: “É o parto e nascimento que ocorre sem indução, sem a

*utilização de instrumentos, sem ser por cesariana e sem anestesia geral, raquidiana ou epidural, antes ou durante o parto*". No âmbito do PN o EESMO assume a responsabilidade pelo exercício das suas funções, proporcionando cuidados que estimulem o nascimento de forma normal, sem recurso a técnicas interventivas, desnecessárias, que podem provocar complicações. No contexto do PN, o RCM, lançou uma campanha pelo parto fora da cama "*Getting of the bed*", onde explicita a utilização das posições não supinas, auxílio da gravidade durante o nascimento e expõe possíveis posições a adotar. Os vários conteúdos estão disponíveis para os profissionais e o público em geral.

Em Portugal, organismos, como a OE e a APEO, têm vindo a elaborar diversos documentos no sentido do incentivo e proteção ao PN. Em 2012, a OE emitiu um documento, *Pelo direito ao parto normal – Uma visão Partilhada*, onde indica a seguinte recomendação, no âmbito da prática clínica – Ponto 7 "*Fomentar práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto, incluindo apoiarem a liberdade de movimentos da mulher, oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical*". A mesa do colégio da especialidade de saúde materna e obstétrica, no projeto Maternidade com Qualidade, criou um indicador de evidência, onde explicita claramente que o posicionamento em litotomia para o parto, como rotina, não deve ser incentivado, e que a melhor atitude é proporcionar à parturiente a livre escolha de posição para a dilatação e período expulsivo. (OE, 2013)

Também a APEO, em colaboração com a Federación de Asociaciones de Matronas de Españã (FAME), em 2008, elaboraram um documento de consenso, baseado em evidência científica e de acordo com as recomendações da OMS, onde é afirmado que a mobilidade em TP é facilitadora da evolução positiva do TP e proporciona conforto à parturiente; a deambulação e a liberdade de movimentos ajudam a mulher a lidar com a sensação dolorosa; a posição supina está contraindicada, pois exerce pressão na aorta-cava podendo comprometer o bem-estar materno e fetal; está ainda associada à diminuição da dinâmica uterina e ainda que a evidência sugere que quando a mulher alterna posições e adota posições verticais durante a dilatação sofre menos dor, tem

menos necessidade de analgesia epidural, ocorrem menos alterações da FCF e há tendência para o encurtamento do tempo do 1º estágio do TP.

O estudo elaborado por Gupta (2004) relativamente a evidência científica publicada, refere que as posições não supinas em comparação com as supinas foram associadas a uma duração mais reduzida da 2ª etapa do TP, redução dos partos medicamente assistidos, diminuição de episiotomias, menos dor severa relatada pelas mulheres e menos padrões anómalos da FCF, mas por outro lado estas posições foram associadas a um aumento de lacerações de 2º grau e um aumento de 500cc de perda sanguínea. No entanto, este estudo considerou que os benefícios eram evidentes, sobretudo se for dada à mulher a oportunidade de escolha e se esta for encorajada a adotar a posição em que se sintam mais confortável, e que normalmente não resultam implicações nesta escolha. Este autor considera que a escolha adotada pela mulher em TP é influenciada por diversos fatores como o comportamento instintivo e as normas culturais e que devemos trabalhar para construir um sistema de saúde com uma cultura de apoio e suporte à livre escolha da mulher na posição a adotar em TP.

Segundo Nieuwenhuijze, M. J. et al (2013), as mulheres que tiveram a oportunidade de influenciar e decidir a posição para parir sentiram um maior controle sobre o nascimento dos seus filhos, o que reproduziu maior satisfação na experiência do parto, o que foi reiterado por Priddis, H et al (2012), que identificou benefícios físicos e psicológicos na escolha da posição para parir pela mulher. Já Thies-Lagergren, L. et al (2013) identificou, num estudo randomizado, que as parteiras estão conscientes do potencial impacto que as posições de nascimento têm na maneira como a mulher experiencia o nascimento e nos *outcomes* maternos e fetais. Este estudo revela que as posições verticais, quando são uma escolha da mulher, proporcionam um sentimento de empoderamento e maior satisfação, sendo por isso uma boa prática deixar a mulher escolher a posição que lhe é mais favorável.

Lawrence A. et al (2013) refere que existe evidência de que caminhar e adotar posições verticais reduz o 1º estágio do TP, o risco de parto por cesariana e a necessidade de epidural, e que a mobilidade e a adoção de posições verticais

não parecem estar associadas a efeitos negativos sobre as mães e os recém-nascidos.

A livre escolha de posições durante o TP é um direito assegurado pelo Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, que defende que “*O direito à tomada de decisão sobre o tornar-se pai ou mãe, inclui o direito de escolha sobre a forma como se tornar pai ou mãe*” e que “*as opções para o parto/nascimento fazem parte incontestavelmente da privacidade de cada um*” (OE, PARECER nº 51/2014), sendo que a intervenção do EESMO deve ter em conta os sentimentos, desejos e expectativas da mulher acerca do seu parto e da forma como deseja que ocorra.

Jonge, A et al (2009), concluiu que é necessário continuar a investir na educação das mulheres, parteiras e público em geral, para que as posições não supinas sejam consideradas pelas mulheres, profissionais e sociedade, como uma opção vantajosa. Este autor concluiu também que os EESMO têm um importante impacto na escolha de posicionamento da mulher durante o parto.

Organizações internacionais como o Instituto Internacional Lamaze ou o Baby Center UK reforçam a importância da mobilidade e liberdade de movimentos durante o TP, incentivando as mulheres a exigirem o seu direito a esta escolha, reforçando que estas práticas favorecem o PN e diminuem intervenções desnecessárias.

## **1.2. Competências Específicas do EEEMO**

Segundo o ICM (2011), o termo competência específica da Parteira/EESMO, refere-se aos conhecimentos, competências e comportamentos exigidos a uma parteira para uma prática segura em qualquer local. A parteira é reconhecida como um profissional responsável e confiável que trabalha em parceria com as mulheres para lhes prestar apoio, cuidados e aconselhamentos durante a gravidez, parto e pós-parto e conduzir o TP, assim como prestar cuidados ao RN. O cuidado prestado pela parteira, inclui a prevenção de complicações, a promoção do parto normal e a deteção precoce de complicações na mãe e RN.

De acordo com OE (2014), o escopo de atuação do EESMO/Parteira é a promoção do parto normal, com maior incidência no parto natural. O EESMO/Parteira é o profissional de referência e o mais especializado no atendimento ao parto natural. A atuação do EESMO deve consistir no atendimento à normalidade, na consistência das intervenções, continuidade de cuidados e estabelecimento de relação forte e de confiança com a mulher.

O Parto Normal, de acordo com a OMS e a OE (2012), define-se como:

Parto de início espontâneo, de baixo risco, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição. "(OE, 2012, p. 18)

No âmbito da prestação de cuidados no parto normal e de acordo com a temática deste relatório, cabe ao EESMO fomentar práticas específicas, baseadas em evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do TP, entre elas: apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical. (OE, 2012).

Walsh, D (2012), refere que cabe ao EESMO, proteger, respeitar e incentivar práticas que protejam e favoreçam o parto normal. A liberdade de movimentos e de posturas durante o TP e o parto é de extrema importância para o processo fisiológico do parto normal. Este conhecimento atualmente é fundamentado em diversas fontes de evidência científica e suportado pelas mulheres desde milénios.

Assim, os EESMOS/Parteiras devem prestar cuidados criativos e flexíveis, de capacitação e de suporte às mulheres/famílias. A parteira deve saber ouvir e respeitar a mulher nas suas escolhas e decisões (OE, 2014).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EESMOG (2011) na unidade de competência H3: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, o EESMO efetua o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina. Desta forma, é exigido ao EESMO atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo

intervenções de qualidade e risco controlado (H3.1.1); garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto (H3.1.2.); conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (H3.1.3); cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (H3.1.6); conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (H3.2.5), esta competência enquadra a temática do presente relatório: a liberdade de movimentos durante o TP, pois o EESMO deve desenvolver competências que lhe possibilitem implementar intervenções adequadas à evolução do TP e de acordo com as escolhas da mulher, garantindo à mulher um ambiente seguro, calmo e tranquilizador para que esta se sinta capaz e facilitando a progressão do seu TP.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011) na competência D2 o enfermeiro especialista “*baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*”

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação (Lei nº 122/2011,2011, p. 8653).

Assim, o enfermeiro especialista deve garantir que a sua prática é baseada em conhecimentos científicos actuais e pertinentes, que proporcionem o melhor cuidado à mulher, RN, família e comunidade, respeitando as suas crenças, características culturais e sociais.

### 1.3. Quadro Conceitual

O modelo conceitual que irá emergir ao longo do relatório e durante a prestação de cuidados no contexto de estágio é a Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba. O conforto tem um significado histórico associado à enfermagem desde Florence Nightingale que se manteve até à atualidade (Kolkaba, K & KolKaba, R, 1991)

A Teoria do Conforto foi desenvolvida por Katherine Kolcaba pela primeira vez na década de 1990. Para a construção desta teoria analisou o significado de conforto à luz de várias disciplinas e publicou uma análise do conceito de conforto. Construiu um diagrama dos aspetos do conforto, em que conforto é o resultado dos cuidados de enfermagem e elaborou uma teoria de médio alcance que foi testada num estudo de intervenção. Conforto foi definido como a condição experimentada por quem recebe as medidas de conforto, é uma experiência imediata e holística e pode ser avaliada através dos 3 tipos de conforto (**alívio**, **tranquilidade** e **transcendência**). (Tomey, A. & Alligood, 2004)

O **alívio** é definido como um estado em que uma necessidade específica foi satisfeita; a **tranquilidade** resulta de um estado de calma ou contentamento; a **transcendência** é a condição que a pessoa experimenta em que tem capacidade para planear e controlar o seu destino e resolver os seus problemas. (Kolcaba, 1994, p.1179). O contexto em que o conforto pode ser experimentado foi definido como: **Físico**, relativo às sensações do corpo e homeostáticos; **Psicoespiritual**: pertence à consciência interna que cada indivíduo tem de si próprio, inclui a sexualidade, o conceito de si mesmo, a autoestima e relação com uma ordem divina ou superior (religião); **Ambiental**: relativo às condições do meio e influências externas; **Social**: refere-se às relações interpessoais e familiares, assim como as condições sociais (desemprego, dificuldades económicas).

Kolcaba define necessidade de cuidados de saúde como necessidades de conforto. Estas necessidades dividem-se em físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais. Podem ser percebidas através da observação, ou da verbalização do nosso foco de cuidados.

O conforto é definido para a enfermagem como a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas para o alívio, relaxamento e transcendência decorrentes das situações de cuidados que são stressantes (Kolcaba, 1994). A teoria do conforto assenta nos seguintes princípios:

- Os seres humanos esforçam-se para resolver as suas necessidades básicas de conforto;
- Os seres humanos desenvolvem respostas holísticas a estímulos complexos;
- O conforto é um resultado holístico desejável na prática dos cuidados de enfermagem.

Assim, as medidas de conforto são explicadas como intervenções de enfermagem que são desenvolvidas para resolver necessidades de conforto específico de cada pessoa nas diferentes variáveis. A enfermagem é definida como a disciplina que consegue identificar a necessidades de conforto, conceber as medidas de conforto a aplicar, aplicá-las, avaliar o seu resultado e reajustar as medidas de conforto, face às alterações sentidas pelo nosso alvo de cuidados. A avaliação das medidas de conforto pode ser intuitiva pela enfermeira através da sua observação, das manifestações verbais ou físicas dos utentes, da aplicação de escalas ou questionários desenvolvidos por Kolcaba. (Kolcaba, 2003). A pessoa, alvo dos cuidados de enfermagem, ao qual pode ser aplicada a teoria do conforto é o utente, família comunidade ou instituição (Kolcaba, 1994).

A escolha desta teoria para sustentar a minha prática de cuidados, decorreu pelo facto de Kolcaba conseguir dar uma visão holística do cuidar em enfermagem baseada na satisfação das necessidades dos clientes, ou seja reconhecer que a mulher/parturiente é um ser holístico que reage a estímulos complexos, quer sejam físicos, ambientais, psicoespirituais, que podem ser identificados possibilitando o levantamento das suas necessidades quer sejam verbalizadas ou reconhecidas através da observação e identificação de alterações na cliente. As intervenções implementadas enquanto futura EESMO têm como objetivo proporcionar à parturiente e família conforto durante o parto.

## 2. METODOLOGIA

A metodologia desenvolvida neste relatório divide-se em dois grandes focos que concorreram para a consecução dos objetivos e o desenvolvimento de competências. O primeiro diz respeito à prática baseada em evidência (PBE), para isso foi realizada uma revisão crítica da literatura, o que permitiu o acesso à evidência científica para sustentar a prática. De seguida evidencio o processo reflexivo que pretende demonstrar a aquisição das competências.

### 2.1. Prática Baseada em Evidência

A PBE assume atualmente relevância na prestação de cuidados adotados pelos profissionais de saúde, como evidência de boa prática e garantia de cuidados mais seguros e assertivos. Segundo a OE (2006) uma prática de Enfermagem baseada na evidência é a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos, os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis, inserindo-os na tomada de decisão.

Neste relatório, foi realizada uma revisão crítica da literatura como meio de atingir a melhor evidência científica para sustentar a prática dos cuidados.

A pesquisa foi iniciada em Março de 2014 para identificar e delimitar a problemática. Posteriormente foi iniciada a pesquisa livre em bases de dados científicas, como a EBSCO Host, páginas institucionais e motor de busca Google, que permitiu ter acesso a informação não só académica, mas também conhecer a opinião de outras classes profissionais, grávidas e mulheres que já experienciaram o parto. Posteriormente foi realizada uma revisão da literatura, que contemplou as bases de dados, EBSCO Host e B-on, e também a incorporação de outras fontes, tais como artigos de revistas, livros e publicações académicas e institucionais. A questão de pesquisa foi definida a partir da análise dos pressupostos teóricos no sentido de aprofundar conhecimento e sistematizar a informação já existente. A pergunta foi formulada de acordo com o método PICo (Reviewer's Manual, 2011 – JBI): ***Quais os contributos da liberdade de movimentos da mulher durante o trabalho de Parto?*** Em que: **P** (População)

– Mulheres. **I** (Fenómeno de Interesse) – Contributos da liberdade de movimentos. **Co** (Contexto) – Parto normal.

De seguida, foram definidas as palavras-chave, que se encontram no seguinte quadro:

#### Quadro 1- Palavras-chave e descritores

	Palavras-chave	Descritores
<b>P</b> (População)	Parturientes	Woman in Labor Parturient
<b>I</b> (Fenómeno de Interesse)	Liberdade de Movimentos Posições TP Mobilidade TP	Birth Position Birthing positions Movement Mobility
<b>Co</b> (Contexto)	Parto Normal	Birth ChildBirth Labor Delivery First and second stage of labor.

A pesquisa foi realizada até Julho de 2014 na plataforma EBSCO host Web, na base de dados da CINAHL Plus with full text e Medline with full text, utilizando a linguagem indexada da base (MeSH – Medical Subject Headings). Utilizei os seguintes termos de pesquisa: Woman, birth e position, operacionalizados através da expressão booleana AND, o que resultou na seguinte expressão de pesquisa: woman and birth and position. Todos os termos foram indicados como Major Concept incluídos na pesquisa do Abstrat (AB) dos artigos. Foi realizada nova pesquisa em Setembro de 2015 (para incluir estudos publicados mais recentemente), mas não foram encontrados.

Os critérios de inclusão considerados para a seleção dos artigos foram: artigos em português, inglês ou espanhol; disponibilidade em texto completo, estarem acessíveis em bases de dados com acesso gratuito pela ESEL e realizados entre 2009 e 2015. Foi realizada pesquisa nas bases de dados, CINAHL Plus with fulltext: 94 artigos/ Medline: 12 artigos/ B-On: 8 Artigos/ The Cochrane Database of Systematic Reviews: 1 artigo.

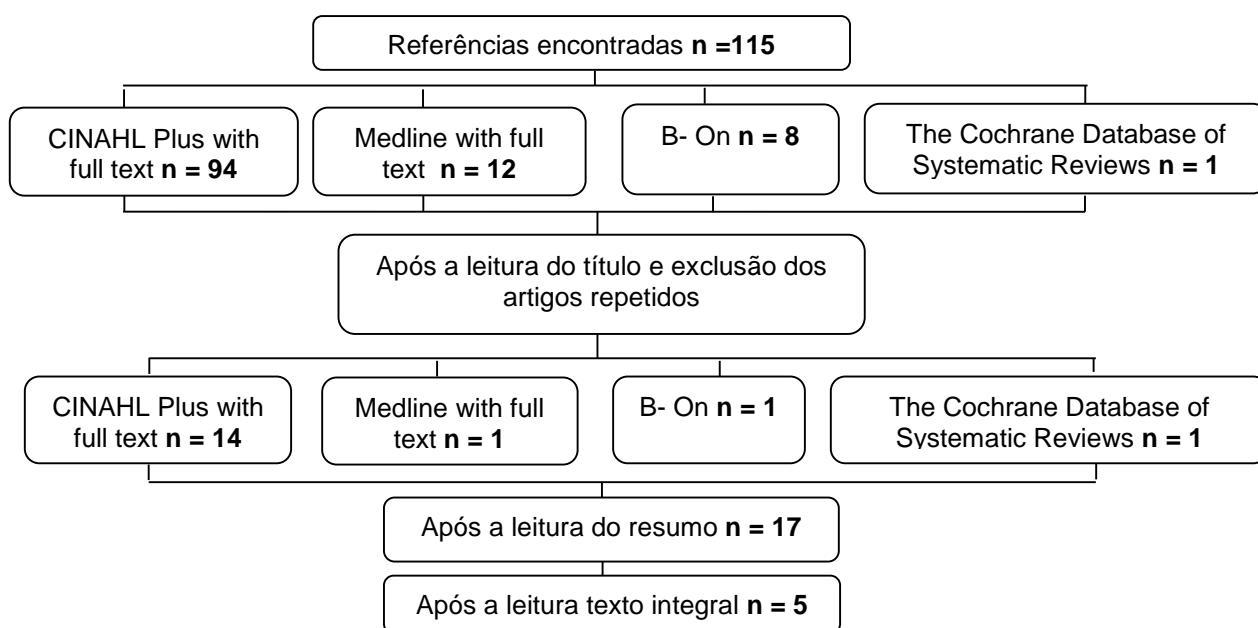
**Quadro 2. Critérios de inclusão.**

	<b>Critérios de inclusão</b>
<b>Desenho</b>	Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa que estejam escritos em Português, Inglês ou Espanhol e que tenham sido publicados a partir do ano 2009. Literatura de referência.
<b>População</b>	Grávidas em trabalho de parto. Puérperas.
<b>Fenómeno de interesse</b>	Estudos e/ou literatura que indiquem, descrevam e/ou explorem os benefícios da liberdade de movimentos e livre escolha da mulher em trabalho de parto.
<b>Contexto</b>	Estudos que se enquadrem no primeiro ou segundo estágio do trabalho de parto.
<b>Acessibilidade</b>	Bases de Dados: EBSHO Host / B-on /The Cochrane Database of Systematic Reviews

Do total de 115 artigos identificados, foi realizada uma leitura dos títulos e excluídos os artigos repetidos ou cujo tema não se incluía nos critérios de inclusão. Após esta seleção inicial, na CINAHL Plus with full text, foram selecionados 14 artigos, na Medline with full text 1 artigo, na B-On 1 artigo e The Cochrane Database of Systematic Reviews manteve-se 1 artigo para a leitura do resumo.

Do total de 17 artigos, após a leitura integral, foram selecionados 5 artigos, todos em inglês, que constituiriam a base para a revisão a literatura. A sua análise encontra-se em síntese, no Apêndice II.

**Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos**



Após a análise dos artigos selecionados, foi demonstrado pela evidência científica que a liberdade de movimentos durante o TP e o parto é facilitadora de uma evolução positiva do parto (referência a um grau menor de dor e duração do 1º e 2º estágio do TP) e contribui para um sentimento de bem-estar e aumento de autonomia.

Segundo Nieuwenhuijze, M. J. et al (2013), a maior parte das mulheres considera que ter influência na escolha na posição de parto contribui para a sensação de controlo durante o nascimento, assim como as aulas pré-parto, pensar sobre o nascimento durante a gravidez e o nível de dor. A sensação de controlo reproduz satisfação na experiência do nascimento e bem-estar. As mulheres consideraram que parteiras e acompanhantes têm implicações na escolha na posição de parto, pois transmitem confiança e segurança. A parteira é a pessoa que mais tem influência na escolha da posição para parir, pois as mulheres necessitam da sua capacidade de advogar por elas, do seu suporte e conhecimentos para as ajudar a decidir. A escolha das mulheres na posição de parir assenta também na sua preferência, no entanto a sua decisão final depende das suas necessidades individuais e das circunstâncias.

De acordo com a revisão da literatura elaborada por Lawrence, A. et al. (2013), existe evidência que caminhar e as posições verticais reduzem o 1º estágio do TP, o risco de parto por cesariana, necessidade de epidural e diminui a necessidade dos RN serem admitidos em unidades neonatais; A mobilidade e a adoção de posições verticais não parecem estar associadas a efeitos negativos sobre as mães e os recém-nascidos; Ficou claro para os autores que a maior parte das mulheres prefere alterações de posicionamento durante o TP e se lhes for dada a possibilidade, muitas escolhem estar de pé e andar durante o primeiro estágio do TP, acabando por regressar ao leito, por sua iniciativa, pois o TP progrediu. Os autores deste estudo dada a grande heterogeneidade e viés dos estudos selecionados, ressaltam que é necessário continuar a investigar para confirmar com alguma confiança os verdadeiros riscos e benefícios de posições verticais e móveis em comparação com a posição de reclinada. No entanto, com base nos resultados atuais, é recomendado que mulheres em TP de baixo risco sejam informadas sobre os benefícios das posições verticais e incentivadas e

ajudadas a assumir qualquer posição que escolham. Não devem ser privadas da sua liberdade de movimentos, a menos que indicado clinicamente e não deverão passar grandes períodos em decúbito dorsal.

Thies-Lagergren, L. et al. (2013) efetuou um estudo follow-up randomizado, onde foi aplicado um questionário para explorar as experiências das mulheres acerca das posições de parto (entre 2010 e 2011). A principal conclusão deste estudo foi que as mulheres que pariram no banco de parto sentiram que tiveram um papel na decisão sobre a posição de nascimento e que tinha sido dada a oportunidade de assumir a sua posição preferida. Estas mulheres relataram frequentemente emoções como “ sentir-se poderosa, protegida e autoconfiante” em relação às mulheres que não aderiram à alternância de posições. Revelou que as mulheres querem ser participantes ativas nas decisões que dizem respeito ao seu cuidado, no entanto não querem tomar todas as decisões, mas trabalhar em parceria. As mulheres que pariram no banco de nascimento e que tiveram oportunidade para escolher livremente a posição adotada durante o parto, expressaram sentimentos de participação na tomada de decisão; isto pode ser explicado por terem sido partos com menos complicações auto-relatadas e porque as parteiras evidenciaram pensamentos positivos acerca do parto na posição vertical. O empoderamento das mulheres através da participação na tomada de decisão fez reduzir o medo do parto e contribuiu para uma experiência de parto mais positiva. Os autores concluíram ainda que as parteiras estão conscientes do potencial impacto que as posições de nascimento têm na maneira como a mulher experiencia o nascimento e que deixar a mulher escolher a posição que lhe é mais favorável tem evidência de boa prática.

Jonge, A et al (2009) concluiu que mulheres mais velhas e com maiores níveis de escolaridade são mais permeáveis a escolher posições não supinas. Foi evidente a desigualdade na capacidade de escolha das diferentes posições, associado ao grau de educação, pois as mulheres com maiores níveis de educação têm acesso mais fácil à informação sobre as posições não supinas. A escolha da posição durante o parto aumenta o sentimento de controlo e a satisfação com o parto, pelo que é necessário continuar a investir na educação

das mulheres, parteiras, médicos e público em geral, para o reconhecimento das alternativas à posição supina como uma opção lógica para muitas mulheres, sendo que parteiras e obstetras têm um importante papel no que diz respeito a ajudar as mulheres a escolherem a posição que é mais confortável para cada uma em cada situação. Capacitar as mulheres na escolha da posição de parto tem evidência de boa prática.

Priddis, H. et al. (2012) realizou uma revisão da literatura nas seguintes bases de dados: CINAHL, CIAP, o Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline. Da análise dos resultados, os autores consideraram que a nível **do impacto das posições sobre a duração do TP**, o posicionamento vertical (sentada, em pé, a andar e de cócoras) comparado à posição supina, apresenta uma redução estatisticamente significativa na duração do 1º estágio do TP em cerca de 1 h, em comparação com a supinação e posições reclinadas. As mulheres estiveram menos propensas a solicitar a epidural. A redução da duração do 1º estágio do TP foi registrado em posições verticais não deambulantes (sentada ou semi-ajoelhada) em comparação com grupos de controlo (em posições reclinadas). A deambulação não mostrou redução significativa. A comparação da posição vertical ou lateral com a posição supina, demonstrou uma redução da duração do 2º estágio do TP para as mulheres primíparas, no entanto não houve diferença significativa para as mulheres múltíparas. O **Impacto do Posicionamento no volume de perda de sangue no 3º e 4º estágio do TP** ainda não está claro. Num estudo randomizado acerca da atitude expectante dos profissionais no 3º estágio do TP face à atitude ativa analisado nesta revisão, os resultados sugeriram que a conduta expectante resultou num aumento significativo do risco de hemorragia no pós-parto em comparação com a gestão ativa, independentemente do posicionamento. Noutro encontraram um aumento significativo na perda de sangue estimada de mais de 500 ml nas mulheres em posição vertical, lateral e com o uso de um banco de nascimento contra a posição supina; no entanto nesta revisão não encontraram diferenças significativas entre a posição ereta e supina, necessidade de transfusões de sangue, remoção manual da placenta. Relativamente aos **resultados perineais**, os dados demonstraram que as lesões perineais foram maiores na posição de semideitada no período expulsivo em comparação com

todas as outras posições; uma maior percentagem de lesões perineais na posição de cócoras, face à posição lateral e quando comparada a posição ereta contra a supina, verificou-se um aumento de lesões perineais nas posições verticais, sem impacto significativo nos riscos de lesões grave. Quanto ao **Impacto no Feto/RN**, a pesquisa não relatou nenhuma diferença nos scores de Apgar, alterações da frequência cardíaca fetal ou neonatal e necessidade de reanimação. Apenas foi detetado uma redução no pH do sangue arterial do cordão umbilical na posição supina, que não atingiu significância estatística. Os resultados desta revisão da literatura demonstraram que existem benefícios físicos e psicológicos na adoção de posições fisiológicas durante o parto, por escolha da mulher. Mulheres que decidem adotar posições verticais têm menor tempo de duração do 1º e 2º estágio do TP. A preferência de posições e a filosofia dos profissionais têm impacto na posição que a mulher adota durante o parto. Esta revisão mostrou ainda a importância do impacto do ambiente em relação à segurança da parturiente. Quando uma mulher em TP se sente insegura, as vias neuro-hormonais que estão ativadas durante o processo de TP ficam alteradas, podendo levar a potenciar o medo e aumento a libertação de hormonas como a adrenalina e noradrenalina e conseqüentemente diminuindo a libertação de oxitocina, responsável por estimular as contrações uterinas regulares, o que pode alterar a evolução do TP. Para além disso, a filosofia de cuidados também tem implicações. Um modelo em que a mulher não é apenas um sujeito passivo, alvo do consentimento informado, mas um elemento ativo em todo o TP, com acesso a informação e de apoio à sua tomada de decisão, é proporcionador na mulher da capacidade em alternar posições durante o TP, favorecendo a sua autonomia e sensação de controlo.

## **2.2. Prática Reflexiva**

De acordo com Walsh, D (2012), os EESMO têm a responsabilidade de efetuar uma prática reflexiva de forma a conseguir elaborar julgamentos clínicos de qualidade, em parceria com as mulheres, evitando recair sobre uma prática normativa e pouco adequada à individualidade de cada cliente.

De seguida será explanada a forma como foram adquiridas as competências e contextualizado o ECR, tendo em conta os objetivos, atividades e resultados planeados para o ECR, que se encontram no apêndice I.

### **2.2.1. Contextualização do Estágio com Relatório**

O ECR foi desenvolvido num hospital central na margem sul do Tejo. Uma EPE, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e iniciou a sua atividade em 1991. Serve uma população estimada em cerca de 400 mil habitantes, dispõe de uma lotação de 585 camas, distribuídas por várias especialidades e serviços de referência que apoiam regularmente outros hospitais. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população da sua área de abrangência, desenvolver atividades de investigação e formação protocolada com entidades públicas e privadas. Enquadra ainda um conjunto de valores fundamentais, onde se coloca o utente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde, promoção da saúde, da equidade no acesso, promoção da qualidade e respeito pelos princípios éticos. Está classificado com Hospital Perinatal Diferenciado e dá resposta a utentes da zona sul do país e ilhas e tem capacidade de dar assistência multidisciplinar para patologias associadas ou concomitantes da gravidez. Dispõe de centro de diagnóstico pré-natal (CDPN), um centro de infertilidade e reprodução medicamente assistida (CIRMA), uma unidade de cuidados intensivos neonatais e é certificado como Hospital Amigo dos Bebés desde 2005 pela UNICEF.

O Serviço de Urgência Obstétrica/ Ginecológica (SUOG) e Bloco de Partos (BP) são duas unidades funcionais do serviço de Obstetrícia e Ginecologia e foram os contextos específicos da realização deste estágio. Os cuidados são assegurados pela mesma equipa de saúde, constituída por obstetras, EESMOs, enfermeiros de cuidados gerais e assistentes operacionais.

A urgência é constituída por 3 salas de atendimento, uma sala para exames cardiocográficos, um bloco operatório, uma sala de ecografia, 2 WC, um dos quais com duche, uma sala de desinfeção/lixos e uma unidade de internamento com capacidade para 2 camas.

No SUOG são prestados cuidados de enfermagem a mulheres desde a adolescência em situação de doença no âmbito ginecológico e obstétrico (grávidas, puérperas, parturientes).

O Bloco de Partos é constituído por 4 unidades individuais para parto, uma sala de dilatação e vigilância de grávidas com 3 camas, sala de cuidados imediatos ao RN, duas salas operatórias e uma sala de cuidados especiais com 2 camas (recobro), uma copa, um vestiário, uma sala para o pessoal, 1 WC para o pessoal e outro para as grávidas, uma sala de desinfeção/lixos. As unidades individuais para o parto são equipadas por cardiocógrafa com telemetria, que permite a liberdade de movimentos da parturiente durante a monitorização fetal, cama de parto, sofá, bancada, sistema de aspiração de baixa pressão, rampa de oxigénio, monitor para vigilância dos parâmetros vitais maternos, sistema de música, bola de nascimento e sistema de suporte no teto (o qual permite que a parturiente se apoie e faça força). É incentivada e encorajada a permanência de um acompanhante ao longo de todo o trabalho de parto, sendo que várias pessoas podem alternar entre si, de acordo com as preferências da parturiente/casal. O Acompanhante é considerado como um parceiro de cuidados e é estimulada a sua participação.

O BP atende grávidas com patologia obstétrica, mulheres em TP quer sejam provenientes do SUOG ou do internamento de Materno-Fetal, mulheres para realização de cesariana eletiva e realização de cirurgias do foro ginecológico.

## **2.2.2. Análise e Discussão dos Objetivos, Atividades e Resultados**

### **Objetivo 1**

**Desenvolver uma prática profissional centrada nas mulheres, famílias e respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão (Competência A do Regulamento Competências Comuns da OE). (Lei nº 122/2011 de 18 de Fevereiro,2011);**

De acordo com RCM (2011), as parteiras devem desenvolver uma prática profissional centrada nas mulheres que dê prioridade às suas necessidades das e desejos. Fraser & Cooper (2009) referem que a Parteira é o profissional de saúde que tem a responsabilidade de trabalhar em parceria com as mulheres, executando aconselhamento e educação para a saúde e autocuidado. A sua ação deve ser estendida ao casal, família e contexto na comunidade. Deve trabalhar, no sentido de minimizar o risco materno-fetal, reconhecendo as áreas fora do seu âmbito de atuação.

A gravidez e o nascimento de um filho são uma fase de grande transformação na vida do casal e da sua família. Exigem uma reorganização e redefinição dos novos papéis que cada um terá com a chegada do novo membro da família. (Lowdermilk, 2008). Procurei ter um papel preponderante nesta fase do ciclo familiar, atuando como elemento facilitador desta transição. Na situação específica do Bloco de Partos, dada a eminência do nascimento, todo o processo é circundado de emoções, anseios e receios, necessitando de uma intervenção, por parte do enfermeiro mais profunda e holística dada a imensidão de alterações na dinâmica familiar aquando do nascimento.

Ao longo dos vários EC, foi-me possível desenvolver este objetivo através de uma prática de cuidados centrados nas mulheres e suas famílias. Tive a oportunidade de prestar cuidados a mulheres de várias nacionalidades e crenças religiosas, o que obrigou a uma adequação da minha prática profissional para prestar cuidados culturalmente sensíveis. Procurei focar-me no aumento da autonomia da mulher/casal e família, como um valor ético, mas também porque permite um maior desenvolvimento e capacitação do nosso foco de cuidados. Promover a autonomia das mulheres/casais é dar-lhes a conhecer as várias

opções que dispõem no sistema de cuidados e contexto específico, facilitando-lhes o acesso, mas também aumentar os seus conhecimentos acerca da sua saúde, da gravidez e do parto, permitindo que tomem decisões fundamentadas, assunção na responsabilidade da sua saúde e um papel ativo na gestão da mesma, ouvindo as suas opiniões acerca dos meus cuidados, tendo em conta as suas expectativas. É também paralelamente uma dimensão ética dos cuidados de conforto descritos por Kolcaba. Esta teoria assenta na capacitação e motivação dos utentes para que possam tomar as suas próprias decisões em prol dos seus interesses.

Prestar cuidados respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão, é acima de tudo um dever e obrigação profissional e sobre os quais assentam a essência dos nossos cuidados. Tal como durante o exercício profissional, enquanto enfermeira de cuidados gerais, também na situação de estudante de EESMO, me vi deparada com situações inesperadas, que suscitaram dúvidas e obrigaram ao exercício de aconselhamento profissional, com base no nosso código deontológico.

## **Objetivo 2**

**Desenvolver capacidade de análise e reflexão sobre a prática clínica desenvolvida ao longo dos Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório na aquisição de competências especializadas em saúde materna e obstétrica;**

Johns, C. (2000), indica que desenvolver uma prática reflexiva é um caminho que exige um modelo de reflexão estruturado. Refletir exige um olhar interior e um espaço próprio, como que um isolamento do exterior, que favoreça a compreensão do fenómeno e permita analisá-lo de várias formas e perspetivas, não isolando os nossos próprios pensamentos e emoções, mas incorporando-os na nossa reflexão; seguidamente, e não menos importante, devemos escrever o que nos marcou na realização da ação, permitindo uma maior consciencialização da mesma. Conseguir refletir e estar desperto para essa necessidade constituiu-se como um desafio na nossa prática, fazê-lo faz parte das nossas responsabilidades enquanto profissionais, por cuidarmos de pessoas singulares. Só através da reflexão se consegue uma consciencialização da prática.

Ao longo deste percurso, tive sempre a preocupação de analisar e refletir sobre inúmeras situações que vivi e atividades que realizei. Embora este fosse um dos meus objetivos para o ECR, senti que era algo que se sobrepunha a esse objetivo, era uma necessidade para conseguir adquirir e compreender as situações e dificuldades com que me deparei ao longo deste percurso. Durante o ECR, senti a verdadeira necessidade de refletir sobre a prática, para conseguir compreender as situações vividas e melhorar a minha ação. Senti que a reflexão, quer fosse realizada de uma maneira formal, através dos jornais de aprendizagem, das reuniões com a docente orientadora, de uma maneira mais informal com o orientador do local de estágio ou mesmo sozinha, se constituía como uma forma de crescimento e evolução, de pensar em novas perspetivas e encontrar respostas para os desafios. A reflexão é resultado de um processo subjetivo que é iniciado na recolha de dados da situação vivida pelo enfermeiro na relação com o cliente em confronto com a teoria. No entanto, face à complexidade dos nossos cuidados, é importante, conseguir desenvolver um raciocínio, que permita evoluir em termos profissionais.

Segundo Tanner (2006), o julgamento clínico em enfermagem é influenciado por aquilo que os enfermeiros já sabem e trazem para a situação, pelo conhecimento do cliente, do seu padrão de resposta e preocupações; os julgamentos clínicos são influenciados pela cultura da unidade de cuidados de enfermagem onde o enfermeiro desempenha as suas funções e, por último, a reflexão sobre o julgamento clínico é uma prática fundamental para a melhoria clínica e do raciocínio. Tanner (2006) demonstra ainda a importância do “background” do enfermeiro, do seu conhecimento da situação e do seu contexto para o resultado final da sua interpretação e resposta à situação. Enquanto futura enfermeira especialista, senti a necessidade de desenvolver a reflexão sobre o meu julgamento clínico, o que proporcionou uma progressiva autonomia na capacidade de negociação com os orientadores e que se refletiu numa crescente capacidade para a tomada de decisão e autonomia na prática de cuidados. Considero ter conseguido desenvolver este objetivo em pleno, com a colaboração do enfermeiro e docente orientador do ECR.

A realização deste relatório é uma atividade que concorre para a consecução deste objetivo, tendo sido uma preocupação descrever o processo de aquisição de competência, através de uma prática reflexiva, orientada para o modelo de conforto de Kolcaba.

### **Objetivo 3**

**Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher e família no contexto de Urgência Obstétrica, potenciando o seu bem-estar (Competência 2 OE e III ICM). (Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro,2011; ICM,2010);**

Durante o estágio com relatório, prestei cuidados a mulheres/casais/famílias e RN que recorreram ao SUOG. Estas competências foram desenvolvidas numa fase final do estágio. Este planeamento realizado pelo meu orientador do local de estágio, foi uma enorme mais-valia, pois permitiu-me contar com a experiência vivida em BP, sem estar preocupada em dar resposta aos números exigidos na nossa formação, pois já havia cumprido os mínimos exigidos pela diretiva europeia para a formação de parteiras e estar mais disponível para as inúmeras situações vividas no SUOG.

O SUOG é pela sua natureza de serviço de urgência, onde as situações com que nos deparamos são diversas e inesperadas, exigindo ao EESMO um vasto leque de conhecimentos, associado à experiência, permitindo um diagnóstico adequado.

O primeiro contacto da grávida ou puérpera com o enfermeiro acontece na triagem. Antes disso, a mulher é recebida pela assistente administrativa que realiza a sua inscrição, ficando a aguardar na sala de espera pela triagem. O enfermeiro através do sistema informático ALERT® consegue perceber quais as utentes em lista de espera para serem triadas e faz a chamada. A triagem é realizada através do sistema de Manchester. Ao longo da minha permanência no SUOG, percebi que é de extrema importância desenvolver uma atitude empática e de assertividade para conseguir identificar o motivo da vinda à urgência. É essencial ter uma atitude calma, segura e utilizar uma linguagem clara e adequada às utentes, de acordo com as suas características. Durante o

acolhimento da grávida ou puérpera, apresentei-me de forma empática, de forma a mostrar disponibilidade, determinar o motivo de vinda ao SUOG, sendo que por vezes os motivos que levam a recorrer à urgência são do foro familiar, íntimo e difíceis de partilhar. Foi importante, e constituiu uma preocupação da minha parte, não deixar transparecer juízos de valor, permitindo que a pessoa se sinta confortável a partilhar a sua história e estabelecendo uma relação de confiança. A relação de confiança no SUOG é um fator de extrema importância e muitas vezes difícil de estabelecer dado o curto período de contato entre o profissional de saúde e a utente, mas é essencial em situações complexas, como violação, violência doméstica, relação sexuais não protegidas, entre outras situações. Tal como nos refere Hesbeen (2000), “Tecer laços de confiança com uma pessoa que acaba de ser admitida no hospital (...) precisa de um processo particular impregnado de (...) pequenas coisas que constituem os cuidados de enfermagem (...) que permite diminuir a ansiedade associada a um ambiente que não se conhece ou a uma situação inquietante.” (Hesbeen, 2000, p.105)

No SUOG tive a oportunidade de realizar triagem, através da colheita de dados para a anamnese, consulta do BSG e exames de complementares de diagnóstico, tendo como objetivo a compreensão da situação e identificação precoce de complicações. Realizei observação física da grávida e de acordo a IG, a avaliação da estática fetal, através das manobras de Leopold, avaliação do bem-estar materno-fetal através da ABCF, vigilância e monitorização da FCF e contratilidade uterina por CTG. Nas primeiras triagens realizei observação participada das intervenções do orientador do local de estágio, tendo de seguida sido supervisionada a realizar a triagem e numa última fase, de forma autónoma. Durante as minhas intervenções, tive sempre a preocupação de identificar as necessidades de conforto das utentes e estabelecer medidas de correção dessas necessidades de acordo com a teoria de Kolcaba.

Prestei cuidados a utentes que recorreram à urgência por suspeita de infeção do trato urinário, dor abdominal e pélvica, perda vaginal durante a gravidez, aborto, APPT, HTA induzida pela gravidez, REBA, RPM, contratilidade regular, TP em fase latente e ativa, complicações resultantes de IVG, diminuição

da percepção dos MF, sinais de infecção na sutura operatória ou vaginal e sinais inflamatórios na mama durante a amamentação.

Administrei terapêutica, realizei colheita de produtos para análises laboratoriais (sangue e urina), interpretei valores analíticos e analisei exames complementares de diagnóstico. Colaborei na transferência de grávidas para o serviço Materno-fetal, quando se justificou o internamento.

Em situações de suspeita de TP ativo, foi realizado o exame vaginal, com objetivo de avaliar a dilatação e apagamento do colo uterino, descida da apresentação, assim como estado das membranas e características do LA no caso de se verificar BAR. Caso a grávida se apresentasse em TP ativo, fazia o seu acompanhamento e transferência para o BP. Na instituição onde realizei o estágio, não são realizados procedimentos como a tricotomia ou a aplicação de clisteres por rotina, práticas desaconselhadas pela WHO desde 1996.

Realizei educação para a saúde a grávidas, mulheres e adolescentes que recorreram ao SUOG, de acordo com cada situação, tendo em vista a promoção do autocuidado e autonomia face à sua situação de saúde/doença. Prestei cuidados de acordo com os pressupostos da teoria de conforto de Katherine Kolcaba e elaborei registos de enfermagem adequados de forma a garantir a continuidade de cuidados, quer nas situações de internamento, quer na alta. Face ao regulamento do EESMOG, o EESMO “diagnostica e monitoriza a gravidez, informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas do parto, identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2011). Sempre que senti que a situação com que me deparava estava para além das minhas competências, referenciava ao meu orientador de estágio ou a outro profissional da equipa de saúde.

Senti que para conseguir ficar completamente integrada nas diferentes atividades realizadas no SUOG, assim como dar uma resposta totalmente autónoma, teria beneficiado de uma permanência mais prolongada. Dado o tempo disponível, consegui realizar uma evolução favorável nas minhas competências.

#### **Objetivo 4**

**Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, RN e família, durante os quatro estádios do trabalho de parto e atuar em situações de emergência de forma a garantir a saúde da mulher e RN (Competência 3 OE e IV ICM). (Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro,2011; ICM,2010);**

Este objetivo foi o que necessitou de um maior investimento ao longo do ECR e que mais desafios me levantou enquanto profissional e pessoa. Pela primeira vez na minha condição de estudante e até de profissional senti que não seria capaz dada a complexidade de situações e a minha inexperiência face ao TP e Parto. Embora numa fase inicial, me tenha sentido pouco preparada face à enormidade de situações novas, reconheço que ter pesquisado evidência científica e ter uma constante preocupação em aumentar os meus conhecimentos teóricos foi uma enorme mais-valia para conseguir alcançar as minhas competências e possibilitou momentos de partilha e reflexão com o orientador do ECR.

Segundo Lowdermilk (2008) os cuidados de enfermagem devem centrar-se na avaliação e apoio à mulher e sua família durante todo o TP favorecendo os melhores resultados possíveis. Esta foi sempre uma das minhas maiores preocupações e foco de trabalho, incentivada pela filosofia de cuidados do orientador do ECR: o apoio. Estar disponível, esclarecer dúvidas, estabelecer uma relação de confiança e encorajar. Conseguir ter esta postura e estabelecer estes cuidados no início do estágio foi difícil, uma vez que ainda não me sentia segura na minha prestação e constantemente assaltada por dúvidas acerca do melhor a fazer ou dizer. Numa primeira fase fui sempre assistida pelo enfermeiro orientador que me mostrou com pequenos gestos, como estar presente, demonstrar confiança, uma atitude positiva e apoio, são fatores fundamentais e que fazem toda a diferença na condução do TP e na gestão do stresse, medos e ansios de parturientes e acompanhantes.

Durante o ECR, prestei cuidados de enfermagem especializados a 71 parturientes e suas famílias nos diferentes estádios do TP, tentando ir ao encontro das atividades delineadas no projeto de aprendizagem, de acordo com

a grelha de avaliação de desempenho da UC ECR e com os pressupostos da teoria de conforto de Katherine Kolcaba. Monitorizei o risco materno-fetal e identifiquei desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto procedendo à referenciação para outros profissionais sempre que as situações estavam para além da área de atuação do EESMO, de acordo com o regulamento de competências do EESMOG.

Numa primeira fase, de integração ao serviço, prestei cuidados através da observação participada nos cuidados especializados prestados pelo enfermeiro orientador e gradualmente fui evoluindo no sentido da autonomia, conseguindo numa fase final do ECR, prestar cuidados de forma completamente autónoma nos 4 estádios do TP. O enfermeiro orientador do ECR privilegiou a continuidade de cuidados, tentando manter-me afastada da preocupação com os números de partos realizados, mas garantido que a minha aprendizagem era sustentada.

De acordo com Lowdermilk (2008), o trabalho de parto divide-se em 4 estádios, que são definidos da seguinte forma: O **1º estágio** inicia-se com a instalação de contrações uterinas regulares que resultam na dilatação e apagamento totais do colo. O **2º estágio** vai desde a dilatação completa até à expulsão completa do feto. O **3º estágio** do TP decorre desde o nascimento até à expulsão completa da placenta. O **4º estágio** compreende o pós-parto imediato (2 horas após o parto).

No **1º estágio** realizei o acolhimento ao serviço das parturientes e acompanhantes transferidos do SUOG, do serviço de Medicina Materno Fetal, apresentando-me e explicitando a minha condição de estudante de EESMO, mantendo uma atitude empática e estabelecendo relação de confiança com a parturiente e acompanhantes significativos. Promovi a segurança, a manutenção de um ambiente tranquilizador e proporcionador de conforto de acordo com as preferências da parturiente e as características do serviço (cada sala de parto está pintada de cores suaves, com pinturas nas paredes, tem disponível aparelho de radio e CD e luzes que podem ser adaptadas às necessidades dos profissionais e preferências das parturientes, o que permite muitas reduzir a luz).

Foi questionado a todas as parturientes se tinham plano de parto escrito ou idealizado para que pudesse adequar os meus cuidados aos desejos e expectativas da parturiente/casal. De acordo com OE um dos pontos-chave na assistência da parteira deve ser encorajar a mulher, mesmo sem plano de parto a pronunciar as suas expectativas e sentir que são suportadas pela parteira. (OE, 2015). A parturiente e acompanhantes foram sempre encarados com parceiros de cuidados, obtendo o seu consentimento informado e respeitando a sua liberdade de escolha, tendo sido estabelecidos planos de cuidados individualizados, de acordo com as características e preferências da parturiente, tendo em vista a promoção do bem-estar e conforto. Identifiquei necessidades de conforto da parturiente, família ou acompanhante nas suas diferentes variáveis e executei cuidados promotores do seu conforto, avaliando as minhas intervenções através do resultado das mesmas.

Consultei o processo da parturiente, BSG e exames complementares de diagnóstico, tendo em vista a recolha de informação para garantir cuidados adequados, pertinentes e antecipar situações de risco.

Realizei a observação física da grávida e avaliação de sinais vitais maternos, ABCF, realização de manobras de Leopold e realização de CTG (a maior parte das vezes e sempre que disponível em modo de telemetria, para permitir a liberdade de movimentos da parturiente) para interpretação da contratilidade materna, FCF e variabilidade fetal, despistando desvios da normalidade, identificando situações de desaceleração ou taquicardia fetal e estabelecendo medidas de correção. Todas as parturientes realizam CTG, mas na maior parte dos casos a monitorização não é contínua, se o traçado cardíaco fetal não sugerir alterações, permitindo-se que a parturiente caminhe, se desloque ao WC ou permaneça períodos na bola desmonitorizada, de acordo com as *guidelines* da WHO e NICE.

Durante o ECR realizei o exame vaginal, com o objetivo de monitorizar a evolução do TP, através da dilatação e apagamento do colo, variedade fetal, descida da apresentação e avaliação das características do LA, se BAR. Avaliei a estrutura pélvica face à adequação do feto. Numa fase inicial, a realização do exame vaginal apresentou-se com uma enorme dificuldade, por não conseguir

observar e avaliar corretamente todas as características necessárias, no entanto dada a diversidade de experiências consegui ter a percepção das características e superar as minhas dificuldades. O número de exames vaginais limitou-se aos necessários de acordo com as queixas da parturiente para minimizar a invasão da privacidade e intimidade da mulher (FAME e APEO, 2009). Registei a evolução do TP em partograma no processo em papel e informático da parturiente.

Prestei cuidados a parturientes com patologia associada à gravidez, como HTA induzida pela gravidez, diabetes gestacional e colestase gravídica, consultando os protocolos estabelecidos pelo serviço e prestando cuidados de acordo com os mesmos. A todas as parturientes a quem prestei cuidados tive a preocupação da deteção precoce de problemas que condicionassem o bem-estar materno e fetal, despistando sinais de infeção ou alterações nos sinais vitais maternos e fetais.

Em situações de desaceleração fetal, foram estabelecidas medidas de reanimação *in útero* como alterações do decúbito, ingestão de glicose pela parturiente e administração de líquidos intravenosos. Foi ainda colocado O<sub>2</sub> por MF à parturiente de acordo com o protocolo do serviço, sendo que atualmente não há indicador de evidência do benefício da administração de O<sub>2</sub> materno na bradicardia fetal (NICE, 2014). Esta questão foi debatida com o enfermeiro orientador. Nas situações em que não se conseguiram reverter as alterações hemodinâmicas da parturiente ou feto foi imediatamente realizada a referenciação para outros profissionais de saúde.

De acordo com recomendações emanadas pela WHO (2014) não foram realizadas amniotomias por rotina, sempre o TP esteve a evoluir normalmente e garantido o bem-estar materno fetal. Realizei sete amniotomias, como estratégia para acelerar o trabalho de parto, para colocação de monitorização fetal interna e de acordo com o consentimento informado da parturiente. Em três destas situações verificou-se pouca quantidade de LA, presença de mecónio associado a bradicardia fetal, pelo que realizei a técnica da amnioinfusão com solução salina aquecida com bom resultado na FCF. Tive a oportunidade de colocar 4 monitorizações internas, considerando que é um procedimento invasivo e

limitado a situações em que a monitorização externa não se consegue obter em boas condições e há a necessidade de rigor na vigilância. Todos estes procedimentos foram explicados às parturientes e obtido o seu consentimento, o que permitiu a diminuição da ansiedade materna.

Exceto nas parturientes que recusaram a punção venosa para a administração de fluídos endovenosos (duas continham esse pedido no seu plano de parto), todas as parturientes foram puncionadas, com o objetivo de se ter um acesso venoso permeável para administração de terapêutica em situação de emergência e fluidos endovenosos de acordo com o protocolado pelo serviço, tendo em atenção a sobrecarga hídrica da parturiente, mas também a sua necessidade de hidratação.

Sabendo que “ uma bexiga distendida pode inibir a descida da apresentação, inibir as contrações uterinas e provocar a diminuição do tónus da bexiga e atonia após o parto” (Lowdermilk, 2008, p.445), mantive a vigilância da eliminação vesical das parturientes e estimei a eliminação vesical através do uso da arrastadeira ou ida ao WC (foi a prática mais frequente). As mulheres que foram submetidas a analgesia loco-regional e dado o risco de retenção, caso não conseguissem urinar de forma espontânea, eram submetidas a esvaziamento vesical, sob o seu consentimento.

Ao longo do TP, incentivei a parturiente a manter a hidratação e alimentar-se conforme as suas necessidades. Foi incentivada a ingestão de líquidos cristalinos, como água e chá, mas também gelatina, sumos e bolachas de forma a garantir um aporte calórico e de hidratos de carbono para fazer face ao enorme gasto energético que o TP exige, de acordo com o protocolo do serviço, indicador de evidência da OE – Projeto Maternidade com Qualidade (2012), *guideline* da WHO (1996) e NICE (2014).

A dor da parturiente foi uma questão bastante desenvolvida ao longo do ECR, porque foi sendo evidente que a gestão da dor, assim como da ansiedade e stresse são fatores essenciais para que a mulher vivencie o seu parto da melhor maneira possível. Foram oferecidas às mulheres tanto técnicas não farmacológicas, como a massagem, a liberdade de movimentos, o uso da bola

de nascimento ou o duche como medidas farmacológicas como a administração de analgésicos e a analgesia loco-regional. No entanto a gestão da dor durante o TP não se resume à administração de um medicamento, à realização de epidural ou até mesmo a um duche e uma massagem. A dor acompanha a parturiente durante todos os estádios do TP e é sentida e vivenciada por cada mulher de forma muito diferente. Tentei, juntamente com o orientador do local de estágio, perceber quais eram as expectativas da mulher face à dor e quais as suas preferências na gestão da mesma, oferecendo todos os recursos existentes. Na maior parte dos casos, a terapia loco-regional não soluciona de forma completa a dor da parturiente e por isso nunca pode ser a única alternativa a fornecer, mas antes um acompanhamento pelo EESMO e a sua capacidade para identificar medidas de conforto para a parturiente, assim como a capacitação da mulher para gerir a dor, respirar durante as contrações e implementar medidas não farmacológicas.

No **2º estágio do TP** realizei 42 partos de apresentação cefálica, executando a técnica adequada, e colaborei em 15 partos distócicos (7 aplicações de ventosa, 3 aplicações de fórceps e 5 cesarianas). Durante o 2º estágio foi mantida a monitorização com CTG para avaliação da FCF e contrações uterinas. Realizei o exame vaginal para monitorizar a descida e variedade da apresentação, estado das membranas e características do LA. Durante este período, a parturiente foi incentivada a “escutar o seu corpo”, a adotar a posição que lhe fosse mais favorável e confortável (dado o meu projeto para este ECR, este aspeto será descrito com detalhe no próximo objetivo), no entanto muitas vezes foram incentivadas posições específicas por serem mais favoráveis para o período expulsivo ou para determinadas variedades fetais. Neste período, o enfermeiro orientador sugeriu em algumas parturientes que não tinham realizado analgesia epidural, o bloqueio dos pudendos, que realizei e observei em sete parturientes. Dada a complexidade da técnica, eu apenas observei e realizei pesquisa bibliográfica sobre a mesma.

Incentivei as parturientes a realizar esforços expulsivos, apenas quando sentiram essa necessidade, de acordo com as *guidelines* emanadas pelas instituições de referência como a WHO (2014) e NICE (2014). A grande maioria

das parturientes manifestou vontade de fazer força e descreveu uma pressão no períneo e ânus, aquando da dilatação completa. Ao longo do acompanhamento da parturiente realizei ensino sobre a forma de efetuar a respiração durante as contrações e o período expulsivo. No período expulsivo foi necessário um acompanhamento forte e presente, um encorajamento quase constante, para que as parturientes se sentissem capazes e confiantes para fazer força e conseguir expulsar o feto. Antes do ECR, embora já tivesse assistido a partos durante a licenciatura e observado vídeos, não tinha a perceção da enormidade de força e concentração que a mulher tem que fazer para conseguir expulsar o seu feto para a vida extrauterina.

A realização de episiotomia por rotina está contraindicada pela WHO desde 1996 e reiterada através de inúmeras *guidelines* desde então. De acordo com Hospital Care for Mothers and Newborns: Quality Assessment and Improvement Tool Second Edition - WHO (2014), a episiotomia deve ser realizada apenas quando for identificada essa necessidade ou em partos distócicos, deve ser realizada medio lateralmente e as instituições devem seguir uma política/*guideline* para a despromoção da episiotomia por rotina. Como não foi identificada essa necessidade, não realizei episiotomias no ECR. Dos 42 partos realizados, suturei 28 lacerações de Grau I, duas não foram suturadas por serem superficiais e não sangrantes e resultaram 12 períneos intactos.

Quanto a medidas de proteção do períneo, atualmente, e de acordo com a WHO (2014), utilizei a manobra de Ritgen modificada, de forma a permitir a extensão da cabeça do feto e proteger a musculatura perineal da parturiente (*hands on*); outra das medidas consideradas pela WHO (2014) – *hands poised*: deixar as mãos apenas sobre a cabeça do RN e do períneo, sem intervir, foi utilizado noutras situações, de acordo com a avaliação realizada na situação. De acordo com *guideline* baseada em evidência emitida pelo RCM (2012), foi realizada a aplicação de calor no períneo, através da utilização de soro irrigado no períneo sobre compressas. A aplicação de calor teve como objetivo o relaxamento da musculatura, alívio da dor e conforto da parturiente, o que foi verbalizado em diversas ocasiões pelas parturientes.

No **3º estágio do TP** mantive uma atitude expectante de forma a permitir a expulsão natural e completa da placenta, pesquisando os sinais de descolamento da placenta (saída de sangue pela vagina e cordão mais visível), realizando uma tração controlada do cordão, não forçando sobre o risco de rasgar o cordão e de este se separar da placenta, obrigando a manobras de revisão manual do canal de parto. Após a dequitação realizei observação detalhada da placenta, cotilédones e membranas para me assegurar da integridade das mesmas. Dos 42 partos realizados, em 2 situações existiu suspeita de fragmentação das membranas e foi realizada ecografia, uma situação foi seguida de revisão manual e instituída cobertura antibiótica, não tendo resultado em nenhuma complicação. Foi avaliado a formação do globo de segurança de Pinard, avaliadas as perdas sanguíneas vaginais e administrada Ocitocina por via endovenosa ou intramuscular de acordo com o protocolo do serviço e de *guideline* da WHO (Recommendation on maternal and perinatal health) com o objetivo da prevenção da hemorragia pós-parto.

No **4º Estádio do TP**, prestei cuidados especializados a 51 puérperas, promovendo o conforto de acordo com a Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba. Estas primeiras duas horas após o nascimento, momento especial no núcleo familiar, em que a mãe e o RN estão a recuperar do esforço do parto, mas também estão a conhecer-se e estabelecer laços e vinculação, juntamente com o pai, quase sempre presente nestes momentos. Senti muitas vezes que a minha presença era quase invisível, dada a cumplicidade deste trio familiar, que deve ser protegido. No entanto, este é um momento em que tanto a puérpera como o RN necessitam de vigilância, pois estão a dar-se alterações hemodinâmicas e de adaptação à vida extrauterina. Nesta fase inicial, a mãe ainda se encontra a realizar contato pele a pele com o RN, que é possível de manter, mesmo quando passa da marquesa de parto para a cama; A amamentação foi sempre incentivada, se o RN e a mãe estivessem disponíveis para tal. Após este período foi oferecido alimentação e hidratação à mãe, como leite, sumo ou chá, pão e bolachas, tendo em vista o aporte energético após um grande dispêndio de energia. Duas horas após o parto, realizei o exame obstétrico da puérpera, tendo em vista o despiste de complicações (hemorragia, trombose venosa profunda), avaliação dos sinais vitais para vigiar a estabilidade

hemodinâmica, vigiar a eliminação vesical (realizei o esvaziamento vesical, caso a micção não fosse espontânea) e contração uterina (com globo de segurança formado). Foram ainda avaliados a pele, mucosas, mamilos, presença de edemas e observação dos membros inferiores. Neste momento caso a puérpera se apresentasse estável e sem nenhuma complicação, eram retirados o cateter epidural e cateter venoso periférico. Durante o 4º estágio do trabalho de parto, foi, sempre que a dinâmica assistencial o permitia, e tendo em conta as características físicas do serviço de BP (box de parto individuais), incentivada a permanência do acompanhante, de forma a potenciar o vínculo e reforço da tríade.

Durante este estágio, prestei cuidados a 71 RN, sendo que 34 foram do sexo masculino e 37 do sexo feminino. De forma a garantir a saúde e **adaptação do RN à vida extrauterina**, muitas foram as dificuldades sentidas na prática. Nos primeiros momentos do ECR, senti que não estava preparada para auxiliar o RN na adaptação à vida extrauterina, em termos de estimulação e de avaliação da necessidade de intervenção. Pesquisei, aumentei o meu corpo de conhecimentos, mas foi através conversas com o Enf.º orientador que conseguir compreender melhor a transição da vida intrauterina para a extrauterina e qual a atitude, que é na maior parte das vezes estimular e esperar que a fisiologia atue. Sobretudo atuar com tranquilidade e não deixar que a ansiedade se sobreponha à nossa ação e conhecimentos. Na fase final do estágio, já conseguia estabelecer medidas de reanimação do RN em caso de necessidade de forma totalmente autónoma. Na maior parte dos casos, bastava proceder à limpeza do nariz e boca do bebé para eliminação dos fluídos do canal de parto.

A WHO (2012), FAME e a APEO (2009) indicam a clampagem tardia do cordão umbilical, após este deixar de pulsar depois do nascimento, permitindo transfusão placentar que dá ao recém-nascido mais 30% de volume sanguíneo e até 60% mais de eritrócitos favorecendo assim as reservas de ferro do bebé, tal prática foi sempre exercida por mim e é a prática corrente na instituição onde decorreu o ECR. Relativamente à circular cervical, numa fase inicial, procedia de imediato à clampagem e corte do cordão, no entanto após reflexão em análise de práticas do ECR realizada na ESEL, questionei-me sobre o assunto e pesquisei acerca da manobra de Somersault e a gestão da circular cervical

(Mercer, J. et al, 2005), discuti esta questão com o enfermeiro orientador, refletimos e passamos a executar esta técnica e a proceder depois à clampagem tardia do cordão.

No momento do nascimento realizei uma avaliação de cada recém-nascido que foi sendo mais completa conforme ia adquirindo as minhas competências, foi avaliado o índice de APGAR, através da avaliação da coloração, FC, FR, irritabilidade reflexa e tônus muscular. Se o RN se apresentasse sem dificuldade de adaptação à vida extrauterina era colocado em contato pele a pele com a mãe (caso a mãe não se recusasse, o que nunca aconteceu) e coberto com um lençol aquecido, para minimizar as perdas de calor do RN. Nesta altura foi realizada a identificação do RN com duas pulseiras (uma colocada no punho, outra no tornozelo) e oferecido ao RN a possibilidade de amamentar, se quer a mãe, quer o RN mostrassem disponibilidade.

Após o término do contato pele a pele, os cuidados ao RN foram prestados no berçário, devidamente aquecido. Realizei a observação física do RN e pesquisa de reflexos para a identificação precoce de desvios à normalidade. Realizada a pesagem do RN, colocada a pulseira eletrónica e administrada a Vitamina K via IM e cloranfenicol colírio (para prevenção da infeção ocular) de acordo com o protocolo do serviço. De seguida o RN era vestido e entregue à Mãe. Muitas vezes era novamente incentivada a amamentação, aproveitando este momento para realizar educação à puérpera sobre sinais de boa pega e fome do RN. Estes momentos foram ainda aproveitados para realizar a avaliação da mamada.

Finalmente para a consecução deste objetivo, contribuíram ainda a realização das notas de enfermagem no processo informático e no BSG, garantindo a continuidade de cuidados, assim como a transferência da puérpera e RN para o internamento transmitindo aos colegas a informação mais relevante acerca do parto, da saúde da mãe e do RN e da alimentação do RN.

## **Objetivo 5**

### **Desenvolver competências relacionadas com a promoção da liberdade de movimentos e do conforto.**

Este objetivo visa dar resposta direta ao meu projeto individual para o ECR e resulta de um interesse nesta temática. Iniciei o desenvolvimento das competências relacionadas com a liberdade de movimentos, no início da construção do projeto, através da pesquisa bibliográfica e da revisão crítica da literatura efetuada, que me permitiu adquirir ferramentas para sustentar a minha prática e aumentar os conhecimentos nesta temática.

Ao longo do CMEESMO, durante os EC, desenvolvi diversas atividades que concorreram para a consecução deste objetivo. No EC II – Cuidados Especializados à puérpera e RN, questioneei as mulheres de forma informal, acerca do seu posicionamento durante o TP e parto. Muito poucas estavam despertas para adotar outras posições para além da posição de litotomia. Realizei o estágio numa instituição privada, onde a maior parte das mulheres realiza analgesia loco-regional e fica impedida de se levantar do leito e para além disto todos os partos são efetuados por obstetras e não por parteiras, existindo uma elevada taxa de partos distócicos.

No EC III – Cuidados de Saúde Primários, que desenvolvi numa Unidade de Saúde Familiar (USF), tive a oportunidade de realizar consulta de vigilância da gravidez, onde abordei a questão da mobilidade durante o trabalho de parto e parto, utilizando ferramentas disponibilizadas pelo RCM. Planeei e realizei uma sessão de educação para a saúde – “Parto em Movimento” na sala de formação do Centro de Saúde. As grávidas foram convidadas com cerca de três a uma semana de antecedência, durante as consultas e alargado o convite a grávidas seguidas por outras colegas da USF. O convite ficou registado em folha própria. No dia anterior, foram contactadas telefonicamente para confirmação e relembrar a sessão, tendo 8 grávidas confirmado a sua presença. No dia 11/12/2014, compareceram 5 grávidas com idades compreendidas entre os 26 e os 33 anos. Apenas uma já era mãe. Todas as outras estavam a viver a gravidez pela primeira vez. As idades gestacionais variaram entre as 21 e as 35 semanas de gestação. Neste EC, foi-me permitido e incentivado, desenvolver o meu projeto

sobre o Parto em Movimento, pelo que elaborei o plano da sessão, apresentação em PowerPoint e construção de um folheto que foi distribuído no final da sessão. Alguns dos dos materiais usados, encontram-se disponíveis no sítio do RCM, na campanha “*Getting of the Bed*” para serem utilizados como ferramentas de educação para a saúde em grávidas.

Considero que a sessão correu bem e teve um resultado positivo, com a participação das grávidas e de uma em particular, que tendo já sido mãe e tida a oportunidade da liberdade de movimentos durante o TP, conseguiu passar a mensagem de uma forma muito próxima para as outras mulheres, o que foi enriquecedor. No final da sessão distribuí um questionário com cerca de 20 posições diferentes a adotar em TP para perceber se ficaram motivadas para a liberdade de movimentos. Todas as participantes marcaram pelo menos 3 posições que pensam serem confortáveis para si durante o TP. Considero que consegui atingir os objetivos propostos para esta atividade.

No EC IV – Cuidados à Grávida/Casal em situação de risco materno-fetal, nas grávidas internadas que não tinham indicação para repouso ou em grávidas que estavam a induzir o TP, tentei conhecer opiniões e expectativas das mulheres/famílias acerca da liberdade de movimentos durante o TP e o parto, explicitar os benefícios da liberdade de movimentos e acompanhei-as, ajudando o incentivando as mulheres e acompanhantes a adotar liberdade de movimentos, encarando-as como parceiros de cuidados, capacitando-os ao seu autocuidado. Também neste EC, utilizei materiais disponibilizados pelo RCM para educação em grávidas e acompanhantes.

Em Maio de 2014, tive a oportunidade de participar no 1º Congresso Internacional de Saúde Materna e Obstétrica da ESEL, de redigir um artigo, que será publicado no *e-book* do congresso e apresentar uma comunicação livre sobre o tema. Esta atividade, não prevista inicialmente, foi uma experiência desafiante e uma oportunidade de aprendizagem muito gratificante, pois permitiu-me o desenvolvimento de novas capacidades.

No ECR, desenvolvi de uma forma mais consistente este objetivo, conseguindo junto das parturientes e acompanhantes, utilizar a liberdade de

movimentos, como facilitadora do TP e medida de conforto. Na maior parte das mulheres, é inata a vontade de andar, alternar posições, procurar a posição que lhe proporciona mais conforto sobretudo no 1º estágio do TP. Na instituição onde realizei o ECR, faz parte das práticas habituais do EESMO, incentivar e permitir a liberdade de movimentos, pelo que o ambiente e práticas institucionalizadas não ofereceram resistência ao desenvolvimento das minhas competências, mas facilitadoras da minha aprendizagem. Ao longo do ECR desenvolvi estratégias promotoras da livre escolha de posições e liberdade de movimentos durante o TP, procurando conhecer a parturiente e o casal, saber se já conheciam as vantagens da liberdade de movimentos, os seus benefícios e se estavam disponíveis para adotar diferentes posições durante o TP e o parto. Uma das minhas preocupações foi proporcionar à mulher um ambiente seguro durante o TP e o parto, pelo que as diferentes posições foram sempre demonstradas por mim e experimentadas pela parturiente, garantindo medidas de segurança de forma a evitar acidentes ou quedas, incluindo o acompanhante na manutenção destas medidas. O modelo de cuidados, que implementei na minha prática supervisionada pelo enfermeiro orientador assentou num cuidado próximo, quase sempre com inteira disponibilidade da minha parte para acompanhar uma única parturiente de cada vez, o que permitiu estabelecer uma relação forte, de confiança, proporcionadora de segurança e conforto. A constante presença, a informação dada a cada ato realizado, explicitando toda a evolução do TP e parto e obtendo o seu consentimento informado foi sem dúvida uma mais-valia para as mulheres a quem acompanhei o TP e parto, o que foi verbalizado várias vezes. Ao conhecer a parturiente/casal, foi possível avaliar as expectativas da mulher acerca da mobilidade em TP e implementar intervenções promotoras do conforto e bem-estar da mulher/casal, utilizando a mobilidade da mulher e alternância de posições como fator de promoção de conforto, promovendo a sua livre escolha de posicionamento.

No 1º Estádio do TP a maior parte das parturientes a quem prestei cuidados pediu para se levantar e caminhar, mesmo antes da minha sugestão. Incentivei-as e acompanhei-as garantindo a sua segurança. Ajudei-as a experimentar diversas posições para aliviar o desconforto lombar, do períneo, utilizámos muitas vezes o caminhar até ao duche, que está localizado fora do

BP, no SUOG e o duche como medida não farmacológica, proporcionadora de conforto, o que foi amplamente verbalizado pelas parturientes. Utilizei a bola de nascimento e as básculas da bacia, como medida de conforto. Dos 42 partos que realizei, apenas sete foram em posição de litotomia por escolha da mulher, porque se sentia mais confortável desta forma. Na maior parte destes partos, as parturientes foram admitidas em dilatação quase completa, sendo que o tempo em que estabeleci uma relação com a mulher/casal foi curto e não permitiu que tivesse conseguido explicar e demonstrar os benefícios da liberdade de movimentos. A maioria das mulheres, 15, optou por parir sentada na cama, com os joelhos elevados. Muitas destas mulheres, durante o período expulsivo, experimentaram outras posições como sentadas no banco, cócoras ou a posição de 4 apoios, no entanto sentiram que a posição mais confortável para si, que lhes permitia descansar entre as contrações, era a posição de sentada. Realizei 10 partos com a parturiente sentada no banco de parto; cinco destas mulheres tinham este tipo de parto como objetivo, conheciam as vantagens desde o curso de preparação para o nascimento. As restantes cinco optaram por esta posição, após ter sido demonstrado e por sentirem que lhes permitia dirigir melhor a força, abreviando o período expulsivo. Três partos foram realizados em decúbito lateral esquerdo, de acordo com a preferência da parturiente, por sentir que era a posição mais fácil para si. Foram realizados quatro partos na posição de quatro apoios, mas cerca de 10 mulheres experimentaram esta posição. No entanto, muitas não se sentiram confortáveis, referindo que se sentiam “expostas”, embora tivesse sido sempre uma das minhas preocupações proteger a sua privacidade. Esta posição, embora ainda pouco aceite pelas parturientes, verificou-se de uma enorme vantagem em variedades fetais posteriores, permitindo uma rotação fetal mais rápida e eficaz.

Realizar partos em diferentes posições foi um enorme desafio e um privilégio de aprendizagem, pois permitiu-me desenvolver competências em termos de assistência promotoras do parto normal.

Utilizar a liberdade de movimentos, como medida facilitadora do TP e de conforto da parturiente foi uma mais-valia para a minha aquisição de competências durante o ECR, motivando a procura da evidência científica para

justificar a minha prática, mas também a capacidade prática para conseguir proporcionar liberdade de movimentos num espaço físico do BP. Prestar cuidados centrados na parturiente e acompanhante, passou por conhecer as suas expectativas acerca do parto e preferências pessoais acerca da liberdade de movimentos durante o TP, potenciar a sua autonomia respeitando as suas opiniões e obtendo o seu consentimento informado. Foi na maior parte das vezes evidente a satisfação das parturientes e acompanhantes com a sua experiência de parto, verbalizada pelos mesmos e pelas diversas cartas de agradecimento recebidas durante o ECR dirigidas ao meu orientador e a mim.

Recorri à teoria que norteou os meus cuidados para tentar identificar quais as necessidades de conforto da parturiente, resultantes de tensões vivenciadas, como a dor, a ansiedade, a fome ou sede e proporcionar medidas que restabelecessem o conforto. Em muitas das minhas intervenções, foi perceptível apenas o alívio, quando satisfiz uma necessidade fisiológica, como a sede. Consegui identificar estados de tranquilidade, quando após algumas intervenções da minha parte, a parturiente conseguiu relaxar, ficar calma e descansar por períodos. A transcendência, mais difícil de identificar, foi possível de observar após o nascimento do RN, em que a mulher suplantou todo o seu sofrimento e manifestou uma alegria imensa com a visão e contato com o seu bebé. Considero que a vivência do parto foi uma experiência em que os indivíduos se transcenderam, tanto a parturiente como o acompanhante.

### **3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Como expressou Aristóteles há mais de 2000 anos, a ética é uma ciência prática em dois sentidos, deve ser baseada na ação efetiva e deve ajudar a tomar decisões fundamentadas para os problemas reais. (Thompson, I, 2004)

Os princípios que procurei respeitar e que nortearam a minha prática foram: o princípio do respeito pelas pessoas, o princípio da justiça, o princípio da beneficência e da não maleficência. (Thompson, I, 2004). Na minha prestação de cuidados, tentei ter sempre em conta os princípios preconizados, respeitando a mulher/casal, a sua autonomia, potenciando-os e capacitando-os para tomar decisões de acordo com os seus valores e preferências, para que todas as pessoas a quem prestei cuidados obtivessem a mesma oportunidade de receber cuidados. Na minha atividade como enfermeira tenho o dever de fazer o bem e evitar prejudicar os outros com a minha ação. Esta foi sempre uma enorme preocupação ao longo do meu processo de aprendizagem, que as minhas ações não produzissem prejuízo ou sofrimento na mulher/feto/casal ou RN a quem prestei cuidados. Para isso procurei recolher sempre toda a informação disponível para cada situação e atuar de acordo com a evidência científica.

A prestação de cuidados de enfermagem assenta em princípios éticos e deontológicos que se devem fazer cumprir em qualquer cenário da prestação de cuidados. A mulher em trabalho de parto encontra-se em situação de vulnerabilidade acrescida, fora da sua zona de conforto, a vivenciar alterações físicas e emocionais e perante uma situação que é nova e muitas vezes desconhecida. É por isso, importante que os enfermeiros consigam cumprir princípios éticos e aspetos da relação de ajuda como a empatia. A empatia permite que o enfermeiro se identifique com outro, favoreça a escuta ativa e construa mecanismos para aliviar o seu sofrimento, através de uma relação (Rézette, S, 2010). A construção de uma relação de ajuda entre o EESMO e a parturiente/casal é um aspeto de extrema importância durante o TP e o parto, facilitando a evolução do mesmo, através do apoio e do acompanhamento. Proporcionar que a parturiente se sinta cuidada e segura deve ser um dos objetivos do EESMO durante a sua ação. Uma relação no contexto dos cuidados

é considerada como útil e efetiva, quando o alvo dos cuidados se sente tranquilizado e com diminuição do seu sofrimento (Rézette, S, 2010).

Vários organismos nacionais e internacionais elaboraram códigos de conduta para o exercício profissional do enfermeiro, que procurei conhecer e respeitar durante o meu exercício.

De acordo com o ponto 1 do artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro: “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. É portanto da responsabilidade do enfermeiro, o respeito integral pela liberdade e dignidade da pessoa humana.

Como indica o Artigo 79º - Dos deveres deontológicos em geral: o enfermeiro tem o dever de assumir e responsabilizar-se pelas decisões que toma e atos que delega.

No artigo 81ª - Dos valores humanos – é declarado que o enfermeiro, no seu exercício deve “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.”

O código deontológico do enfermeiro, ressalva no artigo 84ª - Do dever de informação: o respeito pelo direito à autodeterminação, o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem, informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

De acordo com o artigo 85ª - Do dever do sigilo: “o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” e no artigo 86ª – Do respeito pela intimidade: que o enfermeiro

tem o dever de respeitar a intimidade e a privacidade da pessoa e salvaguardá-la sempre no exercício das suas funções.

Tal como explicita o artigo 88 – Da excelência do exercício, o enfermeiro deve analisar o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que justifiquem uma mudança de atitude, adequar as normas e protocolos às necessidades individuais de cada pessoa, manter-se continuamente atualizado e garantir a continuidade de cuidados. Deve portanto exercer uma prática reflexiva, algo que mantive quer ao longo da minha prática, como na elaboração do relatório.

O International Code of Ethics for Midwives (ICM, 2014) defende que as parteiras devem desenvolver uma relação individual com cada mulher, suportando-as, capacitando-as e fornecendo-lhe informação relevante, que lhe permita tomar decisões e assumir a responsabilidade dos resultados das suas escolhas.

De acordo com o NICE (2014), o nascimento é um evento de mudança, na vida das mulheres e família, é por isso tão importante fornecer informação, prestar cuidados centrados nas mulheres e nas suas preferências, para que possam tomar decisões esclarecidas sobre a sua vida e a vida dos seus bebés. Como enfermeira e futura EESMO, esta foi uma preocupação determinante para a minha aprendizagem e desenvolvimento das minhas competências. Exercer uma boa comunicação, prestar apoio e demonstrar compaixão são segundo o NICE (2014), sinais evidentes de boa prática do EESMO, que favorecem o sentimento de controlo da parturiente e contribuem para uma experiência de parto positiva para ela e acompanhantes do TP.

O Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG define que a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem desta especialidade é considerada como pessoa, um ser único e sociável, agente intencional de comportamentos com direito a autodeterminar-se. (Regulamento nº 127/2011).

#### **4. LIMITAÇÕES DO TRABALHO**

Muitas foram as dificuldades sentidas, mais do que as que podia imaginar. Nos EC anteriores as minhas dificuldades foram relativas, com uma conversa com o orientador ou a leitura de um artigo, ficaram esclarecidas e resolvidas. Neste estágio, não. Cada dia é um dia completamente diferente. Todos os partos são diferentes e as parturientes também, não conseguia estabelecer um padrão de cuidados/intervenções para que fosse bem-sucedida na minha prática. Por mais que lesse artigos e tentasse colocar a evidência científica na minha prática, na ação com a parturiente não conseguia fazer uma avaliação correta do colo em termos de dilatação, tinha muitas dificuldades em realizar amniotomia, manejo ativo da dequitação ou até em estimular a mulher a fazer força ou a respirar eficazmente. No entanto, com o avançar do ECR, consegui começar a olhar o parto como um todo e não como partes em que ia focando a minha atenção e comecei verdadeiramente a ter um sentido na minha prática. Não foi fácil, foi o maior desafio em termos profissionais e académicos até agora. Senti algumas vezes que este não era o meu caminho e que talvez não tivesse apetência para ser EESMO, mas obtive paralelamente todo o apoio e encorajamento por parte do enfermeiro orientador e da docente, que me permitiram acreditar que seria capaz e conseguir dar resposta a todos os objetivos a que me propus.

A par de um enorme desafio, senti uma enorme conquista. Realizar o ECR em concomitância com o horário laboral, realizar pesquisa bibliográfica e adquirir competências foi uma etapa muito desafiante e estimulante. A área em que desempenho funções como enfermeira de cuidados gerais, bastante distante da área obstétrica, foi-me levantado dificuldades na perceção das rotinas do BP e obrigou a desconstrução mental da forma como trabalhava habitualmente.

Lidar com a obrigatoriedade de realizar os 40 partos, exigidos pela diretiva europeia, é a determinado momento do ECR, uma enorme pressão e uma angústia, dada a redução da taxa de natalidade verificada atualmente em Portugal e na instituição. Felizmente que fui sempre tranquilizada pelo enfermeiro orientador e pela docente nesse sentido, o que permitiu libertar-me dessa preocupação e usufruir melhor de um momento único da minha aprendizagem enquanto profissional e pessoa.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O parto é um evento de extrema importância na vida da mulher, família e do RN, pelo que deve decorrer da melhor forma possível, proporcionando-lhe um papel ativo, onde possa tomar decisões autónomas, informadas e que resulte num momento seguro e de satisfação. O EESMO deverá ter um papel determinante na forma como a mulher experiencia este momento marcante da sua vida, proporcionando-lhe uma experiência de parto o mais gratificante possível, promovendo o PN, com o mínimo de intervenção e encarando o parto como um processo fisiológico da vida da mulher, em que esta tem o direito de exercer a sua autonomia. Enquanto futura EEESMO considero que é essencial estar desperta para as diferenças culturais das mulheres a quem prestamos cuidados para conseguir adequar os cuidados. O desenvolvimento da relação de confiança é essencial na prática dos cuidados de enfermagem e é algo que é conquistado por nós, através da nossa ação.

Parir é um ato normal e fisiológico, mas não é fácil, nem inato para a maior parte das mulheres. A espécie humana necessita de ser acompanhada, apoiada e suportada para conseguir parir em segurança e garantindo o bem-estar materno-fetal. É por isso tão importante a nossa intervenção enquanto EESMO, pois somos os profissionais de referência para assistir e apoiar a mulher/RN e família em contexto de parto normal.

A nossa intervenção está intrinsecamente associada a um elevado nível de responsabilidade, o que é um fator de stresse durante a nossa prática. Só um elevado corpo de conhecimentos e competências estruturadas permite atuar com segurança e confiança, tornando-se evidente a necessidade de trabalhar com base em evidência científica.

Inicialmente a adaptação ao serviço de BP não foi fácil, pois embora tenha sido muito bem recebida e acolhida junto de toda a equipa, a dinâmica deste serviço, tão específica e particular, torna difícil perceber a sua dimensão e organização. Felizmente, o enfermeiro orientador do ECR facilitou todo o processo, permitindo que fosse adquirindo o conhecimento do serviço de forma gradual, como a aquisição das competências exigidas. Durante todo o ECR,

foram consultados protocolos do serviço, normas e guias orientadores que permitiram um aumento do conhecimento do próprio serviço e da instituição. Uma das dificuldades sentidas foi a utilização do sistema informático (SAPE e ALERT), mas com o apoio do enfermeiro orientador, consegui adquirir os conhecimentos essenciais à utilização do sistema informático. A minha autonomia e gestão do stresse foram dois aspetos cruciais, difíceis de desenvolver, mas que considero terem sido atingidos, o que resultou numa enorme satisfação pessoal e profissional. Ao longo de todo o ECR senti a necessidade diária de realizar pesquisa bibliográfica, de me basear em evidência na realização da minha atividades, de refletir sobre os meus conhecimentos, a minha ação e os resultados da minha prática. Para uma evolução favorável ao nível da aquisição de competências e conseguir dar resposta aos objetivos a que me propus, em muito contribuiu o apoio, incentivo e a capacidade de me proporcionar crescimento do orientador do local de estágio, assim como todo o apoio e reflexão realizada com a docente orientadora.

A realização desde ECR foi o maior desafio profissional vivido até então. Embora atualmente ainda não esteja a trabalhar na área, esse é o meu projeto a curto prazo e pelo qual já estou a lutar. Felizmente tive a oportunidade de atingir todos os objetivos a que me propus com especial relevância para a liberdade de movimentos da parturiente. Espero que tudo o que vivi e apreendi me permita alterar práticas que considero desatualizadas e enraizadas no meu local de trabalho, contribuindo para uma melhoria dos cuidados prestados às mulheres, RN e famílias.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação dos Enfermeiros Obstetras e Federación de Asociaciones de Matronas de Españã.(2009) *Iniciativa ao Parto Normal – Documento de Consenso*. Loures. Lusociência.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Botell, ML; Bermúdez, MR (2012). El parto en diferentes posiciones através de la ciência, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Ginecologia y Obstetricia* (38) 134-145. Acedido em: 30/06/2014. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin15112.pdf>

Burkardt, M & Nathaniel, A (2001). *Ethics & Issues in Contemporary Nursing*. 2ª ed. New York: Delmar.

Calais-Germain, B. & Parés, N (2009). *Parir en movimento – Las movilidades de la PELVIS en el parto*. Espanha. La liebre de marzo.

Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido em: 18/05/2014. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

Direção Geral de Saúde (2015). Norma e Orientações sobre aspetos técnicos relacionados com a cesariana. Acedido a 7/7/2015. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=26879>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014) – Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações. Acessível (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal). Acedido a 22/10/2015. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/ronlyres/5C89A048-9601-4EB4-BB7F-DBB9CFEBE4A7/5298/Guia2014.pdf>

Fraser, D & Cooper, M (2009). *Myles Textbook for Midwives*. 5ª Edição. United Kingdom. Churchill Livingstone Elsevier.

Graça, Luís Mendes (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Gupta, JK et al (2004). Position in the second stage of labor for woman without epidural anaesthesia (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). Acedido a 5/5/2014. Disponível em:  
<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002006.pdf>

Heeben, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Human Reproduction Programme (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Acedido a 7/7/2015. Disponível em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1)

<http://www.thecomfortline.com>. Acedido a 22/7/2014

<http://humanrightsinchildbirth.com/>. Acedido a 22/7/2014

<http://www.babycentre.co.uk/a544483/positions-for-labour>. Acedido a 20/2/2015

<http://www.rcm.org.uk/>. Acedido a 15.2/2015

<http://www.lamaze.org/MovementInLabor>. Acedido a 15.2/2015

International Confederation of Midwives (2010) – Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. Acedido em 25/04/2014. Disponível em:  
[http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish\\_2002-JF\\_2007%20FINAL.pdf](http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf)

The Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers's Manual: 2011 edition*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.

John, C. (2000). *Becoming a reflective practitioner*. Oxford: Blackwell Science

- Jonge, A et al (2009). Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. *Midwifery* (25) 439-448. Acedido a 4/7/2014. Disponível em:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613807001027>
- Koehn, M et al (2000). Alternative and Complementary Therapies for Labor and Birth: An Application of Kolcaba's Theory of Holistic Comfort. *Holistic Nursing Practice*. (1) 66-71. Acedido a 4/7/2014. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=e785d089-6408-4f6f-9e57-6c6a7190c3d5%40sessionmgr4004&hid=4212>
- Kolcaba, K & Kolcaba, R (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. (16) 1301-1310. Acedido a 4/5/2015. Disponível em:  
<http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20%20Analysis%20Concept%20of%20Comfort.pdf>
- Kolcaba, K (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. (19) 1178-1184. Acedido a 4/5/2015. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/profile/Katharine\\_Kolcaba/publication/227692047\\_A\\_theory\\_of\\_holistic\\_comfort\\_for\\_nursing/links/54eb45800cf2a030519391e9.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Katharine_Kolcaba/publication/227692047_A_theory_of_holistic_comfort_for_nursing/links/54eb45800cf2a030519391e9.pdf)
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. Canada. Springer Publishing Company, Inc.
- Lawrence, A. et al. Maternal position and mobility during first stage labor (Review) (2013). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10. Acedido em 25/04/2014. Disponível em:  
[http://www.academia.edu/5585220/Maternal\\_positions\\_and\\_mobility\\_during\\_first\\_stage\\_labour](http://www.academia.edu/5585220/Maternal_positions_and_mobility_during_first_stage_labour)
- Lei nº 9/2009 de 4 de Março (2009). Transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Diretiva n.º 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas

diretivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia. Diário da República, I série, nº 44 (04/03/2009) 1466-1530. Consultado a 25/02/2015. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/Legisla%C3%A7%C3%A3o\\_MCEESMO.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/Legisla%C3%A7%C3%A3o_MCEESMO.aspx)

Lei nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série, nº 35 (18/02/2011) 8648-8653. Consultado em 21/10/2014. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Diário da República, II série, nº 35 (18/02/2011) 8662-8666. Consultado em 20/6/2014. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSMObst\\_Ginecologica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf)

LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon (2008) – Enfermagem na Maternidade. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Mercer et al (2005). Nuchal Cord Management and Nurse-Midwifery Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health* (50). 373-379. Consultado a 10/3/2015. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16154063>

Monteiro, M. (2009). *Guia do Aluno – Área de Projecto*. Porto: Porto Editora. 87-90.

Nacional Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. Consultado a 2/10/2015. Disponível em:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

Nieuwenhuijze, M. J. et al. (2013) Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery* (29). 107-114. Consultado em 20/6/2014. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812002483>

Nogueira, J. P. F. (2012). Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 12. 25-28. Consultado em

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190><http://www.apeobstetras.org/docs/revista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em 16/10/2016. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada»*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em 10/3/2014. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro\\_Parto\\_Normal.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2012). Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com Qualidade. *Efetivar a ingestão ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS. Indicador de Evidência*. Consultado em 22/10/2015. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Ingesta\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Ingesta_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com Qualidade. *Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido – Indicador de Evidência*. Consultado em 05/3/2014. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_PosicaodeParto\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PosicaodeParto_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2014). PARECER Nº 51/2014. Parto na Água. Acedido em 17/6/2014. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO\\_Parecer\\_51\\_2014\\_Partou\\_Agua\\_site\\_proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_51_2014_Partou_Agua_site_proteg.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Consultado em 15/9/2015. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf)

Priddis, H. et al. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Woman and Birth* (25) 100-106. Consultado em 20/6/2014. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613807001027>

Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research – Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*. 45 (6). 204-211.

Thies-Lagergren, L. et al. (2013). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth* (26) 99-104. Consultado em 20/6/2014. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519213000723>

The American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal – Fetal Medicine (2014). Obstetric Care Consensus – Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology* (123) 693-711. Consultado em 7/7/2015. Disponível em:

<http://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-Consensus-Series/oc001.pdf?dmc=1&ts=20150707T1225113748>

The Royal College of Midwives (2011). *Campaing for Normal Birth – Getting out bed*. Consultado em 18/5/2015. Disponível em:

<http://www.rcmnormalbirth.org.uk/practice/>

Thompson, I; Melia, K; Boyd, K (2004). *Ética em Enfermagem*. (H. Pereira & M. Cunha Rosa, Trad). (4ªed). Loures: Lusociência. (Tradução do original inglês: Nursing Ethics, 2000, Hardcourt Publishers Limited).

Tomey, A. & Alligood. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (A.R. Albuquerque, Trad). (5º ed). Loures: Lusociência. (Tradução do original inglês: Nursing Theorists and their Work, 5º ed, 2002. Mosby).

Walsh, D (2012). *Evidence and Skills for Normal Labour and Birth: A Guide for Midwives* (2ª ed). Oxon: Routlege.

World Health Organization (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization. Consultado em 20/5/2015. Disponível em:

[http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1)

World Health Organization (s.d). *Guidelines on – Recommendations on maternal and perinatal health*. Geneva: World Health Organization. Consultado em 22/10/2015. Disponível em:

[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/guidelines-recommendations-maternal-health.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-maternal-health.pdf)

World Health Organization (2014). Regional Office for Europe. *Hospital care for mothers and newborn babies: quality assessment and improvement*. (2ª Ed). Copenhagen: World Health Organization. Consultado a 22/10/2015. Disponível em:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2014/hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-and-improvement-tool>

Rézette, S. (2010). *Psicologia Clínica em Cuidados de Enfermagem*. (Parreira, F & Silva, S, Trad). (1ª ed). Loures: Lusociência. (Tradução do original francês: *Psychologie Clinique en Soins Infirmiers*, 2008. Elsevier Masson).

Royal College of Midwives (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour Care of the Perineum*. United Kingdom. Royal College of Midwives. Consultado a 23/10/2015. Disponível em:

<http://rcm.redactive.co.uk/college/policy-practice/evidence-based-guidelines/>

Royal College of Midwives and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2007). *Making normal birth a reality Consensus statement from the Maternity Care Working Party our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth*. United Kingdom. Royal College of of Obstetricians and Gynaecologists . Consultado a 24/10/2015. Disponível em:

<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/jointstatementnormalbirth2007.pdf>

# APÊNDICES

**Apêndice I – Descrição dos Objetivos, Atividades e Resultados.**

**Descrição dos Objetivos, Atividades e Resultados Esperados.**

<b>Objetivo</b>	<b>Atividades</b>	<b>Data de início</b>	<b>Duração prevista</b>	<b>Resultados esperados</b>
<b>Desenvolver uma prática profissional centrada nas mulheres, famílias e respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar pesquisa bibliográfica que permita sustentar a prática;</li> <li>• Conhecer os direitos das mulheres/famílias e respeitá-los;</li> <li>• Informar as mulheres/famílias sobre os seus direitos e como os podem exercer;</li> <li>• Atuar de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão;</li> <li>• Informar as mulheres/famílias sobre todos os procedimentos a realizar e obter o seu consentimento informado;</li> <li>• Conhecer opiniões e expectativas das mulheres/famílias para poder exercer uma prática individualizada;</li> <li>• Trabalhar com as mulheres/famílias como parceiros de cuidados, capacitando-os ao seu autocuidado;</li> </ul>	Novembro de 2014	Ao longo do 2º Ano e durante todos os EC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aquisição de conhecimentos com base em evidência que permitam a melhor tomada de decisão;</li> <li>• Participação na melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados à mulher/família</li> <li>• Desenvolver a capacidade de reflexão sobre os resultados dos cuidados prestados;</li> <li>• Capacitar mulher /famílias potenciando a sua autonomia.</li> </ul>
<b>Desenvolver capacidade de análise e reflexão sobre a prática clínica desenvolvida ao longo dos EC e ECR na aquisição de competências do EESMO.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar momentos de reflexão com a Docente orientadora da ESEL, enfermeiro orientador do local de estágio durante os EC e Enfermeiros dos serviços;</li> <li>• Elaborar 2 diários de aprendizagem durante o ECR;</li> <li>• Realizar pesquisa científica que sustente a análise e reflexão sobre a prática.</li> <li>• Elaborar o Relatório de Estágio.</li> </ul>	Novembro de 2014	Ao longo do 2º Ano e durante todos os EC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver a capacidade de reflexão e análise sobre os resultados dos cuidados prestados.</li> <li>• Adquirir competências baseadas em evidência científica e análise sustentada.</li> </ul>

<p><b>Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher e família no contexto de Urgência Obstétrica, potenciando o seu bem-estar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundar conhecimentos acerca da patologia materno-fetal;</li> <li>• Prestar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante à gravidez que recorre à urgência obstétrica;</li> <li>• Avaliar o bem-estar materno-fetal;</li> <li>• Diagnosticar precocemente alterações ao bem-estar materno e fetal;</li> <li>• Implementar medidas de deteção precoce, vigilância, correção e suporte de alterações hemodinâmicas da grávida ou feto;</li> <li>• Colher dados de forma rigorosa e precisa;</li> <li>• Prestar apoio emocional à grávida/família;</li> <li>• Realizar registos de enfermagem rigorosos e precisos</li> </ul>	<p>Durante o EC Estágio com Relatório – início a 3/3/2015</p>	<p>18 Semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de cuidados especializados à grávida/família e feto, evitando complicações graves e minimizando o risco de vida;</li> <li>• Participação na melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados à grávida/família e feto;</li> <li>• Garantir a continuidade de cuidados;</li> <li>• Desenvolver a capacidade de reflexão sobre os resultados dos cuidados prestados;</li> </ul>
<p><b>Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, RN e família, durante os quatro estádios do trabalho de parto e atuar em situações de emergência de</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a saúde da mulher/família durante o TP e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;</li> <li>• Diagnosticar precocemente complicações para a saúde da mulher e RN, durante o TP;</li> <li>• Prevenir precocemente complicações para a saúde da mulher e RN, durante o TP;</li> <li>• Promover a confiança, autonomia e consentimento informado da mulher durante o TP;</li> <li>• Implementar intervenções promotoras da proteção e apoio ao aleitamento materno;</li> <li>• Realizar intervenções que permitam a promoção e proteção da vinculação Mãe/Pai/RN (triade);</li> </ul>	<p>Durante o EC Estágio com Relatório – início a 3/3/2015</p>	<p>18 Semanas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de cuidados especializados à mulher em TP acompanhante e RN, tendo em vista a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Participação na melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados à mulher durante o TP e RN;</li> <li>• Potenciar a adaptação do RN à vida extra uterina;</li> <li>• Garantir a continuidade de cuidados</li> <li>• Prestação de cuidados especializados à mulher em TP acompanhante e RN, evitando complicações graves e minimizando o risco de vida para a mulher e RN;</li> <li>• Garantir a continuidade de cuidados;</li> </ul>

<p><b>forma a garantir a saúde da mulher e RN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar intervenções promotoras do conforto e bem-estar da mulher/casal;</li> <li>• Utilizar intervenções não farmacológicas do controlo de prevenção e controlo da dor durante o TP;</li> <li>• Avaliar a adaptação do RN à vida extrauterina;</li> <li>• Aprofundar conhecimentos sobre a evolução normal do TP e complicações durante o TP;</li> <li>• Monitorizar a evolução do TP;</li> <li>• Identificar alterações anormais ao padrão de evolução do TP;</li> <li>• Vigiar o bem-estar materno-fetal durante o TP;</li> <li>• Aplicar técnicas adequadas à execução do TP normal;</li> <li>• Colaborar com outros profissionais de saúde durante alterações ao TP normal;</li> <li>• Realizar registos de enfermagem rigorosos e precisos;</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver a capacidade de reflexão sobre os resultados dos cuidados prestados;</li> <li>• Desenvolver a capacidade de trabalhar em equipa.</li> </ul>
<p><b>Desenvolver competências relacionadas com a promoção da liberdade de movimentos e do conforto durante o TP.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma RSL sobre o tema;</li> <li>• Aprofundar conhecimentos sobre os benefícios da liberdade de movimentos da mulher durante o TP;</li> <li>• Identificar quais os cuidados de enfermagem que favorecem a liberdade de movimentos da mulher durante o TP;</li> <li>• Pesquisar em sítios institucionais como a OE, RCM, OMS;</li> <li>• Pesquisa em obras publicadas de autores de referência;</li> </ul>	<p>Março de 2014</p>	<p>Ao longo do 2º Ano e durante todos os EC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aquisição de conhecimentos com base em evidência que permitam conhecer os benefícios da liberdade de movimentos durante o TP;</li> <li>• Capacitar a mulher/casal no período pré-natal tendo em vista a livre escolha de posições durante o TP;</li> <li>• Prestação de cuidados à mulher grávida, em TP e casal, promovendo a liberdade de movimentos;</li> <li>• Participação na melhoria da qualidade dos cuidados</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selecionar os artigos analisá-los e elaborar/redigir as conclusões.</li> <li>• Desenvolver estratégias promotoras do empoderamento da mulher grávida/casal, que lhe permitam a livre escolha de posições e liberdade de movimentos durante o TP,</li> <li>• Promover a livre escolha de posicionamento da mulher durante o TP e otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina.</li> <li>• Proporcionar à mulher um ambiente seguro durante o TP;</li> <li>• Avaliar as expectativas da mulher acerca da mobilidade em TP;</li> <li>• Implementar intervenções promotoras do conforto e bem-estar da mulher/casal;</li> <li>• Utilizar a mobilidade da mulher e alternância de posições como fator de promoção de conforto.</li> <li>• Promover a confiança, autonomia e consentimento informado da mulher durante o TP;</li> <li>• Realizar intervenções que permitam a promoção e proteção da vinculação Mãe/Pai/RN;</li> <li>• Realizar registos de enfermagem rigorosos e precisos.</li> </ul>			<p>especializados prestados à mulher durante o TP;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver a capacidade de reflexão.</li> <li>• Garantir a continuidade de cuidados.</li> </ul>
--	---	--	--	--

**Apêndice II** - Tabelas de análise dos artigos selecionados

## Tabelas de análise dos artigos selecionados

<b>Autor/Ano/Título</b>	Nieuwenhuijze, M. J. et al. <u>Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour</u> (2013). <i>Midwifery</i> (29). 107-114.
<b>Tipo de Estudo</b>	Quantitativo com recurso a questionário.
<b>Metodologia</b>	<p>A pesquisa foi realizada no âmbito dos cuidados primários em obstetrícia com recurso a 54 centros (que autorizaram a pesquisa), todos localizados na Holanda. O questionário foi aplicado a puérperas aquando da vinda ao centro de saúde.</p> <p>Os 2 critérios de inclusão das mulheres foram: perceber o Holandês, de forma a conseguir compreender e preencher o questionário e terem recebido os cuidados de uma parteira até à entrada do segundo estágio do TP.</p> <p>Todas as mulheres que participaram no estudo tiveram uma gravidez de baixo risco e um parto normal, sem recuso a intervenções médicas, como a analgesia epidural ou monitorização fetal contínua. As parteiras foram os profissionais responsáveis pelos partos de todas as mulheres incluídas no estudo.</p> <p>Após o parto, foi entregue pelas parteiras, um questionário às mulheres elegíveis para a realização do mesmo. O envelope continha o questionário e o consentimento informado e um código para emparelhar com o questionário preenchido pela parteira sobre esta mesma mulher. Os questionários preenchidos pelas parteiras consistia em informações sociodemográficas da mulher, assim como as posições adotadas durante o parto. Na próxima visita ao centro, as mulheres entregaram os envelopes não identificados e os dados foram analisados.</p> <p>O questionário incluía questões para a caracterização sociodemográfica e fatores que segundo a literatura influenciam a escolha da posição de parto, como a idade, informação pré-natal, posições preferidas para parir pensadas durante a gravidez. Os dados recolhidos assentaram na sensação de controlo durante o parto e a experiência da dor durante o parto; as mulheres foram ainda incentivadas a relatar os sentimentos que tiveram durante a gravidez sobre o parto. Foi utilizada a <i>Labour Agency Scale</i> (LAS), a <i>Visual Analogue Scales</i> (VAS-pain)</p>
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Compreender se a escolha da mulher na posição de parto contribui para a sensação de controlo durante o 2º estágio do TP.

<b>Cenário do Estudo</b>	Mulheres com gravidez de baixo risco e parto normal.
<b>Análise dos Resultados</b>	<p>A maior parte das mulheres 43%, tinham idades compreendidas entre os 30 e 35 anos, eram primíparas, de origem Holandesa e com elevado nível de estudos.</p> <p>76% das mulheres adotaram outras posições para além da posição supina durante o TP e relataram menor duração do 2º estágio do TP e menos dor.</p> <p>A maior parte das mulheres considera que ter influência na escolha da posição de parto contribui para a sensação de controlo durante o nascimento, assim como as aulas pré-parto, pensar sobre o nascimento durante a gravidez e o nível de dor. A sensação de controlo reproduz satisfação na experiência do nascimento e bem-estar.</p> <p>As mulheres consideram que parteiras e acompanhantes têm implicações na escolha na posição de parto, pois transmitem confiança e segurança. A parteira é pessoa que mais tem influência na escolha na posição de parir, pois necessitam da sua capacidade de advogar por elas, do seu suporte e conhecimentos para as ajudar a decidir.</p> <p>A escolha das mulheres na posição de parir assenta também na sua preferência, no entanto a sua decisão final depende das suas necessidades individuais e das circunstâncias.</p>
<b>Conclusões do Autor com Implicações para a Prática</b>	<p>As mulheres que tiveram a oportunidade para influenciar e decidir a posição para parir, sentiram um maior controle sobre o nascimento dos seus filhos, o que reproduziu maior satisfação na experiência do parto.</p> <p>Parteiras têm um importante papel no suporte das mulheres para usarem diferentes posições para parir, ajudando-as e encorajando-as a escolher as posições mais confortáveis para cada uma das parturientes, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva.</p>

<b>Autor/Ano/Título</b>	Lawrence, A. et al. <u>Maternal position and mobility during first stage labor (Review) (2013)</u> . <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 10.
<b>Tipo de Estudo</b>	Revisão da Literatura.
<b>Metodologia</b>	Foi pesquisado na base <i>Cochrane Pregnancy and Childbirth Trials</i> do Grupo Registro até 31 de janeiro de 2013.
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Avaliar o efeito de encorajar as mulheres a assumir diferentes posições verticais (incluindo andar, sentado, em pé e ajoelhado) contra posições reclinadas (supina, semi-reclinada e laterais) em mulheres no primeiro estágio do trabalho de parto, sobre a duração do trabalho de parto, o tipo de nascimento e outros resultados importantes para mães e bebês.
<b>Cenário do Estudo</b>	Foram utilizados estudos randomizados e ensaios quasi-randomizados com mulheres que utilizaram posições verticalizadas em comparação com estudos randomizados com mulheres em posições reclinadas na primeira fase do trabalho de parto.  Esta revisão incluiu 25 estudos (envolvendo 5218 mulheres), com mulheres no primeiro estágio do TP.
<b>Análise dos Resultados</b>	Foram usados os métodos descritos no Manual <i>Cochrane</i> para Revisões Sistemáticas de Intervenções, a realização de colheita de dados, a avaliação da qualidade do estudo e análise de resultados.  Dois revisores avaliaram de forma independente a qualidade metodológica e dados extraídos de cada estudo.  Foi pesquisada informação adicional dos autores do ensaio, sempre que necessário.  Foi utilizada a análise de efeitos aleatórios para comparações em que estava presente grande heterogeneidade.  Nalguns dados relatados foi utilizada a relação de risco médio (RR) para dados categóricos e diferença média (MD) para dados contínuos.
<b>Conclusões do Autor com Implicações para a Prática</b>	Existe evidência que caminhar e as posições verticais reduzem o 1º estágio do TP, o risco de parto por cesariana, necessidade de epidural e diminui a necessidade dos RN serem admitidos em unidades neonatais.

A mobilidade e a adoção de posições verticais não parecem estar associadas a efeitos negativos sobre as mães e os recém-nascidos.

Ficou claro, que a maior parte das mulheres prefere alterações de posicionamento durante o TP e se lhes for dada a possibilidade, muitas escolhem estar de pé e andar durante o primeiro estágio do TP, acabando por regressar ao leito, por sua iniciativa, pois o TP progrediu.

Dada a grande heterogeneidade e viés dos estudos selecionados, é necessário continuar a investigar para confirmar com alguma confiança os verdadeiros riscos e benefícios de posições verticais e móveis em comparação com a posição de reclinada.

Com base nos resultados atuais, é recomendado que mulheres em TP de baixo risco sejam informadas sobre os benefícios das posições verticais e incentivadas e ajudadas a assumir qualquer posição que escolham. Não devem ser privadas da sua liberdade de movimentos, a menos que indicado clinicamente e não deverão passar grandes períodos em decúbito dorsal.

<b>Autor/Ano/Título</b>	Thies-Lagergren, L. et al. (2013). <u>Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial</u> . <i>Women and Birth</i> (26) 99-104.
<b>Tipo de Estudo</b>	Um estudo Follow-up de um estudo randomizado.
<b>Metodologia</b>	<p>Foi aplicado um questionário follow-up para explorar as experiências das mulheres acerca das posições de parto (entre 2010 e 2011). Incluíram mulheres que tinham participado anteriormente num estudo controlado randomizado (ECR) para comparar os níveis de parto vaginal instrumental em mulheres nulíparas saudáveis que pariram num banco parto ou em qualquer outra posição <u>em comparação</u> com mulheres colocadas num grupo de controlo em que estiveram livres para escolher a sua posição preferida, exceto banco de parto.</p> <p>As mulheres elegíveis para participar no estudo, encontravam-se em TP ativo, contrações dolorosas e regulares (3-4 / 10 min), colo do útero dilatado 3-4 cm, e / ou a rutura das membranas.</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa em Lund, na Suécia aprovou o estudo (protocolo 2009/739). O questionário preenchido foi interpretado como consentimento informado.</p> <p>Todas as mulheres que participaram no ECR, receberam um convite pelo correio para responder a um questionário <i>on-line</i>. Essa carta continha ainda informação sobre os dados colhidos no estudo anterior, como os novos questionários seriam tratados e garantiam a confidencialidade. As mulheres foram ainda informadas que a qualquer momento poderiam abandonar o estudo.</p> <p>527 Mulheres acederam participar, ou seja, 52,5% do total de mulheres que participaram no ECR.</p> <p>O questionário <i>on-line</i>, foi pré-testado. Continha variáveis sociodemográficas, itens em relação às expectativas e experiências de nascimento e posição de nascimento, posição de parto adotada e sobre os cuidados da parteira (se encorajou a adotar determinada posição, se deu oportunidade para a grávida adotar a sua posição favorita e a segurança e confiança na parteira).</p>
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Os objetivos deste estudo foram investigar os fatores associados à adesão à mudança de posição e à tomada de decisão para a posição de nascimento.

	<p>Estão reconhecidos benefícios físicos para as mulheres e RN, quando estas adotam uma posição vertical, por sua escolha, no momento do nascimento.</p> <p>Será que as opções de cuidados disponíveis intraparto influenciam as decisões das mulheres? Alguns indicadores sugerem que a escolha de posições de parto pode ser determinada mais por parteiras do que pela preferência das mulheres.</p>
<p><b>Cenário do Estudo</b></p>	<p>Mulheres que alternaram posições durante o TP entre 2010 e 2011.</p>
<p><b>Análise dos Resultados</b></p>	<p>Não houve diferenças significativas na idade materna, estado civil, nível educacional ou o uso do tabaco entre os grupos.</p> <p>Cerca de 14% dos participantes de ambos os grupos relataram que tinham recebido informações sobre os prós e contras das diferentes posições que podiam adotar em TP.</p> <p>Quase um terço das mulheres em ambos os grupos foram incentivadas pela parteira para adotar uma posição sugerida no 2º estágio do TP, no entanto, estas mulheres também referiram que receberam uma explicação para a sugestão da parteira.</p> <p>50% das mulheres afirmaram que a parteira não incentivou nenhuma posição em particular, mas existe diferença significativa em ambos os grupos.</p>
<p><b>Conclusões do Autor com Implicações para a Prática</b></p>	<p>A principal conclusão deste estudo foi que as mulheres que pariram no banco de parto sentiram que tiveram um papel na decisão sobre a posição de nascimento e que tinha sido dada a oportunidade de assumir a sua posição preferida. Estas mulheres relataram frequentemente emoções como “ sentir-se poderosa, protegida e autoconfiantes” em relação às mulheres que não aderiram à alternância de posições.</p> <p>Estes resultados estão em linha com um estudo americano que mostrou que as mulheres durante o TP querem ser participantes ativas nas decisões que dizem respeito ao seu cuidado, no entanto não querem tomar todas as decisões, mas trabalhar em parceria.</p> <p>As mulheres que pariram no banco de nascimento e que não tiveram oportunidade para escolher livremente a posição adotada durante o parto, expressaram sentimentos de participação na tomada de decisão; isto pode ser explicado por terem sido partos com menos complicações auto-relatadas e porque as parteiras evidenciaram pensamentos positivos acerca do parto na posição vertical.</p>

As mulheres que tiveram a percepção de poder decidir sobre a posição a adotar em TP, revelaram sentimentos positivos como sentirem-se “fortes, poderosas e confiantes”, o que contribuiu para uma experiência de parto mais positiva.

O empoderamento das mulheres através da participação na tomada de decisão fez reduzir o medo do parto.

As parteiras estão conscientes do potencial impacto que as posições de nascimento têm na maneira como a mulher experiencia o nascimento e

Deixar a mulher escolher a posição que lhe é mais favorável é uma evidência de boa prática.

<b>Autor/Ano/Título</b>	Jonge, A et al (2009). <u>Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour.</u> Midwifery (25) 439-448.
<b>Tipo de Estudo</b>	Estudo de coorte retrospectivo.
<b>Metodologia</b>	<p>Foi enviado por correio um questionário a mulheres 3 a 4 anos após o parto, que foram seguidas em 8 locais diferentes de cuidados obstétricos na Holanda. Os questionários foram enviados entre janeiro e fevereiro de 2005 a mulheres que foram assistidas nestes centros em 2001. A acompanhar o questionário seguiam duas cartas, uma a explicar o propósito do estudo e a convidar as mulheres a participar, outra assinada por uma parteira a declarar a aprovação da prática para a participação no estudo. A aprovação ética não é necessária para este tipo de estudo na Holanda.</p> <p>Somente as mulheres que foram seguidas por uma parteira intra parto foram selecionadas para participar no estudo. As mulheres que desenvolveram complicações na segunda fase do trabalho de parto, sofreram morte do RN perinatal ou cujo bebê morreu nos primeiros 3 anos de vida, foram excluídas do estudo.</p> <p>Foram comparadas mulheres que apenas adotaram posições supinas durante o TP, com outras que adotaram posições não supinas, apenas ou em conjunto com posições supinas. Foram ainda comparadas as mulheres que adotaram a posição supina no período expulsivo, com outras que adotaram outra qualquer posição.</p> <p>Foram enviados 3200 questionários, 228 vieram devolvidos por morada incorreta e dos 2972 válidos apenas 1309 foram respondidos.</p>
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Estabelecer quais fatores que estão associados à escolha das posições de parto através durante a segunda fase do trabalho de parto e no momento do nascimento.
<b>Cenário do Estudo</b>	665 Mulheres com gravidezes e partos de baixo risco que receberam a assistência durante o parto por parteiras.
<b>Análise dos Resultados</b>	A média das idades das mulheres que responderam ao questionário situa-se nos 31, 3 anos; 44,3% eram primíparas e 47,1 múltíparas. Destes apenas 591 questionários eram elegíveis por dizerem respeito a mulheres seguidas durante todo o trabalho de parto por parteiras (as restantes foram referenciadas ao obstetra nalguma parte da gravidez ou do TP).

	<p>Das 591 mulheres seguidas exclusivamente por parteiras, 530 pariram em posição supina.</p> <p>Após a análise dos resultados, revelou-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres com mais de 36 anos adquirem a posição não supina por iniciativa própria e sozinhas mais facilmente do que mulheres mais novas;</li> <li>• Mulheres com nível superior de educação têm mais facilidade em escolher posições não supinas, do que com médios ou baixos níveis de educação;</li> <li>• Mulheres que realizaram esforços expulsivos durante mais do que 60 minutos foram menos propensas a usar a posição supina do que as mulheres, que fizeram força entre 10 minutos a 60 minutos;</li> <li>• Estado civil, origem étnica, paridade e local de nascimento não foram significativamente associados a diferentes posições durante a 2ª fase do TP.</li> </ul>
<p><b>Conclusões do Autor com Implicações para a Prática</b></p>	<p>As mulheres mais velhas e com maiores níveis de escolaridade são mais permeáveis a escolher posições não supinas.</p> <p>Há evidência de desigualdade na capacidade de escolha das diferentes posições, associado ao grau de educação, pois as mulheres com mais níveis de educação têm acesso mais fácil à informação sobre as posições não supinas.</p> <p>A escolha da posição durante o parto aumenta o sentimento de controlo e a satisfação com o parto;</p> <p>É necessário continuar a investir na educação das mulheres, parteiras, médicos e público em geral, para o reconhecimento das alternativas à posição supina como uma opção lógica para muitas mulheres.</p> <p>Parteiras e obstetras têm um importante papel no que diz respeito a ajudar as mulheres a escolherem a posição que é mais confortável para cada uma em cada situação. Capacitar as mulheres na escolha da posição de parto é uma evidência de boa prática.</p>

<b>Autor/Ano/Título</b>	Priddis, H. et al. (2012). <u>What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning?</u> A review of the literature. <i>Woman and Birth</i> (25) 100-106.
<b>Tipo de Estudo</b>	Revisão da Literatura
<b>Metodologia</b>	Foi realizada uma revisão da literatura nas seguintes bases de dados: CINAHL, CIAP, o Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline, Biomed Central, Ovidio e Google Scholar. Foram selecionados os artigos dos últimos 15 anos. Foram incluídos 40 trabalhos identificados como relevantes e incluídas nesta revisão.
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Realizar uma revisão da literatura que revele o impacto das posições de parto no bem-estar perinatal materno e os fatores que facilitam ou inibem as mulheres a adotar várias posições durante a 1º e 2º estágio do TP, incluindo o ambiente onde ocorre o parto, modelos de assistência e a filosofia dos profissionais.
<b>Cenário do Estudo</b>	Dos 40 artigos selecionados, 4 eram revisões sistemáticas, 2 ensaios clínicos randomizados (ECR) realizados e publicados, 2 duas meta-análises, 2 análise secundárias e 1 estudo prospetivo de coorte, papéis de opinião e capítulos de livros.
<b>Análise dos Resultados</b>	<p><b>Impacto das posições de parto sobre a duração do TP – 1º e 2º estágio.</b></p> <p>Lawrence et al. examinou 21 estudos randomizados e quasi-randomizados. Os efeitos de posicionamento vertical (sentado, em pé, a andar e de cócoras) foi comparado à posição supina, apresentando uma redução estatisticamente significativa na duração do 1º estágio do TP em cerca de 1 h, em comparação com supina e posições reclinadas. As mulheres estavam menos propensas a solicitar a epidural. A redução da duração do 1º estágio do TP foi registado em registado em posições verticais não deambulantes (sentado ou semi-ajoelhado) em comparação com grupos de controlo reclinadas. A deambulação não mostrou redução significativa. A comparação da posição vertical ou lateral com a posição com supina, demonstrou uma redução da duração do 2º estágio do TP para as mulheres primíparas, no entanto não houve diferença significativa para as mulheres múltíparas.</p> <p><u>Posição de Nascimento</u></p> <p>O impacto das posições adotadas durante o 1º e 2º estágio do TP para a forma de nascimento, foi analisado em 2 revisões da Cochrane Systematic Reviews,</p>

que revelam não existir significativas encontradas entre os grupos de controlo na posição vertical e reclinadas para o modo de nascimento, incluindo tanto nulíparas e múltiparas. Neste campo a evidência permanece inconclusiva

#### Resultados Perineais

Lesões perineais foram definidos como qualquer prejuízo para os lábios vaginais vagina, uretra, clitóris, parede vaginal, os músculos perineais e / ou do esfíncter anal. Estão relacionados com a dor pós-parto e morbidade materna. Vários estudos tentaram determinar o impacto do posicionamento materno nos resultados perineais. Um estudo australiano analisou o impacto da posição nascimento sobre o estado perineal. Os dados demonstraram que o trauma perineal foi maior na posição de semideitada no período expulsivo em comparação com todas as outras posições. Shorten et al. registou uma maior percentagem de trauma perineal na posição de cócoras, face à posição lateral. Na revisão da Cochrane que comparou a posição de ereta contra a supina, demonstrou aumento do trauma perineal nas posições verticais, sem impacto significativo nos riscos de trauma grave.

Jonge et al. avaliou o impacto da posição da mulher no período expulsivo em mulheres de baixo risco. Da análise dos dados resultou que as mulheres em posição sentada estavam menos propensas a ter uma episiotomia e mais propensas a sofrer trauma perineal em comparação com as mulheres em decúbito, porém estes resultados não alcançaram significância estatística. Numa nova revisão sistemática conduzida por Jonge et al., os riscos de trauma perineal foram avaliados em 3 grupos distintos: mulheres em litotomia, semideitadas e em posições sentadas no 2º estágio do TP. Não houve diferença significativa em relação ao risco de trauma perineal entre os grupos, que sugere que as diferenças encontradas se devem à inexperiência dos profissionais de saúde no posicionamento e apoio às mulheres nas várias posições de parto.

#### Impacto do Posicionamento no volume de perda de sangue no 3º e 4º estágio do TP

A associação entre o posicionamento da mulher no 2º estágio do TP e a perda de sangue no 3º e 4º estágio do TP, ainda não está clara.

Hinchinbrook, realizou um estudo randomizado acerca da atitude expectante dos profissionais no 3º estágio do TP face à atitude ativa. Foi também analisado o posicionamento materno. Os resultados sugeriram que a conduta expectante

resultou num aumento significativo do risco de hemorragia no pós-parto em comparação com a gestão ativa, independentemente do posicionamento.

Gupta e Hofmeyr encontraram um aumento significativo na perda de sangue estimada de mais de 500 ml nas mulheres em posição vertical, lateral e com o uso de um banco de nascimento contra a posição supina. No entanto nesta revisão não encontraram diferenças significativas entre a posição ereta e supina, necessidade de transfusões de sangue, remoção manual da placenta. Os autores aconselham que os resultados sejam interpretados com cautela e que o sangue seja efetivamente medido, do que apenas uma estimativa.

#### Impacto no Feto/RN

A pesquisa que investiga especificamente o impacto do posicionamento materno nos resultados perinatais é limitada. A meta-análise de Jonge et que avaliou a posição supina versus outras posições durante o 2º estágio do TP, não relatou nenhuma diferença nos scores de Apgar, alterações da frequência cardíaca fetal ou neonatal e necessidade de reanimação. Apenas foi detetado uma redução no pH do sangue arterial do cordão umbilical na posição supina, que não atingiu significância estatística.

A revisão de Gupta e Hofmeyr não encontrou diferença significativa nos resultados neonatais associados ao posicionamento materno ereto e supino.

#### Satisfação da mulher com o posicionamento durante o parto

A pesquisa identificou que os sentimentos maternos de satisfação relacionados com o parto são multidimensionais e resultantes da dinâmica entre a experiência física e psicossocial do TP.

Alguns estudos indicam que a liberdade para alternar posições durante o TP, tem sido identificado pelas mulheres como proporcionador de sentimentos de controlo e gestão da dor durante o TP.

As posições eretas têm sido associadas a uma redução da percepção da dor e a um aumento da satisfação. Ragnar et al. constataram que a posição sentada foi associada a um aumento da percepção da dor e do sentimento de vulnerabilidade. Alguns autores sugerem que pode estar relacionado com a diminuição da capacidade da mulher para se reposicionar, sentimentos crescentes de exposição e conseqüentemente, reduzir os sentimentos de controlo.

A importância das mulheres serem capazes de assumir a posição que lhe é mais "confortável" durante o TP foi relacionada com sentimentos de controle e satisfação.

### **Fatores que facilitam ou inibem o posicionamento no parto normal**

- Ambiente do Nascimento

Autores sugerem que o ambiente pode ter um impacto fisiológico e psicológico durante parto e condicionarem as mulheres a adotarem posições de parto fisiológicas.

Wagner sugere que o sistema hospitalar atual, medicalizado, repleto de luz, afeta negativamente a interação entre a mulher e o seu bebê durante o parto. Este conceito é ainda apoiado por Fahy e Hastie e descrevem o processo de "subliminar" a medicalização de mulheres grávidas através do ambiente. Esta sugestão é apoiada por pesquisas que demonstram que o posicionamento fisiológico do ocorre com mais frequência em centro de parto ou em casa, em comparação com a sala de parto.

O impacto do ambiente está descrito em relação à segurança. Quando uma mulher em TP se sente insegura, as vias neuro-hormonais que estão presentes durante o processo de TP ficam alteradas, podendo levar ao aparecimento do medo e aumento a libertação de hormonas como a adrenalina e noradrenalina e consequentemente diminuindo a libertação de oxitocina, responsável pela estimular as contrações uterinas regulares, o que pode alterar a evolução do TP.

- Modelos e Filosofia de Cuidados

A revisão Cochrane efetuada por Hatem et al. argumenta que os benefícios associados a certos ambientes de parto, tais como centros de parto, pode ser devido, não ao ambiente, mas ao modelo dos cuidados prestados.

Um modelo em que a mulher não é apenas um sujeito passivo, alvo do consentimento informado, mas um elemento ativo em todo o TP, com acesso a informação para apoiar a sua tomada de decisão são benéficas para a mulher se sentir capaz para alternar posições durante o TP.

Um estudo de Jonge com 40 parteiras sugeriu que o apoio à mulher em trabalho de parto incluía o fornecimento de informações sobre as posições, encorajando as mulheres a mobilizarem-se tendo em vista o seu conforto e estando preparadas para o eventual desconforto. Estas profissionais referiam também

	<p>que estariam dispostas a intervir no posicionamento, caso fosse obstetricamente indicado</p>
<b>Conclusões do Autor com Implicações para a Prática</b>	<p>A literatura demonstra que existem benefícios físicos e psicológicos na adoção de posições fisiológicas durante o parto, por escolha da mulher.</p> <p>Mulheres que decidem adotar posições verticais têm menor tempo de duração do 1º e 2º estágio do TP.</p> <p>A preferência de posições e a filosofia dos profissionais têm impacto na posição que a mulher adota durante o parto.</p>