



Curso de Mestrado em Enfermagem

Saúde Materna e Obstetrícia

**A promoção da liberdade de movimentos e
posicionamentos durante o trabalho de parto, um
cuidado especializado de Enfermagem**

Maria Jesus Martinez Fernandez

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Saúde Materna e Obstetrícia

**A promoção da liberdade de movimentos e
posicionamentos durante o trabalho de parto, um
cuidado especializado de Enfermagem**

Maria Jesus Martinez Fernandez

Professora Maria Anabela Ferreira dos Santos

2014



Obrigada...

À minha família, em especial ao Pedro e à Ana

À Professora Maria Anabela Ferreira dos Santos

Aos EESMO Cecília Artilheiro e Lino Ribeiro

Às famílias que partilharam comigo as suas experiências

“A humanização do nascimento não representa um retorno romântico ao passado, nem uma desvalorização da tecnologia. Em vez disso, oferece uma via ecológica e sustentável para o futuro”.

(Ricardo Jones)

ABREVIATURAS

AMESMO- Aluno de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

APEO- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

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

CTG- Cardiotocograma

EESMO- Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ECER- Ensino Clínico Estágio com Relatório

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME- *Federación de Asociaciones de Matronas de España*

FCF- Frequência Cardíaca Fetal

HFF- Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

ICM- *International Confederation of Midwives*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

REBA- Rotura Espontânea da Bolsa de Água

RN- Recém-Nascido

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

SUOG- Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP- Trabalho de Parto

UCER- Unidade Curricular Estágio com Relatório

Resumo

O presente Relatório de Estágio evidencia o percurso realizado para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais do cuidar especializado EESMO durante o ensino clínico Estágio com Relatório do 3º CMESMO da ESEL, nomeadamente, no que diz respeito ao cuidado especializado da promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto.

A promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos da parturiente no processo de trabalho de parto é uma forma de cuidado benéfica e deve ser encorajada. Contudo, apesar da evidência concreta das vantagens da mobilidade materna, as ideias preconcebidas e os costumes continuam a prevalecer, com o predomínio do posicionamento em decúbito dorsal, durante o trabalho de parto, independentemente do desejo da parturiente.

Foi desenvolvido um projeto recorrendo a uma metodologia de investigação baseada na revisão sistemática da literatura. O estudo procurou responder à questão em formato PI[C]O: Quais os benefícios (O), para a parturiente (P), da promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto por parte do EESMO (I)? Também foram utilizadas, como metodologias de investigação, entrevistas a peritos e notas de campo. A pesquisa da melhor evidência disponível foi realizada no interface eletrónico EBSCO HOST tendo sido selecionados quatro artigos, aos quais se adicionaram notas de campo, obras de peritos e protocolos institucionais.

Com a realização deste projeto conseguiu evidenciar-se que a liberdade de movimentos e posicionamentos promove o normal desenvolvimento da fisiologia do trabalho de parto e nascimento, sendo também de grande eficácia no controlo da dor, para além de que contribui para melhorar a experiência de parto das mulheres. Foi aqui também analisado o modo como pode ser proporcionada enquanto cuidado especializado de enfermagem, e identificadas dificuldades e estratégias na sua promoção.

Palavras-chave: Posições de parto, EESMO

Abstract

This Internship Report reflects the path taken in the development of technical and relational competencies in specialized care of the midwife during clinical teaching Internship with Report of 3rd CMESMO of ESEL, in particular, with regard to the specialized care of promoting freedom of movement and positions for the women in labor.

Promoting freedom of movement and positioning of the pregnant woman in labor process is a beneficial form of care and should be encouraged. However, despite the concrete evidence of the benefits of maternal mobility, preconceived ideas and customs still prevail, with the prevalence of supine positioning during labor, regardless of the desire of laboring women.

The study was developed using a methodology based on a systematic review of literature. The study sought to answer the question in the format PI [C] O: What are the benefits (O), for the mother (P), of the promotion of freedom of movement and positioning during labor by the EESMO (I)? Research methodologies were also used: interviews with experts and field notes.

The research of the best evidence available was conducted in the electronic interface EBSCO HOST, with four articles having been selected, which have been supplemented with field notes, works of experts and institutional protocols.

With this project we were able to show that the freedom of movement and positioning promotes normal development of the physiology of labor and birth, and is also very effective in controlling pain, in addition to contributing to the improvement of the birth experience for women. It was also discussed the way in which it may be provided as a specialized nursing care, and it were identified strategies and difficulties in its promotion.

Keywords: Birthing positions, midwifery.

INTRODUÇÃO	- 12 -
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	- 15 -
1.1 A promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos	- 15 -
1.2 Modelo teórico de Dorothea Orem.....	- 18 -
2. METODOLOGIA	- 21 -
2.1 Contextualização	- 21 -
2.2 Objetivos e atividades planeadas.....	- 22 -
2.3 Atividades desenvolvidas.....	- 23 -
2.3.1 Revisão sistemática da literatura	- 25 -
2.3.2 Entrevistas a peritos.	- 28 -
2.3.3 Notas de campo	- 29 -
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA RSL.....	- 31 -
3.1 Benefícios da promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos	- 31 -
3.1.1 Promoção do normal desenvolvimento da fisiologia do trabalho de parto e nascimento:-	- 31 -
3.1.2 Contribuição para o alívio da dor:	- 33 -
3.1.3 Promoção de uma experiência de parto positiva:	- 35 -
3.2 Estratégias e sugestões para a prática.....	- 36 -
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPÊTÊNCIAS DO EESMO	- 42 -
5. LIMITAÇÕES DO PROJETO E DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM.....	- 53 -
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	- 55 -
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	- 57 -
BIBLIOGRAFIA.....	- 60 -

APÊNDICES

Apêndice I. Tabelas de síntese dos artigos seleccionados na RSL

Apêndice II. Plano de observação

Apêndice III. Notas de Campo

ANEXOS

Anexo I. Procedimento: A bola do nascimento.

Anexo II. Workshop: Parto Verticalizado. XVI Encontro Nacional APEO

Anexo III. IV Jornadas de Saúde Materna. ESEL

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Diagrama da RSL.....	-27-
---------------------------------	------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivos e atividades planeadas.....	-22-
--	------

Quadro 2 - Guião das entrevistas.....	-28-
---------------------------------------	------

Quadro 3 – Síntese do Artigo 1	-65-
--------------------------------------	------

Quadro 4 – Síntese do Artigo 2	-66-
--------------------------------------	------

Quadro 5 – Síntese do Artigo 3.....	-67-
-------------------------------------	------

Quadro 6 – Síntese do Artigo 4.....	-68-
-------------------------------------	------

INTRODUÇÃO

O ensino clínico Estágio Com Relatório (ECER) desenvolveu-se durante o período de 18 de Fevereiro de 2013 a 12 de Julho de 2013, no bloco de partos de um hospital público português, tendo tido a duração total de 750 horas de ensino clínico, distribuídas da seguinte forma: 500 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial e restantes horas de trabalho autónomo do estudante. O ensino clínico decorreu sob a orientação de uma docente da ESEL e de dois orientadores locais Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), no bloco de partos de um hospital público português. O Relatório de Estágio foi realizado sob a orientação da docente da ESEL Professora Maria Anabela Ferreira dos Santos.

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2012, p.734) um relatório é uma “exposição objetiva e minuciosa de uma atividade, das conclusões de uma pesquisa, do desenvolvimento de um projeto (...)”. A realização de um relatório refere-se, então, à exposição e descrição objetiva de um conjunto de atividades desenvolvidas pelo estudante, que foram previamente organizadas e planeadas durante um período de tempo e que permite proporcionar uma visão ampliada e detalhada das distintas componentes da evolução da UCER durante o período de tempo – o que, por sua vez, permite proporcionar uma visão ampliada e detalhada das distintas componentes da evolução da UCER, durante o período de tempo em que este decorreu.

Deste modo, são objetivos deste relatório:

- Realizar uma análise crítica e reflexiva sobre o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto futura EESMO, ao longo do ensino clínico;
- Realizar uma descrição das competências adquiridas enquanto futura EESMO e Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia;
- Desenvolver um projeto recorrendo à metodologia de Revisão Sistemática da Literatura, sobre a liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto como cuidado especializado de enfermagem;
- Constituir um momento de avaliação.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista:

“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (Regulamento N.º122/2011, 2011)

Para além dos quatro domínios comuns de competências dos enfermeiros especialistas (Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão de Cuidados e Aprendizagens Profissionais), o EESMO tem como competências específicas cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, do período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto (TP), período pós-natal e climatério, incluindo também os processos de saúde doença ginecológica e cuidar o grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Regulamento N.º127/2011, 2011).

O ECER dá resposta ao exigido pelo plano de estudos do 3º CMESMO e ao mesmo tempo responde à Diretiva n.º 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho das Comunidades Europeias, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Diretiva n.º 2006/100/CE, do Conselho das Comunidades Europeias, de 20 de Novembro, que adapta determinadas diretivas no domínio da livre circulação de pessoas, transposta para a ordem jurídica nacional, na Lei n.º 9/2009 de 4 de Março.

Durante o transcurso deste relatório, estarão sempre patentes as competências do EESMO definidas pela OE e pela *Internacional Confederation of Midwives* (ICM). A temática “Promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto como cuidado especializado de enfermagem” terá um papel de relevo, visto ter sido a temática que me propus aprofundar e sobre a qual desenvolver competências especializadas. Para tal, recorri à metodologia da Revisão Sistemática da Literatura. A minha motivação relaciona-se com a realização de pesquisa bibliográfica sobre a referida temática, que aponta para vantagens e benefícios da prática da mesma, para a mãe e bebé. De acordo com a bibliografia, a promoção da liberdade de movimentos da parturiente no processo de trabalho de parto é uma forma de cuidado benéfica e deve ser encorajada. Contudo, apesar da evidência concreta das vantagens da mobilidade materna, as ideias preconcebidas e os costumes continuam a prevalecer, com o predomínio do posicionamento em decúbito dorsal, durante o trabalho de parto, independentemente do desejo da parturiente. A manutenção da parturiente nesta

posição é uma prática que tem sido questionada em relação aos seus benefícios para mãe e filho. Surge assim o meu interesse pelo tema.

Face a sua adequação à temática em estudo, elegi como modelo teórico de referência o modelo teórico de Dorotea Orem. Esta escolha justifica-se pelo facto de pretender o autocuidado da parturiente e acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento. Para Orem (1980), o auto-cuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Com a aplicação deste modelo, será possível determinar as deficiências ou limitações do autocuidado, conduzindo a uma definição promover-se dos papéis que facilitem a liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto, incentivada pelo EESMO.

Este relatório encontra-se organizado em 7 capítulos. Inicia-se com uma introdução onde são definidos os objetivos, a temática em estudo e o respetivo referencial teórico. Seguidamente, apresento o primeiro capítulo onde sera realizado um enquadramento teórico e sera apresentado o modelo teórico de referência subjacente ao estudo. No segundo capítulo exponho a metodologia utilizada. Sucede-lhe o terceiro capítulo onde apresento a discussão dos resultados da RSL revelando os benefícios para a parturiente da promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos, sendo também aqui identificadas estratégias e sugestões para a prática. Segue-se o quarto capítulo onde realizo a análise das competências gerais desenvolvidas, procurando especificar a temática escolhida pela autora, No quinto capítulo identifico as limitações do estudo e do processo de aprendizagem. Seguidamente, no sexto capítulo, apresento as considerações éticas e no sétimo capítulo as considerações finais. Para finalizar encontram-se as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será apresentada a fundamentação teórica da temática em estudo e realizada uma breve revisão sobre o modelo teórico de enfermagem eleito para o presente trabalho.

1.1 A promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos

Até meados do século XX, o parto foi tido como um processo natural, um evento social e emocional, partilhado pela mulher com a sua família e amigos, decorrendo maioritariamente no seio familiar. No entanto, face às elevadas taxas de morbilidade e mortalidade maternas e neonatais associadas à infeção, o parto passou da casa para o hospital, tornando-se num evento médico. Ao mesmo tempo que a mulher deixou de ter um papel ativo no TP, ocorreu um aumento substancial da utilização da tecnologia e das intervenções aplicadas no decorrer do mesmo (Sabatino, Dunn & Caldeyro-Barcia, 2000).

Por ocasião da invenção do fórceps obstétrico, pelo cirurgião britânico Peter Chamberlen, que idealizou o primeiro instrumento em 1598, a assistência à parturiente, passou a ser entendida como um evento constituído por uma série de procedimentos junto ao leito (Osava e Tanaka, 1997). O fórceps personificou, então, a arte da obstetrícia médica, consolidando definitivamente o conceito de que o parto é um evento perigoso, devendo ser rodeado de intervenções. A maior influência na mudança da posição da mulher no parto, de vertical para horizontal, como condição para facilitar tais intervenções, atribui-se a François Mauriceau, médico francês do século XVII. Este afirmava que a posição reclinada seria a mais confortável para a parturiente e para o profissional que realiza o parto (Sabatino *et al.*, 2000).

Por outro lado Mamede (2007) afirma que a horizontalidade foi adoptada para comodidade dos profissionais, não sendo considerada a naturalidade do processo fisiológico durante o decurso do parto.

Segundo Kitzinger (1996) o comportamento humano ignora, muitas vezes, os processos fisiológicos do parto e, frequentemente, a cultura reinterpreta-os de tal modo que as acções resultantes podem ser inadequadas. Um exemplo dessa reinterpretação é a incorporação de práticas relacionadas com o controlo do trabalho de parto centradas nos profissionais. Estas conduzem, frequentemente, a mudanças no comportamento da parturiente permitindo que o

mecanismo do parto seja afectado e que os factores provenientes da própria fisiologia feminina e respectivo processo de parir sejam relegados para segundo plano (Kitzinger, 1996).

Também Walsh (2007) afirma que as modificações nas posições adoptadas pela parturiente são um bom exemplo de influências sociais e culturais sobre o trabalho de parto que ocorreram nas sociedades ocidentais, sem existir evidência dos seus benefícios. O mesmo autor refere que intervenções que são realizadas de forma rotineira e desnecessária podem ter consequências negativas no parto, na mãe e no RN.

Mais especificamente, Baker (2010) conclui que a falta de movimento e as posições horizontais estão associadas a um maior número de intervenções médicas, num processo que pode ser totalmente natural e sem necessidade de recurso a tais intervenções.

Schmid (2010) enumera as desvantagens da imobilidade durante o TP:

“contrações menos eficazes e mais dolorosas, menos relaxamento durante a pausa, lacerações no colo do útero, pressão excessiva sobre as articulações do sacro e cóccix com dor a longo prazo e possível luxação do cóccix, aumento da utilização de oxitocina e fármacos em geral, pico prolongado da contração com excesso de pressão dos tecidos com aumento da dor, compressão dos grandes vasos, incapacidade para realizar a expulsão naturalmente e recurso frequente à manobra de Kristeller, (...), lesões perineais e recurso a episiotomia com risco de infecção, formação de hematoma e mínima possibilidade de interação com a criança dificultando a amamentação imediata, maior intervenção obstétrica com maior risco de intervenção ou cesariana” (Schmid, 2010, p.70)

A APEO (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras) e a FAME (*Federación de Asociaciones de Matronas de España*) afirmam que “as práticas obstétricas devem pautar-se pelo respeito pelo processo fisiológico e dinâmica própria de cada nascimento, sendo as intervenções cuidadosas, evitando-se excessos e fazendo-se um uso criterioso da tecnologia.” (APEO & FAME, 2009, p.15)

A OE (2012) no documento *Consenso Pelo Direito Ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada*, define o parto normal como:

parto de início espontâneo, de baixo risco no início, 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. (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.18)

As vantagens do parto normal são inúmeras, pois a natureza segue o seu curso, englobando o nascimento na hora certa do recém-nascido, a sua melhor adaptação à vida extrauterina, a potencialização do processo de vinculação e a recuperação mais célere da mulher (APEO & FAME, 2009, p.15).

É da competência específica do EESMO a assistência ao parto normal, uma vez que “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos.” (Regulamento N.º127/2011, 2011).

Segundo a OE (2012), uma das práticas promotoras do parto normal, no âmbito da prática clínica, consiste em apoiar a liberdade de movimentos da mulher, oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a verticalidade.

Fisiologicamente, é vantajoso, para ambos, mulher e bebé, o movimento durante o trabalho de parto, na medida em que o útero se contrai de forma mais eficaz assim como o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta é mais abundante, traduzindo-se num encurtamento do trabalho de parto e na redução da dor. Existe, ainda, referência ao facto de o movimento melhorar a adaptação da apresentação aos planos da bacia materna, prevenindo assim as complicações do trajecto (OMS, 1996, Mamede, 2007, Lowdermilk e Perry, 2008). De acordo com Lothian (2004), a liberdade de movimentos, assim como as posições verticais, são importantes para tornar o nascimento mais fácil. Estas representam a melhor forma de usar a força da gravidade para ajudar o bebé a descer, modificando os diâmetros pélvicos, permitindo, assim, à parturiente responder à dor de uma forma ativa, o que poderá acelerar o processo do trabalho de parto. Também o útero responde ao movimento trabalhando com mais eficiência.

Segundo a OMS, a liberdade de posicionamentos e movimentos durante o trabalho de parto é uma prática que deve ser encorajada e estimulada e que recai na categoria das práticas demonstradamente úteis e que devem ser promovidas (OMS, 1996).

1.2 Modelo teórico de Dorothea Orem

O modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem serviu como modelo de referência para o desenvolvimento deste trabalho.

Segundo esta autora, a pessoa é entendida como um todo integral que funciona biológica, social e simbolicamente. É uma unidade que possui as capacidades, aptidões e poder de comprometer-se e realizar autocuidados de três tipos: universais, associados a processos de crescimento e desenvolvimento humano e os que se referem a desvios de saúde. Orem define a saúde como estado de “integridade das estruturas humanas desenvolvidas e da função corporal e mental”. (Orem 1993, p.205) O bem-estar, sendo um estado caracterizado por “experiências de alegria, prazer e vários tipos de felicidade, (...) está associado à saúde, ao sucesso nos esforços pessoais e a suficiência de recursos.” (Orem 1993, p.205) O ambiente representa o conjunto de fatores externos que influenciam a decisão da pessoa sobre realizar os autocuidados ou sobre a sua capacidade de realizá-los. O ambiente é parte integrante da pessoa. (Orem, 2001)

Dorothea Orem desenvolveu a teoria de enfermagem do déficit de autocuidado, que engloba três teorias inter-relacionadas:

- A teoria do autocuidado, que descreve o porquê e o como as pessoas cuidam de si próprias.

- A teoria do déficit do autocuidado, que descreve e explica como a enfermagem pode ajudar as pessoas.

- A teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que se devem manter para que se realize o cuidado de enfermagem.

O auto-cuidado é a “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Orem, 2001, p.43). Estas ações surgem das exigências sentidas pelas próprias pessoas ou observadas por outras, sendo no último caso necessário o compromisso entre ambas. Existem fatores internos ou externos que afetam a capacidade da pessoa no sentido de envolver-se no autocuidado ou o tipo e a quantidade de autocuidado necessário; são eles: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, sistema de saúde, sistema familiar, padrões de vida,

fatores ambientais e adequação e disponibilidade de recursos. Estas dimensões são conhecidas como fatores condicionantes básicos. (Orem, 2001)

As pessoas têm habilidades específicas, bem como respostas adequadas face às necessidades de autocuidado, pois o ser humano é visto e descrito como um agente de autocuidado. Quando as pessoas realizam ações deliberadas nesse sentido, estão a fazer uso das suas capacidades com a finalidade de satisfazer as suas necessidades. Estas constituem os requisitos de autocuidado que o indivíduo deve satisfazer.

O conceito de requisitos de autocuidado apresenta três categorias: “universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde” (Orem, 2001, p.48). Os requisitos universais representam as ações humanas que se produzem a partir das condições internas e externas do indivíduo, que mantêm a estrutura e funcionamento humano, as quais, por sua vez, apoiam o desenvolvimento humano. Os requisitos universais são comuns a todos os seres humanos durante todos os estádios do ciclo vital, são interrelacionados, e atendem a aspetos de idade, sexo, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros. Termos comuns para designar estes requisitos são as atividades de vida diária. Os requisitos de desenvolvimento estão associados aos processos de desenvolvimento humano, assim como as condições e eventos que ocorrem durante diversas etapas do ciclo vital; trata-se de eventos que podem afetar o desenvolvimento, tais como: infância, adolescência, envelhecimento, gravidez e parto, situação de casamento, divórcio, situações de mudança no percurso da vida. Por último, temos os requisitos de desvio da saúde, que estão associados a formas específicas de patologia, ou que podem resultar das medidas de diagnóstico e terapêutica médica.

Quando as necessidades são superiores à capacidade de o indivíduo autocuidar-se, surge um défice de autocuidado, que estabelece a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidados. O enfermeiro avalia o défice de autocuidado e adequa a sua intervenção, de forma a minimizar os seus efeitos. Portanto, esses cuidados podem ser realizados pelo enfermeiro, quando as capacidades da pessoa são insuficientes para satisfazer uma determinada necessidade de cuidado ou quando se preveja uma relação futura de défice por previsíveis diminuições de habilidades do autocuidado. Assim sendo, existe uma relação entre défice de autocuidado e a intervenção de enfermagem: a enfermagem é considerada como um serviço de ajuda especializada, em que os/as enfermeiros/as ajudam os outros, por consequência de limitações de ação pertencentes ao domínio da enfermagem. O enfermeiro também tem conhecimento das necessidades que só podem ser satisfeitas por outros

profissionais especializados, e ajudam aos indivíduos a obter a ajuda necessária desses profissionais, transmitindo esta necessidade a estes ou ajudando aos aqueles a expressar as necessidades dos serviços de outros profissionais. (Orem, 2001)

Um método de ajuda, na perspectiva de enfermagem, é uma sequência de ações realizadas para superar ou compensar as limitações associadas com o estado de saúde das pessoas, por forma a conseguir realizar atividades que regularão o seu próprio funcionamento e desenvolvimento e o das pessoas que delas dependem. Orem identificou cinco métodos de ajuda, que em situações concretas podem ser utilizados em combinação: “1. Agir ou fazer para o outro; 2. Guiar e dirigir; 3. Proporcionar apoio físico ou psicológico; 4. Proporcionar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; 5. Ensinar” (Orem, 2001, p.56)

Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, a saber: “1. Sistema totalmente compensatório; 2. Sistema parcialmente compensatório; 3. Sistema de apoio e educação.” (Orem, 2001, p. 350). As intervenções poderão ser: totalmente compensatórias (compensar a incapacidade, apoiar e proteger); parcialmente compensatórias (substituir o paciente em algumas atividades); ou de apoio e educação (ajudar a tomar decisões, fomentar aprendizagem, fornecer informação), tendo por objetivo satisfazer e modificar os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e os desvios da saúde.

A opção de utilizar o modelo da Dorothea Orem justifica-se pelo facto de pretender promover o autocuidado da parturiente e o acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento, de forma a promover a participação ativa dos mesmos. Com a aplicação deste modelo, também será possível determinar as deficiências do autocuidado, guiando os enfermeiros, neste caso específico os EESMO, na selecção dos métodos de ajuda no sentido de promoverem a liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto e nascimento.

2. METODOLOGIA

2.1 Contextualização

O Serviço de Bloco de Partos onde realizei este projeto está inserido numa instituição hospitalar, fazendo parte do Departamento da Mulher. Este serviço é dividido numa área ambulatorial de Urgência e numa área de internamento. Na urgência encontra-se um EESMO, que tem como competências a realização da triagem das utentes, a administração de terapêutica e vigilância das utentes, Cardiotocogramas (CTG), bem como proceder ao internamento das utentes em trabalho de parto ou com Rotura Espontânea da Bolsa de Água (REBA) numa gravidez de termo. Na área de internamento, encontram-se duas salas de internamento de Ginecologia com sete camas no total, seis quartos de dilatação individuais, duas salas de parto, uma sala de recobro com quatro camas e três blocos operatórios, sendo uma de apoio à área de Ginecologia. A equipa de profissionais é constituída por médicos especialistas em Obstetrícia e Ginecologia e em Anestesia, médicos internos da especialidade de Obstetrícia e de Anestesia, EESMO, enfermeiros generalistas, assistentes operacionais e um administrativo. As equipas de enfermagem trabalham por turnos, existindo no mínimo quatro EESMO por turno. A receção é assegurada por um Administrativo, que dá apoio a todo o serviço. É permitida a presença de uma pessoa significativa no decurso do trabalho de parto à escolha da grávida, que pode estar presente na sala de partos, se for um parto eutócico. Existem seis quartos individuais para as grávidas em trabalho de parto, sendo estas transferidas para uma das duas salas de partos também individuais antes do nascimento. As duas salas de parto estão equipadas com camas de parto articuladas, permitindo vários posicionamentos à parturiente, de forma segura. Encontram-se também equipadas com todo o material necessário perante a ocorrência de um parto distócico (ventosa ou fórceps), e estão igualmente equipadas para a prestação dos cuidados imediatos ao RN, nomeadamente com mesa de reanimação neonatal. Todas as salas dispõem de aparelhagens de som, sendo que a utente pode levar música da sua preferência. O serviço encontra-se equipado com cardiotocógrafos ligados a uma central de monitorização, permitindo a monitorização permanente do bem-estar materno-fetal, sem intrusão na privacidade da grávida e acompanhante. Dispõe ainda de equipamento de monitorização por telemetria (*wireless*), o que permite a livre movimentação da grávida.

2.2 Objetivos e atividades planeadas

De forma a aprofundar conhecimentos e desenvolver as competências científicas, técnicas e relacionais, na promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos enquanto cuidado especializado de enfermagem durante trabalho de parto e nascimento, elaborei os objetivos presentes no quadro 1 e planeei as atividades correspondentes durante a elaboração do projeto individual para o ECER:

Quadro 1- Objetivos e atividades planeadas

Objetivos	Atividades
1. Identificar os benefícios da liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto;	- Realização de uma Revisão sistemática da literatura sobre o tema;
2. Identificar dificuldades, constrangimentos e estratégias na promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos por parte do EESMO;	- Realização de entrevistas a peritos (estudo exploratório com abordagem qualitativa).
3. Prestar cuidados especializados durante o trabalho de parto e nascimento, promovendo a liberdade de movimentos e posicionamentos;	- Prestação de cuidados especializados. - Mobilização dos conhecimentos adquiridos mediante a sensibilização da parturiente e acompanhante sobre o uso da liberdade de movimentos e posicionamentos, promovendo uma decisão esclarecida.

Para atingir estes objetivos foram necessários os seguintes recursos:

Recursos Humanos:

- ✓ Docente da ESEL
- ✓ EESMO Orientador do ensino clínico
- ✓ EESMO peritos na área da promoção da liberdade de movimentos/ posicionamentos durante o trabalho de parto
- ✓ Equipa multidisciplinar
- ✓ Parturiente/família

Recursos Físicos e Materiais:

- ✓ Biblioteca da ESEL
- ✓ Sala de Reuniões do serviço
- ✓ Biblioteca do HFF
- ✓ Computador
- ✓ Gravador
- ✓ Impressora
- ✓ Papel
- ✓ Material inerente à prática dos cuidados

2.3 Atividades desenvolvidas

Ao longo do Estágio com Relatório houve a necessidade de adaptar e reformular algumas das atividades planeadas, de forma a superar ou contornar alguns obstáculos e atingir os objetivos propostos. Seguidamente procederei à apreciação dos objetivos e à análise da forma como foram desenvolvidas as atividades, avaliando criticamente a sua eficácia.

Em relação ao primeiro objetivo foi realizada uma revisão sistemática da literatura que permitiu construir um referencial teórico sobre a temática, evidenciando benefícios a três níveis, uma vez que promove o normal desenvolvimento da fisiologia do trabalho de parto e nascimento, sendo também de grande eficácia no controlo da dor, para além de que contribui para melhorar a experiência de parto das mulheres. Também permitiu identificar várias estratégias e sugestões para a prática. Será realizada uma apresentação e discussão dos resultados no capítulo 4.

Inicialmente, não houve intencionalidade na recolha de notas de campo durante a prestação de cuidados, mas a riqueza das experiências vividas em prática clínica levou a que se sentisse a

necessidade de as acrescentar às actividades planeadas. Estas informações foram recolhidas inicialmente de forma menos organizada e por isso não são aqui apresentadas: no decurso do estágio, consegui recolher no total três notas de campo absolutamente estruturadas, verificando que seriam um complemento importante para a revisão sistematizada da literatura, por ter conseguido identificar benefícios da liberdade de movimentos e posicionamentos para a parturiente (*vide* apêndice III).

O segundo objetivo foi alcançado através de entrevistas a peritos na área; no entanto, não foram realizadas conforme o inicialmente planeado, na medida em que se verificou uma grande dificuldade em obter, em tempo útil, o consentimento informado por parte da comissão de ética da instituição, por existir um limite temporal. Com o intuito de adquirir um conhecimento mais próximo da realidade prática sobre a liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto e nascimento, assisti às IV Jornadas de Saúde Materna organizadas pela ESEL (*vide* Anexo III), onde, entre outras, foram abordadas as temáticas do parto natural e do respeito pela fisiologia do parto, também sobre o posicionamento verticalizado durante o segundo estágio do TP. Foi neste contexto que surgiu a oportunidade de entrevistar três EESMO peritos na área, com experiência em blocos de parto em Portugal e conhecimentos especiais sobre a promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto, sendo que uma delas colabora como docente com a ESEL no CLE e no CMESMO, desempenhando também funções como enfermeira chefe de um bloco de partos. Estas entrevistas informais constituíram uma mais-valia significativa no início do processo de aprendizagem, pois contextualizaram a temática em estudo face à realidade portuguesa e ajudaram a identificar algumas estratégias na promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos, por parte do EESMO.

O terceiro objetivo foi parcialmente alcançado, através da prestação de cuidados especializados. Mobilizaram-se os conhecimentos adquiridos mediante a sensibilização da parturiente e acompanhante sobre o uso da liberdade de movimentos e posicionamentos, promovendo uma decisão esclarecida, durante o primeiro estágio do trabalho de parto, mas não existindo disponibilidade por parte da instituição para que o EESMO assistisse os nascimentos em posição vertical ou lateral, durante o segundo estágio de trabalho de parto, a posição indicada pelos EESMO para as parturientes foi a de litotomia na cama de partos, independentemente da preferência das mulheres. Foram adotadas algumas estratégias no sentido de ultrapassar este obstáculo, conforme o descrito no capítulo 4.

Com a finalidade de adquirir novas competências neste cuidado especializado, assisti ao XVI Encontro Nacional APEO, onde participei no *workshop* “Parto verticalizado”. Foram apresentadas competências teórico-práticas para prestação de cuidados de enfermagem especializados na assistência ao parto em diferentes posições, depois analisadas e postas em prática, como alternativas vantajosas ao parto horizontal. Foram também partilhadas recomendações práticas favorecedoras da liberdade de movimentos na assistência ao parto, que se revelaram fundamentais numa fase posterior, durante o decorrer do estágio. No final desta sessão, a maioria do público presente concluiu que os EESMO necessitam de ganhar experiência na assistência ao parto em posições não supinas, pois tem-se perdido a confiança no saber apoiar o parto livre de intervenções e em posições diferentes das “medicalizadas”. Acrescentou-se esta actividade às actividades planeadas e considera-se que representou uma mais-valia na aquisição e desenvolvimento de competências.

Foi sentida a necessidade de partilhar a evidência científica sobre esta temática com a equipa multidisciplinar em varias ocasiões durante o EC, tendo ficado no serviço um *dossier* com os artigos utilizados para a realização deste trabalho, pelo que esta foi igualmente acrescentada às actividades planeadas.

2.3.1 Revisão sistemática da literatura

A RSL consiste na produção de resumos fiáveis e de evidência relevante para uma investigação, através de métodos rigorosos que reduzam o viés (Craig & Smyth, 2004, p.164). Assim, procurei encontrar evidência científica na literatura, que respondesse à questão de partida e, deste modo, suportar a minha prática clínica, pois tal como referem Craig e Smyth (2004) “a revisão sistemática da literatura é uma actividade de investigação considerada de extrema importância para apreciar a eficácia das intervenções, denominando-a de ”o padrão de ouro” para a prática baseada na evidência” (2004, p.182). Na verdade, ela permite o desenvolvimento de cuidados de enfermagem alicerçados na evidência científica (Ramalho, 2006).

A metodologia de RSL implica o esgotar da globalidade das bases de dados disponíveis e a participação de dois revisores para a diminuição do viés. No entanto, na impossibilidade de se

cumprirem os critérios supramencionados neste trabalho individual, a metodologia utilizada foi uma revisão “sistematizada” da literatura.

A RSL, enquanto metodologia de investigação desenvolve-se ao longo de um conjunto de quatro etapas (Craig & Smyth, 2004).

A primeira etapa consiste no desenvolvimento da questão de investigação: “uma questão bem formulada maximiza o potencial de encontrar evidência relevante que pode ser aplicada (...) numa situação específica” (Craig & Smyth, 2004, p.25).

Segundo os mesmos autores, o esquema de referencia PICO torna-se útil para que se definam previamente ao início da RSL todos os elementos chave para o estudo. (P) representa a população; (I) representa a Intervenção; (O) representa os *outcomes* ou resultados e (C) representa a comparação da intervenção, sendo um elemento opcional.

Neste estudo foi então definida como questão de partida: Quais os benefícios (O), para a parturiente (P), da promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto por parte do EESMO (I)?

A segunda etapa da RSL é a pesquisa da melhor evidência disponível. A pesquisa foi realizada em Setembro de 2012, no interface eletrónico EBSCO HOST, abrangendo as bases de dados: MEDLINE with Full Text, CINAHL with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, ERIC e MedicLatina.

Os descritores utilizados na pesquisa foram: *birthing positions* e *midwifery*, operacionalizando-os através da expressão *and*.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos encontrados na pesquisa foram: serem artigos científicos e/ou de opinião de perito, publicados em inglês, espanhol ou português; estarem livres de encargos financeiros; a sua publicação ter ocorrido no período compreendido entre Janeiro de 2002 e Junho de 2012; que os mesmos artigos abordassem a temática da liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto.

Os critérios de exclusão para a mesma seleção de artigos foram: todos os estudos que não apresentassem os benefícios da liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto

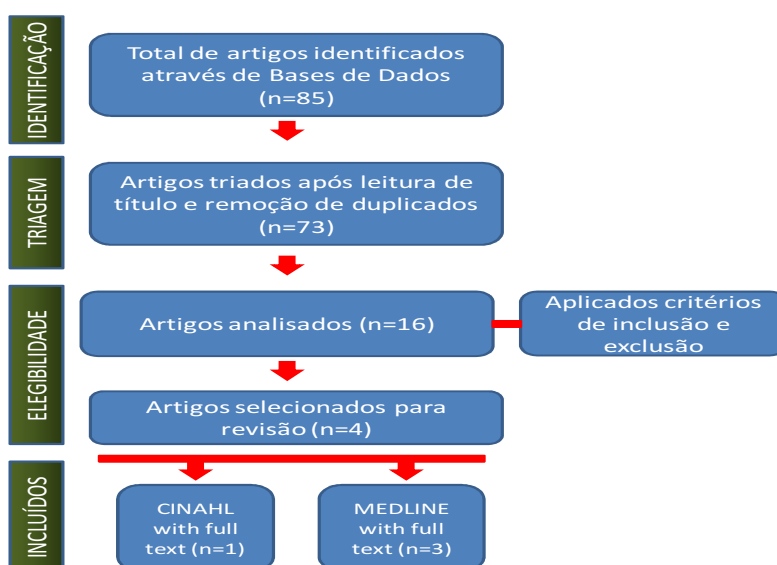
A terceira etapa compreende a seleção dos estudos e a extração dos dados: foi elaborada uma lista abrangente de resumos e todos os estudos que pareciam cumprir os critérios de inclusão foram analisados. Na pesquisa realizada, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dos oitenta e cinco estudos inicialmente obtidos foram selecionados quatro: “tendo decidido que estudos são elegíveis para inclusão, os revisores necessitam de tabular as suas características. Esta descrição deve incluir os métodos do estudo, detalhes sobre os participantes, a natureza precisa das intervenções e os resultados mensurados” (Craig & Smyth, 2004, p.168). Assim, no Apêndice II será apresentada a descrição dos escolhidos.

Apresento o gráfico abaixo que explica o processo de seleção de artigos na RSL. (Gráfico 1)

Na quarta etapa é realizada a análise e interpretação de resultados de forma aplicar a evidência na prática clínica: “uma cultura da prática baseada na evidência é aquela em que um maior número de boas (...) decisões é tomado, e onde a evidência científica, preferências do doente, recursos disponíveis e competência clínica, desempenham parte ativa no processo de tomada de decisão.” (Craig & Smyth, 2004, p.214)

No capítulo 4 será realizada uma apresentação e discussão dos resultados dos estudos selecionados, tendo por base modelo teórico de referência.

Gráfico 1. Diagrama da revisão sistemática da literatura



2.3.2 Entrevistas a peritos.

Foram realizadas entrevistas informais a peritos na área. Recolheu-se informação relativa á promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos da mulher durante o trabalho de parto e fez-se uma análise da visão dos EESMO face às dificuldades sentidas e estratégias utilizadas para a sua promoção. Para recolher os dados necessários, foi utilizada a entrevista, pois como referem Bogdan e Biklen (2013, p. 134) a mesma: “ (...) é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao próprio investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”. O método de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, pois, o característico nestas entrevistas segundo Flick (2005, p. 94) é: “ (...) a incorporação de perguntas mais ou menos abertas, no guião”.

Quadro 2. Guião das entrevistas

- Qual é a realidade acerca da promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos na sua instituição?
- Que estratégias podem desenvolver-se para promover a liberdade de movimentos e posicionamentos em instituições em que esta não é uma prática habitual?
- Que custos adicionais acarreta este cuidado especializado?
- Quais foram as maiores dificuldades na implementação deste cuidado na sua instituição?

Não foi possível inferir e apresentar os resultados, devido às limitações metodológicas já mencionadas; no entanto, estas entrevistas informais constituíram uma mais-valia na medida em que contextualizaram a temática em estudo e ajudaram a identificar algumas estratégias na promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos por parte do EESMO.

2.3.3 Notas de campo

Para Fortin (2009) a observação é uma fonte de dados, existindo vários meios de registar o resultado das observações efectuadas: estas anotações podem ser realizadas de imediato, em campo, ou o observador pode concentrar-se na observação e escrever os achados posteriormente. Deste modo uma das medidas utilizadas em investigação para a colheita de dados será a observação, que “(...) constitui frequentemente o meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou acontecimentos.” (Fortin, 2009, p.371). A autora diferencia o método em dois tipos: Observação não estruturada, e observação estruturada, tendo a minha escolha recaído sobre esta última, uma vez que “(...) consiste em observar e em descrever, de forma sistemática, comportamentos e acontecimentos que dizem respeito ao problema em investigação.” (Fortin, 2009, p.371-372.).

Segundo Fortin (2009), o investigador deve planificar cuidadosamente as observações para que estas sejam consideradas como científicas e para tal recomenda a construção de um plano de observação, uma vez que o objectivo principal da realização das observações é “(...) constatar factos e relatá-los fielmente.” A mesma autora refere ainda ser necessário elaborar um plano de observação, que deve ter explicitado: “(...) o que observar (...) quando se deve anotar as observações (...) como será anotado o acontecimento (...) onde se farão as observações (...) e quem fará as observações(...)”. (Fortin, 2009, p. 372). Assim elaborei um plano de observação que se encontra em apêndice (Apêndice II): a informação resultante daquele foi relatada em notas de campo, descritas segundo Bogdan e Biklen (2006) como “o relato escrito sobre o que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo” (2006, p.150). Este processo compreende duas dimensões que são a descrição e a reflexão. A primeira demonstra “a preocupação de captar uma imagem por palavras do local, pessoas, acções e conversas observadas (...) que representam o melhor esforço do investigador para registar objectivamente os detalhes do que ocorreu no campo” (Bogdan e Biklen, 2006, p. 152). A segunda assume um carácter reflexivo sendo esta “a parte que apreende mais o ponto de vista do observador, as suas ideias e preocupações” (Bogdan e Biklen, 2006, p. 152).

Tal como descrito no plano de observação, a informação foi anotada à medida que foi observada, tendo sido complementada no final de cada turno, altura em que foram elaboradas as notas de campo, onde ficaram, igualmente, descritas todas as intervenções por mim

implementadas no sentido de promover a liberdade de movimentos junto da mulher e/ou pai/acompanhante, e a sua respectiva avaliação. As notas de campo encontram-se em apêndice (*vide* Apêndice III).

As informações recolhidas nas notas de campo foram mobilizadas na análise e discussão dos resultados da RSL, como complemento importante à evidência obtida através da investigação, e que apresento no próximo capítulo.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA RSL

Neste capítulo, serão apresentados e analisados criticamente os resultados da revisão sistematizada da literatura, por forma a identificar os benefícios da promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos, bem como será analisado o modo como pode ser utilizada enquanto cuidado especializado de enfermagem durante o trabalho de parto e nascimento. No final deste capítulo, são expostas estratégias e sugestões para a prática.

A análise e discussão dos resultados serão realizadas à luz do modelo teórico de Dorothea Orem e terão em conta as competências do EESMO descritas anteriormente, bem como a experiência obtida em contexto de ensino clínico.

3.1 Benefícios da promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos

Durante a revisão sistematizada da literatura, a promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos da parturiente, enquanto cuidado especializado de enfermagem, evidenciou claros benefícios a três níveis:

3.1.1 Promoção do normal desenvolvimento da fisiologia do trabalho de parto e nascimento:

São vários os autores cujos trabalhos subjazem a esta ideia, sendo que as suas conclusões são eloquentes no que toca à defesa do movimento aquando do trabalho de parto. Permitir-nos-emos elencar as suas teses de forma quase indicativa, de modo a não perder o objetivo desta fase dos nossos trabalhos (a discussão – que não exposição exaustiva – dos resultados).

Lothian (2009) refere que o movimento e as mudanças de posição durante o trabalho de parto ajudam na progressão do trabalho de parto, pois aumentam a libertação contínua de oxitocina, o que incrementa o conforto e diminui o risco de complicações. Para além disso verifica-se que a prática aqui abordada está também relacionada com um decréscimo nas alterações cardíacas fetais, nos danos perineais e na perda sanguínea. A mesma autora afirma que “deambular durante o primeiro estágio de trabalho de parto diminui a probabilidade de ser submetida a cesariana, fórceps ou ventosa”. (Lothian, 2009, p.50)

No mesmo sentido, Stark & Rudell, (2008) afirmam que a liberdade de movimentos e a verticalidade facilitam a progressão do próprio TP, quer através do aumento da eficiência da

contratilidade uterina, quer pela melhoria da irrigação uterina e facilitação da progressão fetal no canal de parto pelo aumento dos diâmetros pélvicos.

Entre nós, Mamede (2007) refere que a duração diminuída do TP em mulheres que deambulavam foi atribuída a uma melhoria na contratilidade uterina, o que conduz inevitavelmente a uma menor necessidade do uso de ocitocina e de analgesia, além de que diminui o recurso à episiotomia, fórceps e/ou ventosa.

Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell, & Styles (2009) vieram igualmente confirmar a evidência científica de que a deambulação e a manutenção de posições verticais durante o trabalho de parto reduzem o tempo do mesmo e não parecem estar associados a uma maior intervenção ou a efeitos negativos no bem-estar da mãe e do recém-nascido, para além de afirmar que a mobilidade materna reduz a necessidade de analgesia e a indicação de cesariana.

Regressando a Lothian (2009), verificamos que a autora realça igualmente os benefícios da liberdade de movimentos durante o segundo estágio do TP, quando afirma que é mais seguro e saudável para a mãe e bebé quando a mãe faz força noutras posições que não de costas e segue o seu próprio instinto ao invés de fazer força de uma forma hetero-dirigida — isto mesmo pôde ser comprovado aquando do estágio, com uma das parturientes:

“C foi reconduzida a cama de parto, que foi modificada para que a parturiente conseguisse realizar esforços expulsivos em posição semelhante a posição de cócoras em cima da cama, posição que C referiu ser “uma grande ajuda, só consigo estar assim, por favor, deixem estar assim [sic].” (Apêndice III. Nota de campo 3)

Lothian (2009) refere ainda que o uso de posições verticais ou de lado, durante o segundo estágio do trabalho de parto, está diretamente associado com um segundo estágio mais curto, bem como (e mais uma vez) a um menor recurso a fórceps ou ventosas, menos episiotomias, menos curvas cardíacas anómalas e o que não é de somenos, a uma probabilidade inferior de sentir dor severa durante a expulsão. Ao encontro do que é defendido pela autora, vêm algumas das experiências vividas no âmbito do estágio que deu origem ao presente relatório, a saber: “B respondeu que também não se sentia confortável “na posição deitada de costas [sic]”, preferindo nesta altura o decúbito lateral direito.”. (Apêndice III. Nota de campo 2). Ou ainda: “o meu corpo estava a precisar de fazer força naquela e não noutra posição, de pernas

para cima nunca iria conseguir [*sic*]” (Apêndice III- Nota de campo 1)

Assim sendo, pode concluir-se que a promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos no trabalho de parto e nascimento pode ser utilizada pelo EESMO, de forma a promover o autocuidado da parturiente e prevenir ou atrasar a necessidade de instrumentalização, favorecendo o parto normal, o que é sublinhado pelo que se defende ser da competência do EESMO, de acordo com a ICM, que confirma a importância da promoção do parto fisiológico – a saber:

a parteira possui as competências e/ou a habilidade para: promover o parto normal (...) fornecer (...) medidas não farmacológicas de conforto durante o trabalho de parto (...) estimular ou potenciar a contratilidade uterina utilizando agentes não-farmacológicos (...) realizar as técnicas apropriadas para o nascimento de vértice. (ICM, 2011)

3.1.2 Contribuição para o alívio da dor:

Lothian (2009) afirma que o movimento e as mudanças de posição durante o trabalho de parto aumentam o conforto materno, sendo formas efetivas de alívio da dor, para além de que o movimento em resposta à dor também protege o RN e o canal de parto, especialmente durante o período expulsivo.

as posições verticais incluindo de cócoras, sentada ou deitada de lado facilitam que o bebé desça e se movimente através do canal de parto. Mudar de posição ajuda ao bebé a se movimentar alargando os diâmetros pélvicos, sendo mais confortável para a mãe. (Lothian, 2009, p. 51)

Também Schmid (2010) sublinha a importância que o movimento tem no alívio da dor:

o movimento é a necessária resposta fisiológica à dor (...) a liberdade de movimentos permite que a mulher assumam intuitivamente as posturas mais antálgicas, que são as de menor compressão e resistência. Ao proteger-se a si mesma de danos (...) protege também o seu bebé. (Schmid, 2010, p.63-64)

Neste sentido, encontramos os contributos dados por algumas utentes com quem tive a oportunidade de trabalhar em estágio. A título de exemplo, “C referiu “estar sentada na bola é um alívio, consigo enfrentar bem as contrações... [*sic*]” (Apêndice III. Nota de campo 3). Por sua vez, B referiu ter ”uma moinha a nível lombar, mas com os movimentos na bola consigo ser eu a controlá-la a ela e não ela a mim [*sic*]”. (Apêndice III. Nota de campo 2)

Segundo Lothian (2009), o movimento em resposta às contrações cada vez mais fortes desempenha um papel importante no sentido de ajudar no progresso do trabalho de parto, pois aumenta a libertação contínua de oxitocina. Desta forma, quando os níveis de oxitocina são elevados, as endorfinas são libertadas. “as endorfinas são opióides endógenos que inibem a dor e criam sensação de bem-estar, prazer, expansão e desejo de repetir a experiência” Schmid (2010, p.53). Estas “ajudam as mulheres a controlar a dor das contrações por as induzir num estado quase de sonho e diminuir a percepção de dor”. (Lothian, 2009, p.49)

Na verdade, pude observar isto mesmo com duas das mulheres com quem trabalhei: por um lado, temos C., sobre quem anotei o seguinte: “Levantou-se e durante uma hora C evidenciou um profundo relaxamento, balançando apoiada no namorado.” (Apêndice III. Nota de campo 3); por outro, “B verbalizou que não esperava que fosse tão rápido, referiu que o facto de estar a movimentar-se à vontade a tinha ajudado a lidar com as contrações.” (Apêndice III. Nota de campo 2)

Lawrence *et al.* (2009) também corroboraram, no seu estudo, que a deambulação durante o trabalho de parto aumenta o conforto materno, exatamente como verifiquei no decurso da minha experiência prática: “isto assim é muito bom, mas que grande alívio só por poder andar [*sic*]” (Apêndice III- Nota de campoII) .

A dor do TP assumiu-se ao longo dos tempos como principal condicionante ao conforto da parturiente e, como tal, compete ao EESMO o desenvolvimento de competências e intervenções que respondam às necessidades de cuidados por ela gerados.

a dor é, sem dúvida, o aspecto mais importante do nascimento, pelo que ao longo dos séculos e milénios até aos dias de hoje, as mulheres têm- se sentido por um lado atraídas e fascinadas, e por outro, assustadas ou até aterrorizadas. (Schmid, 2010, p.23)

O EESMO deve “guiar a mulher através da dor, oferecendo-lhe ferramentas para o controlo da dor, ajudando-a a relaxar rápida e profundamente enquanto a contração se desvanece, para que a dor diminua até o nível fisiológico mínimo, sendo perfeitamente suportável.” (Schmid, 2010, p. 23)

Verificou-se a eficácia da liberdade de movimentos e posicionamentos no controlo da dor durante o TP em grande parte das situações durante o ensino clínico, pois as mulheres lidaram melhor com a dor quando alternavam uma variedade de posições, o que também foi confirmado nos relatos de autores como Jonge & Lagro-Janssen (2004).

Ao cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, o EESMO deve implementar intervenções de promoção do conforto e de prevenção e controlo da dor (Regulamento N.º127/2011, 2011), pelo que é importante que utilize a liberdade de movimentos e posicionamentos em seu favor.

Assim, julga-se seguro concluir que a promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos assumem-se como sendo de particular importância facilitando a participação ativa da mulher na gestão da própria dor durante o TP.

3.1.3 Promoção de uma experiência de parto positiva:

Segundo Nieuwenhuijze, De Jonge, Korstjens, & Lagro-Jansse (2012), ter escolha nas posições de parto e estar envolvidas na tomada de decisão contribui para uma experiência de parto positiva para a maioria das mulheres. Os mesmos autores também referem que as preferências das mulheres devem ser decisivas, não existindo uma razão médica dominante para o uso rotineiro de uma posição específica.

Lawrence *et al.* (2010) também fazem alusão ao facto de que a deambulação pode aumentar a sensação da mulher de controlo do seu trabalho de parto, o que contribui para uma experiência de parto positiva, pelo que concluem igualmente que deve encorajar-se a mulher a encontrar a posição mais confortável.

Já Baker (2010), e num mesmo sentido do que os dos autores anteriores, afirma claramente que a satisfação das mulheres com a experiência de parto aumenta quando são capazes de movimentar-se livremente durante o trabalho de parto e nascimento.

Thies-Lagergren, Hildingsson, Christensson e Kvist (2013) concluem que uma posição vertical, quando é a escolhida pela mulher, dá-lhe uma sensação de poder que lhe proporciona, inevitavelmente, uma maior satisfação no trabalho de parto e nascimento.

No estudo realizado por De Jonge & Lagro-Janssen (2004), a liberdade de adotar posições livremente foi descrita pelas mulheres como algo que lhes permite ter influência ou controlo sobre o trabalho de parto e nascimento, o que contribuiu para uma melhor experiência de parto em geral e, para algumas mulheres, para melhor bem-estar emocional posterior. Remeto, a este propósito, para as anotações que tive oportunidade de realizar aquando do

estágio e do trabalho com parturientes: “percebi que ao ter liberdade para mobilizar-se e deambular, B. apresentava-se menos tensa e conseguia controlar e lidar melhor com a dor, verbalizando em várias ocasiões ter tido uma experiência de parto positiva por este motivo.” (Apêndice III. Nota de campo 2).

O EESMO tem, portanto, um papel fundamental, pois deve providenciar os cuidados necessários para que a mulher possa ter uma experiência de parto positiva, pugnado assim pelo bem-estar da mãe, do bebê e pela interação que se estabelecerá entre ambos. É da competência do EESMO “potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação a parentalidade” OE (2011, p.8664)

3.2 Estratégias e sugestões para a prática

A RSL evidenciou que a liberdade de movimentos e posicionamentos promove o normal desenvolvimento da fisiologia do trabalho de parto e nascimento, sendo também de grande eficácia no controlo da dor, para além de que contribui para melhorar a experiência de parto das mulheres.

No entanto, não há uma posição durante o trabalho de parto e nascimento ideal para todas as mulheres, porque as mulheres são indivíduos e o trabalho de parto é um evento dinâmico e imprevisível: “as mulheres devem estar preparadas para a imprevisibilidade dos seus sentimentos no trabalho de parto e por fatores obstétricos que podem interferir na sua escolha”. (De Jonge et al, 2008)

Portanto, o EESMO pode contribuir para um cuidado centrado nas mulheres, ao analisar de forma antecipada as preferências de cada uma para posições de parto durante a gravidez, trabalho de parto e nascimento, como sublinham Nieuwenhuijze *et al.* (2012).

Orem afirma que “ensinar o outro é um método de ajuda valioso para desenvolver conhecimento sobre habilidades particulares. (Orem, 1993, p. 14) Assim, a preparação para o nascimento tem um papel muito importante, de forma a capacitar as mulheres durante a gravidez para escolher as posições mais adequadas para cada uma delas, durante o trabalho de parto e nascimento.

Mas o EESMO deve preparar as mulheres igualmente para o facto de que o nascimento pode ser imprevisível, como alertam Nieuwenhuijze *et al.* (2012, p.29): “as mulheres podem sentir-se de forma diferente a como anteciparam e as circunstâncias podem exigir o uso de outras posições”.

Robertson (2000) recomenda que se deve encorajar a parturiente a movimentar-se até encontrar um espaço físico e uma posição que a conforte. A autora esclarece que não se deve insistir em prescrições de determinadas posições, porque, uma vez que as suas endorfinas estejam a fluir, a mulher encontrar-se-á mais receptiva a responder às mensagens interiores do seu corpo. Segundo a autora, ao oferecer conselhos repetitivos e constantes, pode haver interrupção desse processo de autodescoberta. Quando a parturiente descobre o que funciona para ela, encontra o seu próprio ritmo e os seus próprios mecanismos de superação.

O EESMO deve guiar as mulheres de forma a que as mesmas compreendam que “estar atentas ao processo dinâmico de dar à luz e estar abertas a mudar de posição no trabalho de parto pode ser mais importante do que usar uma única posição escolhida” (Nieuwenhuijze *et al.*, 2012, p.29)

Orem (1993) refere que realizar uma medida de autocuidado implica realizar uma escolha. A mesma autora defende que o conhecimento do funcionamento humano, condição atual da própria pessoa e das medidas de cuidados, proporcionam a base para a reflexão, necessária para realizar a escolha.

Assim, a preferência da mulher deverá ser o ponto de partida, mas o EESMO deve sugerir outras opções, se estas se figurarem como sendo do melhor interesse das mulheres. (De Jonge *et al.*, 2008)

O EESMO deve ter consciência das várias posições de parto possíveis, na medida em que “as preferências são influenciadas pelo que as mulheres acreditam ser possível e (...) sentem menor hesitação em usar posições mais incomuns, se estas foram mencionadas pela parteira durante a gravidez.”, segundo Nieuwenhuijz *et al.* (2012, p.29)

Na verdade, o estudo realizado por De Jonge & Lagro-Jansse (2004) revelou que o conselho dado pela parteira é o fator mais importante para as mulheres quando da escolha de posição de parto. Os mesmos autores também confirmaram que as mulheres estão mais familiarizadas

com a posição supina, mas dão muita importância às informações práticas sobre outras opções.

Orem (1993) defende que as formas de determinar e satisfazer as próprias necessidades de autocuidado não são inatas. A mesma autora afirma que “as atividades de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças e práticas que caracterizam culturalmente a vida do grupo a que pertence o indivíduo.” (Orem, 1993, p.179)

Sendo assim e uma vez que a posição supina durante o parto é dominante nas sociedades ocidentais, o EESMO tem um papel fundamental na ampliação do espectro de escolha das mulheres: “a parteira deve dar à mulher a vantagem de assumir uma posição vertical durante o trabalho de parto e nascimento, encorajando-a a ir contra o que é cultural e historicamente normal, parir em posição de litotomia”. (Pearson, 2012, p.523). Por isso mesmo, o EESMO deve informar as mulheres acerca dos benefícios da mobilização durante o trabalho de parto e nascimento, porque “as mulheres podem estar menos relutantes a mudar de posição se os benefícios forem explicados”. (Pearson, 2012, p.523)

Além disso, o EESMO deve destacar os possíveis efeitos adversos, para as mulheres, causados pela imobilidade e dar à luz em posição de litotomia; isto vai permitir que as mulheres tomem decisões informadas em relação os seus cuidados.

Podemos por isso afirmar que EESMO deve tomar como sua a responsabilidade de “guiar as mulheres no desenvolvimento de escolhas bem informadas e facilitar estas escolhas, sempre que possível”. Nieuwenhuijze *et al.* (2012, p.29)

Segundo Orem “guiar o outro é uma método de ajuda válido em situações em que a pessoa deve fazer escolhas”. (Orem, 1993, p.11). Este método requer que ambas pessoas estejam em comunicação: a condução proporcionada deve ser apropriada e pode ser em forma de “sugestões, instruções, direções ou supervisão” (Orem, 1993, p. 11) Esta autora defende que deve realizar-se um acordo entre ambas as partes em que é avaliada cada situação e são estabelecidas prioridades, de acordo com as necessidades identificadas. (Orem, 1993)

Nesta linha de pensamento, também De Jonje *et al.* salientam que o EESMO deve “dar às mulheres a liberdade de escolha em posições de parto, mas assumir o controlo se houver complicações obstétricas” (De Jonge et al, 2008). De resto, é consensual que o EESMO deva garantir “um ambiente seguro durante o trabalho de parto” (Regulamento N.º127/2011, 2011)

pelo que, durante a livre movimentação da parturiente, o EESMO deverá ter em conta uma série de medidas de segurança. Para estabelecer estas medidas durante o EC, e de acordo pelo recomendado pelos OL, foram cumpridas as orientações do procedimento para utilização da bola do nascimento existente no manual do serviço (Anexo I) por ser o único documento escrito existente na instituição, relativo a movimentação da grávida no bloco de partos. Segundo o mesmo, podem fazer uso da bola do nascimento e, portanto, da livre deambulação/movimentação, mulheres que cumpram os seguintes critérios:

gravidez de termo, sem alterações do padrão normal do CTG, sem bloqueio motor ou sensitivo dos membros inferiores, sem alterações do equilíbrio ortostático, sem patologia materna ou fetal que contra-indique a deambulação, com a bolsa de águas intacta ou rota com apresentação apoiada. (HFF, 2010, p.2)

Ainda no mesmo documento, são descritos critérios para suspender o uso da bola, nomeadamente: “anomalias na frequência cardíaca fetal, alterações na coloração do líquido amniótico e perda hemática vaginal”.

Segundo o procedimento de serviço, a administração de analgésicos anterior ao uso da bola não é impeditiva da liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, mas devem-se acrescentar os seguintes procedimentos: “avaliar o estado de consciência, eventuais efeitos secundários dos fármacos, equilíbrio ortostático, eventual bloqueio motor pós realização de técnica analgésico loco-regional, deitar a grávida e proceder a CTG durante 30’, se necessário repicagem analgésica”.

O EESMO deverá cumprir as medidas de segurança, mas deverá fazer uso criterioso da tecnologia, pois constatou-se durante a prática clínica que, de outra forma, é fácil entrar numa espiral de intervenção desnecessária. Isto acontece porque estamos a modificar os requisitos de autocuidado, acrescentando os “requisitos de autocuidado de desvio da saúde associados a medidas de diagnóstico e tratamento médico” (Orem, 1993, p.140). É importante que o EESMO compreenda que as tecnologias do parto (monitorização fetal eletrónica, administração de fluidos endovenosos, analgesia) afetam adversamente a mobilidade. (Spiby *et al*, 2003). Devemos capacitar as mulheres para “ter consciência e regular os efeitos das medidas de cuidados médicos que produzem mal estar ou agravamento, incluindo os efeitos sobre o desenvolvimento” (Orem, 1993, p.151) E é justamente por isto que o EESMO também deverá informar as mulheres de práticas que podem afetar a sua capacidade para se

mobilizar e manter posições verticais, mesmo porque “ao discutir posições de parto, existem planos alternativos que devem ser discutidos”. Nieuwenhuijze *et al.* (2012, p.29)

Walsh (2007) afirma que intervenções que são realizadas de forma rotineira e desnecessária podem ter consequências negativas no parto, na mãe e no RN. De acordo com esta ideia, a APEO e a *FAME* destacam que:

em mulheres de baixo risco (...) o uso rotineiro e desnecessário de intervenções altera o curso fisiológico do parto e pode desencadear uma cascata de eventos (...). Neste processo, o aumento do nível de complexidade do procedimento está associado ao aumento do risco decorrente dele, quer para a mãe quer para o filho. (APEO & FAME, 2009, p.15)

Compete ao EESMO ter a certeza de que a mulher recebe os cuidados de enfermagem que correspondem à natureza e razões do seu défice de autocuidado, de forma a evitar intervenções desnecessárias. Para minimizar a complexidade dos procedimentos e, assim, o risco decorrente deles, podem ser utilizadas algumas estratégias, como sendo a utilização do sistema CTG com telemetria *wireless* (quando existente no serviço), a utilização de um prolongamento de soro ou a clampagem intermitente do cateter venoso periférico.

É importante que o EESMO compreenda também que o ambiente que envolve o trabalho de parto e nascimento deverá ser o mais relaxante possível, sendo importante a eliminação de distrações e o controlo da luminosidade, sons e temperatura envolventes por forma a minimizar a estimulação do neocórtex, porque “quando uma parturiente não se sente segura ou protegida, ou quando a evolução normal do seu trabalho de parto é alterada, os níveis de catecolaminas aumentam e o trabalho de parto desacelera ou pára” (Lothian, 2004, p.4). É sabido que a linguagem é processada por estruturas neocorticais; por isso, autores como Odent defendem que a linguagem racional deve ser utilizada com cautela pelas parteiras, e que uma mulher em trabalho de parto precisa de ser protegida contra qualquer tipo de estimulação neocortical inútil. (Odent, 2001) Nesta linha de ideias Orem afirma que “pode-se transmitir apoio com a presença, um olhar, ou contacto, mediante o apoio físico” (Orem, 1993, p.12)

Segundo esta mesma autora, no método de ajuda “apoiar o outro”, o utente deve ser capaz de controlar e dirigir a ação na situação após ter recebido o apoio psicológico ou físico. O EESMO tem a responsabilidade de fazer o juízo sobre quando e como intervir. Isto requer sabedoria e compreensão

A APEO e FAME (2009) defendem a presença contínua de um EESMO por cada mulher na fase ativa do parto.

as mulheres deveriam contar com as pessoas próximas e profissionais que as apoiem durante o trabalho de parto e nascimento, já que esse apoio melhora a fisiologia do parto e a sensação de confiança materna. Este apoio também reduz as consequências adversas do medo e do *stress* associado ao trabalho de parto num lugar desconhecido. (APEO & FAME, 2009, p.74)

Também Porto, Amorim e Souza (2010, p.532) defendem que “a deambulação pode aumentar a sensação da parturiente de controlo de seu trabalho de parto, prover distração autorregulada e facilitar o suporte contínuo intraparto por um acompanhante”

Sendo assim, a liberdade de movimentos implica o suporte contínuo por parte do EESMO e pessoas significativas ao longo do TP promovendo o autocontrolo, a participação ativa e satisfação da parturiente. Segundo o protocolo do serviço, o EESMO deve “estimular a participação do acompanhante e permanecer junto da grávida na ausência de acompanhante”. (HFF, 2010). Deste modo, parece-me importante que o *ratio* EESMO/mulher em trabalho de parto fosse repensado pelas instituições, por forma a conseguir promover-se a liberdade de movimentos e posicionamentos, pois constatei durante a prática clínica que, por vezes, um EESMO presta cuidados a várias mulheres em trabalho de parto simultaneamente, sendo, assim, impossível dar resposta coerente com o anteriormente preconizado.

De acordo com esta ideia, também De Jonge *et al.* (2004) concluem, no seu estudo, que as condições de trabalho dos EESMO precisam de uma séria reconsideração, sendo que os equipamentos para os nascimentos em posições alternativas a litotomia também deveriam ser mais favoráveis para os EESMO.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPÊTÊNCIAS DO EESMO

Neste capítulo pretendo explicitar o desenvolvimento das competências técnicas, científicas e relacionais que me propus aprofundar enquanto futura EESMO e a reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem ao longo do ECER

“A enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais” (Benner, 2001, p.18). O desenvolvimento das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica aconteceu em contexto teórico e prático. O contexto prático traduziu-se nos diferentes ensinamentos clínicos realizados no final do 1º ano e durante o 2º ano curricular do CMESMO. Assim, a UCER, que contextualiza o presente relatório, pretendeu o desenvolvimento de competências, considerando as áreas de intervenção abrangidas: gravidez, parto e puerpério.

No início do ECER, foi-me proporcionado um período de integração que facilitou o conhecimento da organização, filosofia e funcionamento do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Hospital em que decorreu o ECER e dos serviços com os que articula. Este período decorreu numa dinâmica de observação participante dos cuidados prestados a mulher/casal/RN, o que constituiu um alicerce facilitador no processo de aquisição das competências necessárias para prestar cuidados especializados. Senti um grande envolvimento da equipa multidisciplinar e, em particular, dos OL, que favoreceram todo este processo. A consulta de documentação, normas e procedimentos do local de ensino clínico foi fulcral para reforçar a minha segurança na prestação de cuidados e na tomada de decisões. Creio ter demonstrado uma boa capacidade de integração e socialização, o que me permitiu uma crescente autonomização no desenvolvimento de competências na prestação de cuidados enquanto futura EESMO e o envolvimento no planeamento de cuidados da mulher grávida/puérpera e RN inseridos na família e na comunidade

A análise das actividades efectuadas foi ao encontro dos objetivos definidos para este ECER pretendendo estabelecer um fio condutor com a aquisição de competências específicas e o modelo teórico escolhido.

Objetivo 1: Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidado especializado da mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pré-natal.

Os primeiros contributos para a aquisição destas competências foram obtidos durante a

realização de Ensinos Clínicos anteriores ao ECER, nomeadamente os EC III (Cuidados de Saúde Primários) e IV (Cuidados à Grávida/Casal em Situação de Risco Materno-Fetal). As competências e conhecimentos até aqui desenvolvidos foram mobilizados e acurados e, concomitantemente, novas competências foram desenvolvidas.

O acolhimento à mulher e acompanhante inicia-se na urgência obstétrica. A qualidade dos cuidados que prestamos durante a admissão poderá influenciar todo o período de internamento. Esta ideia é suportada por Orem (1993), quando refere que só após o estabelecimento da relação efetiva com a mulher e família pode-se realizar um acordo em que é avaliada cada situação e são estabelecidas prioridades, de acordo com as limitações identificadas.

As competências específicas do EESMO permitem-lhe, neste primeiro contacto, ser capaz de prestar cuidados especializados na monitorização do bem-estar materno-fetal e de participar, com a equipa multidisciplinar, na identificação, controlo e tratamento de desvios da gravidez normal. Exige-se a mobilização dos conhecimentos, aliada à prática, para a resolução de problemas em tempo real, contribuindo para a melhoria do bem-estar materno-fetal. Surgiram frequentemente oportunidades de prestar cuidados a mulheres com patologia concomitante e prévia à gravidez. As patologias mais frequentes foram a hipertensão arterial crónica e induzida pela gravidez, diabetes gestacional, hemorragias do segundo e terceiro trimestre e ameaça de parto pré-termo. Colaborei com outros profissionais no seu tratamento, num sistema parcialmente compensatório, sendo que, segundo Orem (1993) o conhecimento técnico e científico e as habilidades requeridas fazem com que a enfermeira tenha grande parte da responsabilidade nas medidas de cuidados a prestar. Foram prestados cuidados dentro da área de atuação do EESMO e a identificação e registo escrito das situações para referência ao médico obstetra. Senti que a multiplicidade de procedimentos e abordagens, no cuidado às grávidas com patologia, exigiram a mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos e a consulta de documentação existente no serviço. A revisão da literatura especializada foi uma necessidade constante ao longo do estágio. Assim, na busca da qualidade do cuidar, a integração de novos saberes é essencial e requer aquisição contínua de conhecimentos, sendo referida como competência essencial do EESMO quando na sua conduta profissional “actualiza os seus conhecimentos de forma a manter a sua prática actualizada” (ICM, 2002, p.7).

No período pré-natal, a promoção da saúde é uma das principais atividades a ser desenvolvida

pelo EESMO, por forma a fomentar o bem-estar materno-fetal. Assim, foram desenvolvidas intervenções de ensino e orientação para estilos de vida saudáveis, medidas de suporte e alívio para os desconfortos da gravidez, sinais e sintomas de risco, bem como estratégias para reduzir o impacto da patologia identificada no bem-estar materno e fetal. Revelou-se uma necessidade constante a aplicação do sistema de apoio-educação, uma vez que, segundo Orem (1993) o mesmo existe nas situações em que o utente é capaz de realizar o aprender as medidas de auto-cuidado, mas não consegue fazê-lo sem ajuda. Como referido pela ICM (2002, p.8) “usar técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada” é considerada uma competência essencial do EESMO.

Pelo que foi anteriormente descrito, o serviço de admissões/urgência foi um local que proporcionou importantes momentos de aprendizagem.

Almeida (2007) afirma que todos os cuidados prestados devem ser acompanhados da informação necessária para que a pessoa possa decidir. Esta informação tem como objetivo criar condições para uma decisão verdadeiramente livre e responsável, de forma a garantir, deste modo, um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. Tentei sempre dotar os casais de todas as informações pertinentes, para uma tomada de decisão informada e esclarecida e, assim, incentivar e apoiar o auto cuidado.

Lowdermilk & Perry (2008, p.981) referem que “tornar-se pai ou mãe é um marco muito importante do desenvolvimento, que é antecipado pela maioria dos homens e mulheres de nossa sociedade, mas associada à gravidez e ao nascimento pode estar a perda”. Durante o ECER tive oportunidade de prestar cuidados a uma mulher submetida a uma indução do parto por diagnóstico de morte fetal intra-uterina com um dia de evolução. Esta situação exigiu muito de mim a nível emocional, mas consegui gerir as minhas emoções de forma a apoiar a esta família em processo de perda. A minha atuação relacionou-se com a assistência nas várias etapas de trabalho de parto, com o nascimento de um nado-morto. Proporcionei apoio no momento de ver o filho, pois o casal assim o desejou, e incentivei-os a pegarem nele, por se crer que se trata de um ato passível de ser de grande ajuda no processo de elaboração da perda. Proporcionei um ambiente íntimo e tranquilo, utilizando a escuta ativa, o silêncio e o toque. Tentei demonstrar empatia e disponibilidade, o que autores como Bryant (2008) recomendam como estratégias facilitadoras para o processo de luto destes pais em sofrimento. Esta experiência foi fundamental, assim como a posterior pesquisa bibliográfica para a melhor compreensão do processo de luto que envolve a perda peri-natal. Foi também

importante a posterior partilha de sentimentos e discussão com o OL e alguns membros da equipa.

Nenhuma das grávidas a quem prestei cuidados se fazia acompanhar de um plano de parto por escrito mas, durante a relação que estabeleci ao longo da prestação de cuidados, consegui perceber que estas mulheres tinham planos de parto mentalmente definidos ainda que não existissem no papel. O EESMO “atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (Regulamento N.º127/2011, 2011). Senti que foi importante conhecer as expectativas e desejos dos casais que acompanhei, no sentido de conseguir identificar os requisitos de autocuidado que necessitavam de ser atendidos.

Objetivo 2: Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado da mulher/pessoa significativa em TP, otimizando a saúde da parturiente.

O acompanhamento da mulher/casal durante o trabalho de parto foi uma oportunidade nova na minha prática de cuidados e foi extremamente gratificante, uma vez que o trabalho de parto e o parto constituem uma experiência muito importante na vida da tríade familiar. A minha atuação procurou proporcionar e garantir as condições para que a experiência do nascimento fosse a mais positiva possível, partindo preferencialmente da vontade e desejos da mulher/casal para a vivência desta experiência.

O acolhimento da grávida/acompanhante no bloco de partos implica, para além das competências técnicas e científicas, importantes competências do domínio relacional. Estas são competências fundamentais e imprescindíveis, no momento em que a grávida se insere num ambiente muitas vezes desconhecido e percebido como hostil. As capacidades de comunicação, de empatia e apoio utilizadas permitiram criar uma interação efectiva com as parturientes, proporcionando confiança, segurança e a participação destas no processo de parto. Isto conduziu à construção de uma relação terapêutica, marcando a diferença na qualidade do apoio ao trabalho de parto. Segundo Benner (2001, p.233) “este tipo de relação solicita os recursos internos e externos do doente e torna-o mais forte trazendo-lhe esperança e fazendo-o ter confiança nele e nos outros”.

O EC IV já tinha contribuído para a prática de monitorização externa por CTG, permitindo-me realizar a avaliação do traçado cardíaco fetal e seu bem-estar, bem como da dinâmica uterina materna. Deste modo tive oportunidade de detetar algumas situações de alterações do

CTG, como hipertonia uterina e bradicardia fetal mantida. Estas ações permitiram a implementação das respectivas intervenções terapêuticas que proporcionaram melhores resultados materno-fetais. A avaliação da estática fetal, a identificação da apresentação, variedade, e grau de descida na bacia foram realizados progressivamente com maior segurança. Estas foram sentidas como dificuldades iniciais que foram progressivamente superadas. Foi efetuado o exame vaginal com rigor, reconhecendo as características do colo, avaliando a integridade das membranas e características do líquido amniótico. A amniotomia foi um recurso utilizado apenas quando necessário, respeitando o ritmo e duração do TP. A realização da técnica de monitorização fetal interna foi das técnicas que me causou alguma apreensão inicial pela expectativa de dificuldade na execução da mesma, o que não se verificou, tendo tido oportunidade de a realizar várias vezes ao longo do EC, sem intercorrências. Este percurso do estágio salientou-se pelo desenvolvimento de competências técnico-científicas no cuidado especializado a grávida, nomeadamente na avaliação da “saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2011, p.8663)

Fomentei a implementação de algumas das técnicas complementares para o alívio da dor recomendadas como são: oferecer um ambiente acolhedor e relaxante, a promoção da liberdade de movimentos, a hidroterapia em forma de duche e o apoio contínuo pelo acompanhante; contudo, a grande maioria das mulheres também solicitaram a analgesia epidural. Esta técnica é realizada na fase ativa do TP pelo anestesista. Colaborei com este profissional durante a realização da mesma, pois o EESMO “coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”. Durante este procedimento apoiei a mulher durante a sua realização, pois o posicionamento necessário torna-se nesta fase muito desconfortável. Deste modo contribuí para “a promoção e conforto e bem-estar da parturiente” (OE, 2011, p.8664)

Realizei registos no partograma das grávidas ao meu cuidado com crescente autonomia no seu preenchimento e interpretação. Tomei consciência da sua importância na avaliação da progressão do TP, bem como no diagnóstico de desvios da normalidade, implicando as intervenções necessárias ao melhor desenrolar do TP.

A aplicação de “técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (OE, 2011, p.8664) permitiram a assistência a quarenta e dois partos eutócicos com apresentação cefálica, com um ganho progressivo de autonomia na execução das técnicas e sempre com a supervisão do OL.

Por incompatibilidade feto-pélvica e paragem da progressão do trabalho de parto colaborei com a equipa multidisciplinar em catorze partos distócicos onde prestei cuidados imediatos ao RN.

No terceiro estágio do TP foram avaliados os sinais iminentes de dequitação, a formação do globo de segurança de Pinard, foram avaliadas as perdas hemáticas e administrada terapêutica adequada segundo o protocolo do serviço. Observei vários tipos de placentas e os descolamentos do tipo Duncan e Schultze.

Em todos os partos houve uma preocupação constante em proteger a região perineal, tendo sido necessária a realização de sete episiotomias. Em doze dos partos assistidos os períneos permaneceram intatos. Nos restantes partos ocorreram lacerações grau I e II. No que diz respeito à avaliação da integridade do canal de parto, inicialmente senti dificuldade na identificação das estruturas necessárias para a correta aplicação das medidas de reparação, sendo este obstáculo superado com o apoio dos OL, sendo que também fui sentindo, de forma progressiva, uma maior destreza manual. Na aplicação das técnicas de reparação, foi necessário agir num sistema totalmente compensatório, pois este, segundo Orem (1993) está indicado para as pessoas que não podem ou não devem realizar ações que precisem deambulação ou movimentos de manipulação. Contudo, devido às características das lesões, foi necessário, numa ocasião, referenciar a situação à equipa médica, dando assim cumprimento ao preconizado pela OE (2011, p.8664), a saber: “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando situações que estão para além da sua área de atuação”.

No puerpério imediato, tentei proporcionar um clima de harmonia e segurança, de forma a contribuir para a experiência positiva e gratificante do nascimento. Foram desenvolvidas competências na avaliação puerperal, identificando sinais e sintomas de risco no pós-parto. Foi realizada educação para a saúde no âmbito do autocuidado no pós-parto, contraceção e sexualidade, aleitamento materno, sinais e sintomas de complicações no pós-parto, primeiros cuidados e sinais e sintomas de risco no RN. Mais uma vez o sistema de apoio-educação foi de vital importância, com o objetivo de facilitar os processos de adaptação e transição para a parentalidade.

Objetivo 3. Desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais no cuidar especializado do Recém-Nascido (RN) otimizando a sua adaptação à vida extrauterina.

A avaliação física e a prestação dos cuidados imediatos ao RN no sentido de otimizar a sua saúde e a adaptação ao meio extra-uterino foram realizados com o consentimento informado da mãe/casal. Enquanto enfermeira responsável pelo RN, senti a necessidade de promover um ambiente calmo e harmonioso, enquanto desenvolvia a vinculação precoce e contacto pele-a-pele sempre que este era desejo da mulher, garantindo a estabilidade do RN (nesta altura era avaliado o índice de Apgar e assegurada a permeabilidade das vias aéreas). Desenvolvi intervenções de avaliação para deteção de anomalias aparentes, realizando as medidas profiláticas e de segurança, segundo o protocolo da instituição. Também a estimulação do aleitamento materno (quando a parturiente assim o desejava) assumiu uma grande importância nos cuidados que prestei durante o quarto estágio do TP.

No caso de partos distócicos, a prestação de cuidados imediatos ao RN foi feita em cooperação com um Neonatologista. Foi possível treinar as seguintes medidas de suporte na adaptação ao meio extrauterino: estimulação e limpeza, aspiração de secreções, e administração de O₂ por máscara facial.

Os cuidados prestados ao RN foram realizados num sistema totalmente compensatório, pois segundo Orem (1993) é o indicado para pessoas dependentes de outras para sua existência e bem-estar contínuo. O método de ajuda utilizado foi agir pelo outro, falando em tom baixo, mantendo contacto ocular frequente e as condições ambientais de proteção da função normal.

Objetivo 4: Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências técnico-científicas e relacionais na promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos enquanto cuidado especializado de enfermagem durante o trabalho de parto.

Durante a prestação de cuidados neste ECER tentei estabelecer uma parceria com a grávida e acompanhante no processo de cuidados, de forma a tornar o TP uma experiência o mais agradável e satisfatória possível. Tentei ir ao encontro do preconizado por Nieuwenhuijze *et al.* (2012, p.103) pois estes autores afirmam que “ter escolhas e estar envolvidas na tomada de decisão contribui para experiências de parto positiva das mulheres”. As grávidas foram incentivadas a reconhecer e confiar nas próprias sensações, para utilizar melhor os seus recursos e otimizar o processo do parto.

Sendo a preferência da mulher o meu ponto de partida, comecei por avaliar se a mesma tinha indicação para a liberdade de movimentos e por despistar contra-indicações, utilizando para isto o procedimento de serviço para utilização da bola de nascimento no trabalho de parto,

sendo este o único documento escrito que dava alguma orientação para a atuação do EESMO em relação a movimentação e posições da grávida (*vide* Anexo I). A partir deste ponto poderia sugerir as varias opções, se estas fossem do interesse das mulheres. Posteriormente, direcionei a minha intervenção no sentido de mobilizar a evidência científica até aqui adquirida, sensibilizando grávida e acompanhante para os benefícios da liberdade de movimentos e posicionamentos durante o TP e suas condicionantes, no sentido de promover uma decisão livre e esclarecida. Foram exemplificadas diversas posições para melhor compreensão. As mulheres que assim o desejaram treinaram várias posições e as transferências para o repouso. De salientar que as grávidas que tinham frequentado cursos de preparação para o nascimento mostraram-se assaz recetivas e já possuíam conhecimentos sobre esta temática.

Depois de informadas, as grávidas foram incentivadas a deambular e mudar de posição sempre que assim o desejassem, desde o acolhimento e durante o trabalho de parto, desde que reunidas as condições de segurança, podendo utilizar o seu quarto ou uma sala anexa conhecida como sala de deambulação. O espaço físico foi facilitador, assim como o sistema de monitorização *wireless* existente no serviço. A adesão foi muito positiva.

Outra estratégia para apoiar a liberdade de movimentos foi a de oferecer instrumentos que possibilitassem a posição vertical. Foi disponibilizada a bola do nascimento às grávidas que assim o desejaram e cumpriram os critérios de elegibilidade, estando indicada durante a dilatação, segundo o protocolo do serviço. O principal objetivo da sua utilização foi o de promover a postura vertical e proporcionar liberdade de movimentos à grávida. A bola permite a mobilidade da pelve em varias direções, facilitando a descida do feto. Estimulei a participação dos acompanhantes, garantindo a sua colaboração. A maior parte das grávidas referiu alívio da tensão muscular e conseguir lidar melhor com a sensação de dor, o que as fazia sentir mais autónomas.

Assisti a algumas situações em que as grávidas precisavam de descansar e regressavam ao leito acedendo ao mesmo com apoio de mãos e joelhos; por vezes, mantinham-se na cama na posição de quatro apoios, pois encontravam conforto. Foram incentivadas a manter a posição durante o tempo que precisassem e disponibilizaram-se almofadas para maximizar o conforto. Esta posição é considerada benéfica, pois a pelve consegue mobilizar-se em todas direções, facilitando a rotação interna do feto e favorecendo o relaxamento das articulações sacroilíacas.

Uma posição que propus a algumas mulheres e que muitas outras procuraram espontaneamente foi em pé, com os pés separados e joelhos ligeiramente fletidos. Ficavam confortáveis pois o tronco e os braços descansavam apoiados no plano mais elevado da cama. Uma grande parte das mulheres referiram com esta posição alívio das dores sacro-lombares. Autores como Calais-Germain e Vives (2009) afirmam que nesta posição existe um alívio do peso do abdómen sobre as costas, o que favorece a mobilidade da pelve e dos membros inferiores; por outro lado, a gravidade dirige a cabeça do feto dentro da escavação pélvica, pelo que é considerada muito benéfica.

Depois de submetidas à técnica de analgesia epidural, foi muito comum as mulheres escolherem a posição de decúbito para repousar. Foi nestas alturas sugerida a posição decúbito lateral com assimetria dos membros inferiores, com a perna superior em flexão e rotação externa e a perna inferior em extensão. Foram facilitadas almofadas para maior conforto. As grávidas mudavam de decúbito com alguma frequência, com tendência a adotar a mesma posição ou algumas variantes. Observei que também algumas mulheres sentiram a necessidade de adotar instintivamente a posição de decúbito lateral com assimetria dos membros inferiores durante o período expulsivo, nesta posição a abertura do estreito inferior é máxima com a assimetria dos ilíacos e o sacro em liberdade, pelo que resulta facilitador do parto eutócico.

Durante o segundo estágio de trabalho de parto, a posição indicada para as parturientes foi a de litotomia na cama de partos. Na altura não existia disponibilidade por parte da instituição para que o EESMO assistisse os nascimentos em posição vertical ou lateral. Estas práticas não refletem a melhor evidência científica, mas a própria inexperiência dos profissionais em apoiar os nascimentos noutras posições tornava esta atuação mais prudente. Isto foi um fator dificultador no processo de aprendizagem, pelo que se adotaram algumas estratégias no sentido de ultrapassar este obstáculo, que apresento de seguida, na medida em que senti a necessidade de promover a liberdade de movimentos dentro das condicionantes que o serviço impunha, sempre com o apoio e supervisão do OL.

Nesta posição de litotomia, segundo autores como Calais-Germain e Vives (2009) as contrações lutam contra a força da gravidade, não favorável, e a falta de mobilidade do sacro. Também, e de acordo com Roberts (2002), quando a parturiente fica na posição de litotomia a sua pressão arterial decresce, pelo que diminui também o fluxo de sangue para o bebé, devido ao peso do útero sobre os vasos sanguíneos. Por outro lado, na posição de litotomia, a

mulher está a realizar esforços contra a força da gravidade. Segundo Chalk (2004, p.505) “o posicionamento é um importante componente no momento de realizar esforços expulsivos de forma segura e efectiva. Uma posição verticalizada ou lateral funciona melhor que a litotomia e produz um menor número de alterações hemodinâmicas maternas.”

De forma a minimizar os efeitos adversos da litotomia, foi elevada a cabeceira da cama, modificando assim a posição do útero, sendo as contrações mais favoráveis à verticalidade e sempre tendo como objetivo primeiro o conforto da grávida. Foram colocados sob os glúteos pequenos sacos de soro protegidos com lençóis, formando uma base mole e deformável, de forma a favorecer a mobilidade do sacro. Muitas mulheres mostravam desconforto ao colocar as pernas nas perneiras enquanto solicitavam um apoio nos pés para conseguir fazer força. Para conseguir o apoio e a força dos membros inferiores, as perneiras foram colocadas invertidas de forma a os pés ficarem apoiados num suporte. Algumas grávidas referiram a necessidade de agarrar as coxas pela parte externa, e, ao fazê-lo observei que os fêmures ficavam em rotação interna, o que, segundo Calais-Germain e Vives (2009) ajuda a ampliar os estreitos médio e inferior. A barra da cama também foi um recurso que as grávidas utilizavam com muita frequência para rentabilizar a força dos membros superiores. Com estas adaptações da posição da cama de parto consegue-se que a gravidade dirija a cabeça fetal até o estreito inferior, no mesmo sentido que as contrações uterinas. Constatei que foram benéficas quando a parturiente sentia a necessidade de fazer esforços expulsivos em outra posição que não a de litotomia.

Gostaria de salientar que senti durante este EC que fomentar outras práticas específicas benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto e nascimento (respeitar o ritmo do trabalho de parto, facilitar o apoio contínuo pelo acompanhante, facultar medidas não farmacológicas de alívio da dor, utilizar o cartograma, evitar intervenções rotineiras, desnecessárias) potenciaram os efeitos benéficos que a liberdade de movimentos e posicionamentos encerram e, ao mesmo tempo, foram também facilitadoras da sua promoção.

A elaboração do presente relatório permitiu de formas diversas, o desenvolvimento de competências na área da investigação, necessárias ao desempenho do enfermeiro especialista, (pesquisa nas bases de dados, metodologias de investigação, mobilização da evidencia científica). Também fez com que, de formas diversas, me visse obrigada a procurar os melhores argumentos a usar como sustentáculos das teses que entendí defender, justamente por serem as que considero mais coerentemente fundamentadas. E, por inerência, constatei o

desenvolvimento de um crescente domínio da língua portuguesa escrita, bem como da estrutura do raciocínio expositivo-argumentativo, imprescindível para a conclusão profícua deste relatório.

5. LIMITAÇÕES DO PROJETO E DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

A primeira limitação do projeto foi de ordem temporal, uma vez que, embora este CMESMO decorra num prazo de dois anos, é durante o estágio com relatório que desenvolvemos grande parte deste, coincidindo a sua elaboração com o desenvolvimento de competências em bloco de partos, que constitui um período emocionalmente desafiante e de elevada necessidade de pesquisa e concentração, que concorre com a exigência necessária para a realização deste relatório. A questão temporal foi também limitante quanto à metodologia utilizada, uma vez que foi despendido tempo na planificação e elaboração de uma entrevista dirigida aos EESMO do serviço e, posteriormente, a mesma não foi aplicada por falta de resposta atempada das comissões de ética e investigação da instituição hospitalar, limitando consequentemente as escolhas metodológicas das entrevistas, que poderiam ter contribuído com dados muito importantes.

A revisão sistematizada da literatura aportou nova informação sobre a promoção de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto e nascimento. No entanto este foi insuficiente para sustentar o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na sua aplicação. Para fazer face a esta limitação houve necessidade de recorrer a obras de peritos (Calais-Germain e Vives, 2009), (Walsh, 2007), (Smichd, 2010), protocolos institucionais, e ao aprofundamento da formação especializada, mediante a assistência ao Workshop Parto Verticalizado, que decorreu durante o XVI Encontro Nacional APEO.

Ainda que não tenha tido a oportunidade de proporcionar liberdade de posicionamentos a mulheres no segundo estágio de TP e de assistir a nenhum nascimento fora da cama de partos, este percurso de aprendizagem foi essencial para a consolidação dos conhecimentos adquiridos durante a realização da revisão sistematizada da literatura e para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, durante a prestação de cuidados. A troca de experiências com os OL e outros profissionais e a reflexão sobre a prática foram igualmente fundamentais.

Walsh (2007) refere que na atualidade existe um círculo vicioso que mantém o predomínio da assistência ao parto em posição supina. Ora tal só acontece porque os alunos só ganham experiência em apoiar os partos em posição supina; uma vez qualificados, eles próprios supervisionam os estudantes, expondo-os apenas aos nascimentos em posição supina também.

Crê-se que para quebrar este círculo, enquanto alunos, precisamos de ganhar experiência na assistência a partos em outras posições. Para tal é importante que, enquanto profissionais, os EESMO avaliem o próprio conforto na promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos, enquanto cuidado especializado, e invistam no desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na sua aplicação. Parece-me também importante uma maior sensibilização baseada na evidência das unidades de saúde sobre os benefícios da sua utilização e o apoio por parte dos enfermeiros em posição de liderança aos EESMO que estão a desenvolver estas novas competências.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética é o “conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1999, p.114)

Durante o ensino clínico/estágio com relatório regulei a minha prática de cuidados pelo código deontológico do enfermeiro, nomeadamente respeitando o artigo 84 ° (dever de informação) do código deontológico do enfermeiro; nesta medida, identifiquei-me sempre, junto dos utentes, enquanto enfermeira e aluna, a realizar o curso de mestrado em saúde materna, obstétrica e ginecológica, de forma a “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Decreto-Lei n.º 111/2009, 2009) na prestação de cuidados.

O EESMO, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, promove a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento N.º 122/2011, 2011, p.8649). É também de sua responsabilidade “assegurar que o avanço no corpo de conhecimentos da especialidade de saúde materna e obstetrícia seja baseado em atividades que protejam os direitos da mulher enquanto pessoa.” (ICM, 2008).

A seleção dos estudos a incluir na revisão sistematizada da literatura e o trabalho de campo tiveram por base o respeito pelos princípios éticos referidos anteriormente.

Existem cinco princípios básicos ou direitos fundamentais ditados pelos códigos de ética. Estes são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e o direito a um tratamento justo e equitativo. Entre eles, o direito à autodeterminação “baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino” (Fortin, 1999, p.116). Também e segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o EESMO “promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde” (Regulamento N.º 122/2011, 2011, p.8650).

Desta forma, entendo que o sujeito tem o direito de dispor livremente do próprio corpo e decidir livremente sobre qualquer intervenção que se realize sobre ele — e é importante, neste sentido, tentar aferir o conceito de liberdade, conforme ele é entendido nas nossas práticas

comuns, ordenamento jurídico e mundividência geral, assente em trabalhos filosóficos que subjazem à sociedade ocidental.

O Dicionário de Língua Portuguesa define liberdade como:

grau de independência legítimo que um cidadão (...) elege como valor supremo, como ideal; (...) poder que tem o cidadão de exercer a sua vontade, dentro dos limites que lhe faculta a lei; (...) condição daquele que não se encontra submetido a qualquer força constrangedora física ou moral; (...) condição daquele que não é cativo ou não é propriedade de outrem. (Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa, 2003, pp. 2270-2271)

Segundo o artigo 27º da Constituição da República Portuguesa “ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de ato punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança.” (Constituição da República Portuguesa, 2014, p.26)., reforçando a ideia, no número 5 do mesmo artigo: “a privação da liberdade contra o disposto na Constituição e na lei constitui o Estado no dever de indemnizar o lesado nos termos que a lei estabelecer.” (Constituição da República Portuguesa, 2014, p.27).

Também Orem afirma que “quando se respeitam os direitos e deveres dos indivíduos no seu próprio cuidado, permite-se e estimula-se a todos os utentes a participar na formulação dos objetivos do sistema de saúde (...) e na identificação e clarificação de papéis” (Orem, 1993, p. 234)

Na minha opinião, e com base no exposto, o EESMO deve ter em conta que o facto de as mulheres poderem eventualmente sentir-se limitadas na faculdade, que lhes é conferida pela lei fundamental, do livre-arbítrio sobre o próprio corpo num momento tão intenso e marcante como é o do parto, bem como de serem forçadas a permanecer em posições nocivas para a sua saúde e segurança, poderia ser considerado uma violação dos direitos fundamentais do ser humano e do direito à liberdade consagrado no artigo 27º da Constituição da República Portuguesa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A unidade curricular Estágio com Relatório representou uma excelente oportunidade de desenvolvimento de competências. Este relatório de Estágio foi o culminar de uma jornada formativa muito intensa e a sua elaboração foi uma experiência enriquecedora, na medida em que permitiu realizar uma análise crítica e reflexiva sobre o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto futura EESMO e mestre.

A prática baseada na evidência assumiu também um papel de relevo. É importante que o EESMO faça “ uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde” (Craig & Smyth, 2004, p.8).

Durante o ensino clínico Estágio com Relatório foi desenvolvido um estudo baseado na metodologia de Revisão Sistemática da Literatura. Com a realização deste estudo conseguiu-se evidenciar que a liberdade de movimentos e posicionamentos promove o normal desenvolvimento da fisiologia do trabalho de parto e nascimento, sendo também de grande eficácia no controlo da dor, para além de que contribui para melhorar a experiência de parto das mulheres. Foi aqui também analisado o modo como pode ser proporcionada enquanto cuidado especializado de enfermagem, e identificadas dificuldades e estratégias na sua promoção.

O trabalho de parto é um processo dinâmico e imprevisível e, uma vez que as mulheres são indivíduos (logo, únicas nas suas especificidades), não existe uma posição ideal durante o trabalho de parto e nascimento para todas por igual. Sendo assim, o EESMO deve analisar, de forma antecipada as preferências das mulheres relativamente a posições de parto durante a gravidez, trabalho de parto e nascimento, e deve prepará-las para a imprevisibilidade dos seus sentimentos no trabalho de parto e para fatores obstétricos que podem interferir na sua escolha.

Mais se acrescenta que as mulheres devem ser apoiadas, qualquer que seja a escolha que façam relativamente à posição para o nascimento, que deve ser a mais confortável para elas, sendo que o EESMO deve funcionar como um guia para as mulheres, no desenvolvimento de escolhas bem informadas, e facilitar estas escolhas, dando o apoio necessário. Com este objetivo, deve informar as mulheres acerca dos benefícios da liberdade de movimentos e posicionamentos durante o trabalho de parto e nascimento e destacar os possíveis efeitos

adversos, causados pela imobilidade e parir em posição de litotomia. Isto vai permitir que as mulheres tomem decisões informadas em relação aos seus cuidados.

O EESMO deve garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto, pelo que o deverá ter em conta uma série de medidas de segurança que aumentam aquando a administração de fármacos. Deverá ainda evitar a utilização abusiva de intervenções que possam afetar adversamente a mobilidade e ter consequências negativas ao nível do bem-estar materno e fetal.

Assim, as mulheres também deverão ser informadas acerca das práticas que podem afetar a sua capacidade para se mobilizar e manter posições verticais. De forma a minimizar a complexidade dos procedimentos foram identificadas algumas estratégias, como a utilização do sistema CTG com telemetria *wireless* e a clampagem intermitente do cateter venoso periférico.

Fomentar outras práticas específicas benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto e nascimento (respeitar o ritmo do trabalho de parto, facilitar o apoio contínuo pelo acompanhante e pelo EESMO, proporcionar um ambiente acolhedor, facultar medidas não farmacológicas de alívio da dor, evitar intervenções rotineiras, desnecessárias) potenciam os efeitos benéficos que a liberdade de movimentos e posicionamentos encerram e, ao mesmo tempo, revelam-se facilitadoras da sua promoção.

As sugestões dadas pelo EESMO foram identificadas como o fator mais importante para as mulheres aquando da escolha de posição de parto, pelo que este profissional deve ter consciência das várias posições de parto possíveis, de forma a alargar o leque de escolha das mulheres, uma vez que a posição supina durante o parto é dominante nas sociedades ocidentais como incorporação de práticas centradas nos profissionais. De resto, proporcionar às mulheres a hipótese por uma escolha em consciência, responsável, é fornecer-lhes a opção livre a que todos os cidadãos devem ter direito, em questões de saúde como noutras.

Não tive a oportunidade de proporcionar liberdade de posicionamentos a mulheres no segundo estágio de TP e assistir a nenhum nascimento fora da cama de partos durante o ensino clínico, por não existir disponibilidade por parte da instituição para que o EESMO assistisse os partos em posição vertical ou lateral, sendo que este aspecto foi identificado como um fator dificultador no processo de aprendizagem e foram adotadas estratégias no sentido de ultrapassar este obstáculo.

Assim, pelas dificuldades atrás referenciadas, nem todos os objetivos a que me propus responder no início deste ensino clínico foram atingidos na sua plenitude, embora tenham sido adotadas estratégias várias para contornar as dificuldades. O ensino clínico Estágio com Relatório proporcionou o desenvolvimento progressivo de competências técnicas e relacionais no cuidar especializado da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto e no cuidar especializado do recém-nascido. Fazendo o cômputo geral de todas as experiências vividas e partilhas realizadas aquando do ensino clínico, tanto em termos científicos como profissionais e pessoais, é gratificante constatar as valências que granjeei e as aprendizagens que, de certo modo, me transformaram, enquanto ser.

Para que a liberdade de movimentos e posicionamentos se torne prática habitual, enquanto alunos, precisamos de ganhar experiência na assistência a partos em várias posições. Enquanto profissionais, os EESMO devem avaliar o próprio conforto na promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos enquanto cuidado especializado e investir no desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na sua aplicação.

O meu futuro profissional encontra-se ainda incerto, tendo em conta contingências resultantes do contexto político e socioeconómico atual. No entanto, e no que depender de mim, pretendo vir a trabalhar numa unidade de cuidados de saúde primários onde continue a desenvolver competências enquanto enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia e possa partilhar e aplicar na prática os conhecimentos obtidos com o presente estágio. Pretendo também dar continuidade ao projeto, provavelmente sob a forma de um artigo em que me proponha a divulgar estas informações. Assim, com este trabalho, espero poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados e para o corpo de conhecimentos da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, O.M. (2007). *O consentimento informado na prática do cuidar em Enfermagem*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto

APEO & FAME (2009). *Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso*. Camarate: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Baker, K. (2010). Midwives should support women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*. V.18, nº8. 492-497. Acedido 27/07/2012. Disponível em: <http://www.chimat.org.uk/resource/item.aspx?RID=94327>.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra. Quarteto Editora.

Bryant, H. (2008). Maintaining patient dignity and offering support after miscarriage. *Emergency Nurse*. 19, 26-29. Acedido 07/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=1f13525e-1766-4477-ba04-eee2ac5bde80%40sessionmgr110&hid=124>

Bogdan, R., Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Calais-Germain, B. y Vives, N. (2009). *Parir en movimiento*. Barcelona. La Liebre de Marzo.

Chalk, A. (2004) Pushing in the second stage of labour: Part 1. *British Journal of Midwifery*. Vol. 12, nº 8. 502 - 508. Acedido 15/05/2013. Disponível em https://www.intermid.co.uk/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=15277;article=BJM_12_8_502_508;format=pdf

Constituição da República Portuguesa. (2014). 3ª edição. Porto: Porto Editora.

Craig, J. V. & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidencia. Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro de 2009. Secção II - Código deontológico do enfermeiro. Diário da República I Série, N.º180 (16-09-2009) 6546-6549.

De Jonge, A. & Lagro-Janssen, A. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 25(1), 47-55. DOI:10.1080/01674820410001737432

De Jonge, A., Teunissen, D., Van Diem, M., Scheepers, P., & Lagro-Janssen, A. (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal Of Advanced Nursing*, 63(4), 347-356. DOI:10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x

Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. (2003). (Tomo IV). Lisboa. Círculo de Leitores.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.

Fortin, M. R. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

HFF (2010). Procedimento A bola de nascimento no trabalho de parto. Manual do serviço. PR.080/P.01. Acessível no serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica do HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA. Portugal.

ICM (2008). International Code of Ethics for Midwives. International Confederation of Midwives. 1-4. Acedido em: 15/07/2013, International Confederation of Midwives. Disponível em: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_01%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf

ICM (2008). Keeping Birth Normal. International Confederation of Midwives. 1-2. Acedido em: 15/07/2013, International Confederation of Midwives. Disponível em: <http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/definition/pdf/shoshin/f-17.pdf>

ICM (2011). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. International Confederation of Midwives. 1-19. Acedido em: 07/06/2012, International Confederation of Midwives. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/DB%202011/Essential%20Competencies%20ENG.pdf>

Kitzinguer, S. (1996) – Um estudo antropológico da maternidade. Lisboa. Editorial Presença.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G., Dowswell, T. & Styles C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD003934. DOI: 10.1002/14651858.

Lothian, J. (2004) Do not disturb: the importance of privacy in labor. *Journal of Perinatal Education*. 13(3), 4-6. DOI: 10.1624/105812404X1707

Lothian, J. (2004). Promoting, protecting, and supporting normal birth. *Journal of Perinatal Education*. 13(2):1-5. DOI: 10.1624/105812404X109465

Lothian, J. (2009). Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know. *Journal Of Perinatal Education*, 18(3), 48-54. DOI:10.1624/105812409X461225

Lowdermilk, D., Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Camarate: Lusodidacta- Soc. Port. de material didático, Lda.

Mamede, F., Almeida, A.M., Nakano A.M., Gomes, F.& Panobianco, M. (2007). O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*. 11(3). 466-471. Acedido 20/05/2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300011

Mayberry, L.J. , Wood, S.H., Strange, L., Heisler, D.R., & Neilsen-Smith, K. (2000). Managing second-stage labor: Exploring the variables during the second stage. *Lifelines*, 3, 28-34

Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I., & Lagro-Jansse, T. (2012). Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 33(1), 25-31. DOI:10.3109/0167482X.2011.642428

Odent, M. (2001) *New reasons and new ways to study birth physiology*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 75 (1). 539-545.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal- Uma visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. (Rodrigo, M. trad.). Barcelona: Masson. *Salvat Enfermería*. (*Nursing : concepts of practice*. Sant Louis: Mosby)

Orem, D. (2001). *Nursing : concepts of practice.*(6th ed) St. Louis : Mosby.

Osava, R. H., Tanaka, A.C. (1997). Os paradigmas da Enfermagem Obstétrica. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 31 (1). 96-108. Acedido: 20/01/2012. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/376.pdf>.

Pearson, A. & Vauhan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa. Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde.

Porto. A., Amorim, M., Souza A. (2010) Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Revista Femina*. 38 (10). 527-537

Ramalho, A. (2006) Estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise, estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. Nº 64. 51-56.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Diário da República II Série. N.º 35 (11-02-18) 8648-8653.

Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República II Série. N.º 35 (11-02-18) 8662-8666.

Robertson, A. (2000) *The midwife companion. The art of support during birth*. Austrália: ACE graphics.

Roberts, C.L., Algert, C.S., Cameron, C.A., & Torvaldsen, S. (2005) A meta-analysis of upright positions in the second stage of labour to reduce instrumental deliveries in women with epidural anesthesia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinauica*, 84(8), 794-798

Roberts, J.E. (2002) The “push” for the evidence: management of the second stage. *J. Midwifery Womens Health* 47(1): 2-15 Acedido a 10/05/2013. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11874088>

Sabatino, H., Dunn, P., Caldeyro-Barcia, R. (2000). *Parto Humanizado: Formas Alternativas*. São Paulo: Editora Unicamp

Sampaio, R. F. & Mancini, M.C. (2007). Estudos de revisão sistemática. Um guia para síntese criteriosa da evidencia científica. *Revista brasileira de Fisioterapia*. Vol.11,1, 83-89. Acedido 06/11/13. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>

Schmid, V. (2010). *El Dolor del Parto. Una nueva interpretación de la fisiología y la función del dolor*. Tenerife: Editorial OBSTARE.

Spiby, H., Slade, P., Escott, D., Henderson, B. & Fraser RB. (2003) Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experiences. *Birth*. 2003. 30(3):189-94. DOI: 10.1046/j.1523-536X.2003.00244.x

Stark, M. & Rudell, B. (2008) Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 37 (1), 116-122.

Thies- Lagergren, L., Hildingsson, I., Christensson, K. & Kvist, L. (2013) Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*. 26:4. 99-104. DOI: 10.1016/j.wombi.2013.06.004.

Walsh, D. (2007). *Evidence-based Care for Normal Labour and Birth*. Routledge. Oxford

Apêndice I. Tabelas de síntese dos artigos seleccionados na RSL

Apêndice I. Tabelas de síntese dos artigos seleccionados na RSL

Quadro 3 – Síntese do Artigo 1

Autor/Ano/Título	Lothian, J. (2009). Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know. Journal Of Perinatal Education, 18(3), 48-54. doi:10.1624/105812409X461225
Objectivos	Discutir práticas assistenciais baseadas em evidências com ênfase nas práticas que aumentam a segurança para mãe e RN, e que as mulheres grávidas precisam de saber para ter nascimentos seguros e saudáveis
Tipo de estudo/ Procedimentos metodológicos	Artigo de opinião. Revisão narrativa da literatura sobre praticas seguras e saudaveis em relação ao trabalho de parto e nascimento.
Participantes	
Resultados	<p>O ambiente assistencial atual da maternidade aumenta os riscos para as mulheres saudáveis e seus bebês e a assistência ao parto normal não corresponde à melhor evidência científica. A fim de manter o trabalho de parto o mais seguro possível, e para minimizar o risco de complicações, é essencial respeitar o processo natural e fisiológico de parto e nascimento e não interferir de modo algum, a menos que exista uma clara indicação médica.</p> <p>Toda mulher grávida precisa de saber que o nascimento está destinado a acontecer de forma simples e fácil e que seis práticas de parto importantes fazem o nascimento mais seguro para ela e o seu bebê. Estas seis práticas são as seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">-1. Deixar o trabalho de parto começar por conta própria.-2. O movimento e as mudanças de posição durante o trabalho de parto ajudam na progressão do trabalho de parto, aumentam o conforto e diminuem o risco de complicações. O movimento em resposta a dor também protege o bebê e o canal de parto, especialmente durante o período expulsivo. A evidencia indica que o movimento, andar e mudar de posições pode diminuir o tempo do parto, sendo efetivas formas de alivio da dor, e estão associadas com menores alterações cardíacas fetais, menores danos perineais e menor perda sanguínea. Deambular durante o primeiro estágio de trabalho de parto diminui a probabilidade de ser submetida a cesariana, fórceps ou ventosa.-3. O apoio emocional e físico contínuo em trabalho de parto faz o parto mais seguro e saudável para mãe e RN.-4. As intervenções rotineiras interrompem o processo de parto e nascimento estando as mulheres e os RN expostos a riscos desnecessários.- 5. E mais seguro e saudável para a mãe e bebê quando a mãe faz força noutras

	<p>posições que não de costas e segue seu próprio instinto ao invés de fazer força de uma forma dirigida. As posições verticais incluindo de cócoras, sentada ou deitada de lado facilitam que o bebe descenda e se movimente através do canal de parto. Mudar de posição ajuda ao bebe a se movimentar alargando os diâmetros pélvicos, sendo mais confortável para a mãe. O uso de posições verticais ou de lado durante o segundo estágio do trabalho de parto esta associado com um segundo estágio mais curto, menos fórceps ou ventosas, menos episiotomias, menos traçados cardíacos anômalos e menos probabilidades de sentir dor severa durante a expulsão.</p> <p>- 6. Manter o RN junto da mãe faz com que as primeiras horas e dias após o nascimento sejam mais seguros para ambos.</p> <p>A forma mais importante para garantir um nascimento saudável e seguro é escolher os prestadores de cuidados e um local de nascimento que forneçam cuidados de maternidade baseados em evidências e não interfiram no processo fisiológico e natural de nascimento. A preparação para o nascimento pode simplificar a gravidez e o parto e ajudar as mulheres a compreender a obstetria moderna, a fim de ter um parto seguro e saudável.</p>
--	--

Quadro 4 – Síntese do Artigo 2

Autor/Ano/Título	De Jonge, A., & Lagro-Janssen, A. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. <i>Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology</i> , 25(1), 47-55.
Objectivos	Obter conhecimento sobre as influências nas mulheres da utilização das varias posições de parto, e sobre as experiências de parto destas mulheres em relação a posição que utilizaram.
Tipo de estudo/ Procedimentos metodológicos	Estudo qualitativo. Foi realizada a colheita de dados através de entrevistas semi-estruturadas.
Participantes	Vinte mulheres que iniciaram o segundo estágio de trabalho de parto na Holanda sob o cuidado de parteiras e que se disponibilizaram para participar no estudo. Destas vinte mulheres, oito estavam a ter o seu primeiro filho. Seis deram a luz no hospital e catorze em casa.
Resultados	O conselho dado pelas parteiras foi o fator mais importante que influencia a escolha de posições de parto das mulheres. Quando medicamente possível, as mulheres beneficiaram de ter autonomia para encontrar as posições que eram mais úteis para elas. Ser incentivadas a encontrar as posições mais adequadas foi descrito como ter controle sobre o trabalho de parto, o que contribuiu para uma boa experiência e bem estar emocional depois do parto. As escolhas variaram muito, assim como a experiência de dor

	em relação ao tipo de posição. As mulheres, independentemente da etnia, estavam mais familiarizadas com a posição supina, mas valorizaram informações práticas sobre outras opções. Uma vez que a posição supina é dominante nas sociedades ocidentais, as parteiras têm um papel importante no sentido de alargar o leque de escolhas das mulheres. As parteiras devem capacitar as mulheres para encontrar as posições que são mais adequadas para elas, dando conselhos práticos durante a gravidez e o parto
--	--

Quadro 5 – Síntese do Artigo 3

Autor/Ano/Título	Nieuwenhuijze, M., de Jonge, A., Korstjens, I., & Lagro-Jansse, T. (2012). Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor.
Objectivos	Explorar as preferências das mulheres no que diz respeito a posições de parto durante a segunda etapa do trabalho de parto.
Tipo de estudo/ Procedimentos metodológicos	Estudo quantitativo. Análise descritiva e multivariada. Foram realizados inquéritos por questionário. Dois questionários distintos foram utilizados: um questionário preenchido pelas mulheres e um pelas parteiras, este último para confirmação de dados.
Participantes	Um total de 1.154 mulheres. Os profissionais responsáveis pelo seu cuidado durante a gravidez e parto foram parteiras holandesas que não utilizaram intervenções médicas.
Resultados	<p>Ter escolhas e estar envolvidas na tomada de decisão contribui para experiências de parto positivas das mulheres. Durante um parto fisiológico, as preferências das mulheres podem desempenhar um papel preponderante na escolha das posições de parto</p> <p>Das 1.154 mulheres no estudo , 58,9% preferiram posições supinas , 19,6 % preferiram outras posições (por exemplo, sentadas ou em pé) , e 21,5% não tinham preferência.</p> <p>Uma minoria de mulheres preferiram posições diferentes ao decúbito dorsal.</p> <p>Isto pode ter acontecido por não terem conhecimento das alternativas disponíveis para posições de parto. Embora quase todas as mulheres conheçam pelo menos outra posição, as parteiras pareceram ter um papel pouco relevante em dar informação sobre as posições de parto. Isto pode ter limitado a percepção das mulheres acerca das possibilidades disponíveis.</p> <p>As preferências são influenciadas pelo que as mulheres acreditam ser possível.</p> <p>O conselho dado pela parteira e o fator mais importante na escolha de posição de parto. As mulheres sentem menor hesitação em usar posições mais incomuns, se estas foram mencionadas pela parteira durante a gravidez</p> <p>As mulheres que preferiram posições supinas deram à luz nessas posições mais frequentemente do que as mulheres com preferências para outras posições. Entre as mulheres que tiveram uma preferência para outras posições, o cumprimento de sua</p>

	<p>preferência estava relacionado com a longa duração da segunda etapa do trabalho de parto , níveis mais elevados de educação, a intensidade da preferência, e dar à luz em casa. As mulheres com menor nível de educação foram menos propensas a usar a sua preferência por outras posições de parto, sugerindo desigualdades na concretização da sua escolha. Estas mulheres podem ter sido menos explícitas ao expressar as suas preferências, ou as parteiras menos pró-ativas em explorar as escolhas destas mulheres. Os cuidadores podem assumir que as mulheres menos escolarizadas consideram menos importante estar envolvidas na tomada de decisão. No entanto, diversos estudos mostraram que todas as mulheres querem ter influência na tomada de decisão.</p> <p>Ao discutir as posições de parto, existem planos alternativos que também devem ser discutidos. As parteiras devem preparar as mulheres para o fato de que o nascimento é imprevisível: as mulheres podem sentir-se de forma diferente de como anteciparam e as circunstâncias podem exigir o uso de outras posições. Estar atentas ao processo dinâmico de dar à luz e estar abertas a mudar de posição no trabalho de parto pode ser mais importante do que usar uma única posição escolhida.</p> <p>As parteiras podem contribuir para um cuidado centrado nas mulheres ao explorar de forma proactiva as preferências das mesmas para posições de parto durante a gravidez e o parto. Devem apoiar às mulheres no desenvolvimento de escolhas bem informadas e facilitar estas escolhas sempre que possível</p>
--	--

Quadro 6 – Síntese do Artigo 4

Autor/Ano/Título	De Jonge, A., Teunissen, D., Van Diem, M., Scheepers, P., & Lagro-Janssen, A. (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. <i>Journal Of Advanced Nursing</i> , 63(4), 347-356. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x
Objectivos	Explorar os pontos de vista das parteiras sobre as posições das mulheres durante a segunda fase do trabalho de parto.
Tipo de estudo/ Procedimentos metodológicos	Estudo qualitativo com recurso a questionário e entrevista. Foi realizado um questionário curto individual e posteriormente entrevistas em seis grupos de discussão de parteiras dos cuidados de saúde primários
Participantes	Amostra intencional de 31 parteiras dos cuidados de saúde primários
Resultados	Os modelos foram úteis na distinção entre duas abordagens diferentes de parteiras em relação as posições das mulheres durante o parto . No consentimento informado, as parteiras , implícita ou explicitamente pedem o consentimento de uma mulher para o que elas próprias preferem . Dar às mulheres uma escolha informada é uma boa alternativa para deixar as mulheres escolher ou incentivá-las a usar posições verticais .

	<p>A preferência de uma mulher será o ponto de partida, mas a parteira deve sugerir outras opções, se estas são do interesse das mulheres.</p> <p>A escolha informada foi definida como dar às mulheres a liberdade de escolha em posições de parto , mas assumir o controle se houver complicações obstétricas. Isto requer dar-lhes informações individualmente adaptadas durante a gravidez e discutir as suas preferências sobre as posições. As mulheres devem estar preparadas para a imprevisibilidade dos seus sentimentos no trabalho de parto e por fatores obstétricos que podem interferir com a sua escolha de posição. Os equipamentos para os nascimentos em posições alternativas a litotomia deveriam ser mais favoráveis para as parteiras, sendo que as condições de trabalho das parteiras precisam de uma séria reconsideração. Além disso, os alunos e as parteiras precisam de ganhar experiência na assistência a partos em outras posições.</p>
--	--

Apêndice II. Plano de Observação

O que observar:

- Idade.
- Índice obstétrico.
- Experiências anteriores.
- Presença de acompanhante.
- Preparação para o nascimento.
- Adesão da parturiente à liberdade de movimentos e posicionamentos após informação sobre os seus benefícios/ condicionantes.
- Resposta da parturiente em relação à liberdade de movimentos e posicionamentos.
- Avaliação de dor (avaliação através de escala numérica).
- Avaliação da apresentação fetal.
- Avaliação do bem-estar fetal e da dinâmica uterina através do CTG.
- Intervenções não farmacológicas de alívio da dor.
- Tipo de parto.
- Índice de Apgar do RN no 1º, 5º e 10º minuto de vida.

Quando e como anotar:

Anotarei os dados observáveis durante a prestação de cuidados à parturiente e, à medida que estes forem sucedendo, no bloco de notas. As anotações serão complementadas no final de cada turno e transcritas para notas de campo em formato *word*.

Onde será realizada a observação:

Será realizada no bloco de partos do HFF, onde decorre o EC.

Quem realizará a observação:

A observação será realizada por mim.

Participantes:

Parturientes internadas no Bloco de Partos do HFF, que cumpram os critérios de inclusão, a saber: parturientes ao meu cuidado sob supervisão do OL, idade gestacional de termo, feto único com apresentação cefálica, início espontâneo de trabalho de parto; bolsa de águas intacta ou rota com a apresentação apoiada e sem suspeita de procedência do cordão,.

Critérios de exclusão: alterações do equilíbrio ortostático e/ou bloqueio motor ou sensitivo dos membros inferiores, alterações do padrão normal do CTG, alterações na coloração do LA, perda hemática vaginal, outras complicações durante o primeiro estágio do trabalho de parto

Apêndice III. Notas de Campo

NOTA DE CAMPO 1:

A. D. A., de 28 anos, primipara, com IG de 39 semanas, foi admitida no bloco de partos as 15h, por início de trabalho de parto. Deambulou no quarto no período entre as 15 e as 19h. Às 19h iniciou fase activa do trabalho de parto e fez analgesia epidural. Após receber o turno, dirigi-me para o quarto da grávida e apresentei-me. A estava acompanhada pela irmã. Ambas apresentavam ar sereno e tranquilo. O marido aguardava na sala de espera, de acordo com o desejo do casal. A. apresentava uma dor 0 na escala numérica da dor. Na altura apresentava um colo fino com 9cm de dilatação. A posição de preferência na altura foi o decúbito lateral, e foi alternando decúbitos com alguma frequência, conforme era a sua vontade. Foram facilitadas almofadas para maior conforto.

Durante a relação que fomos estabelecendo, percebi que A. não tinha feito o curso de preparação para o nascimento, mas tinha sido preparada pela irmã, que já era mãe de três filhos, e tinha dotado a A. desde a gravidez, de informações muito pertinentes, que me pareceram dotadas de cariz científico.

Mantendo o seu estado de controlo e utilizando a sua própria técnica de respiração, foi progressivamente avançando para o segundo estágio de TP. As contrações aumentaram significativamente, surgindo o reflexo de Ferguson. A verbalizou alguns sons e vontade de fazer força, conduzindo o seu trabalho de parto. Nesta altura procurou uma mudança de posição, ficando semi-sentada na cama, referiu desconforto ao colocar as pernas nas perneiras, solicitando ao mesmo tempo um apoio nos pés para conseguir fazer força; assim, as perneiras foram colocadas ao contrário, conseguindo A. apoiar os pés nas mesmas. Iniciou esforços expulsivos, utilizando a barra da cama para rentabilizar a força dos membros superiores. Foi necessário apoiar e encorajar A, pois a certa altura referiu estar a ficar exausta. A recuperou rapidamente a força e confiança, continuando a realizar esforços expulsivos e às 23h ocorreu parto eutócico, com nascimento de nado-vivo de sexo masculino, com 3.250 Kg e IA 9/10/10, sem malformações aparentes.

Uma vez no recobro, A enalteceu o facto de termos adaptado a cama de partos “o meu corpo estava a precisar de fazer força naquela e não noutra posição, de pernas para cima nunca iria conseguir [*sic*]”

COMENTÁRIOS DO OBSERVADOR:

- As medidas de apoio emocional e orientação recebidas pela acompanhante foram facilitadoras da progressão normal do trabalho de parto.
- Após analgesia epidural, a posição de preferência foi o decúbito lateral.
- Com algumas adaptações da posição da cama de parto, conseguiu-se apoiar a liberdade de posicionamentos dentro das limitações da instituição. Constatei que foram benéficas quando a parturiente sentia a necessidade de fazer esforços expulsivos em outra posição que não a de litotomia.

NOTA DE CAMPO 2:

Após a passagem de turno a minha orientadora disse-me que iria fazer o acolhimento a uma parturiente e ao seu marido, uma vez que estavam a dar entrada na urgência. A D. B., com índice obstétrico de 1011 e 38 anos de idade, com idade gestacional de 38 semanas e 3 dias foi admitida no bloco de partos às 15h, por início de trabalho de parto. B apresentava na admissão um colo uterino mole com 3cm de dilatação, e uma apresentação fetal alta e móvel. O CTG apresentava boa variabilidade, com FCF +-125 bpm e verificava-se uma dinâmica uterina regular de amplitude média, de 2 a 3 contrações em 10 minutos.

D. B. tinha sido internada por início de trabalho de parto, encontrava-se acompanhada pelo seu marido, pelo que me apresentei aos dois. Rapidamente percebi que B estava muito ansiosa, cheia de dúvidas e medos, pois tinha uma experiência traumática do anterior parto. Estabeleci uma relação terapêutica com o casal e, uma vez expressos os seus sentimentos, consegui dirigir a minha atuação para a educação para a saúde, de forma a esclarecer as dúvidas que o casal trazia. Realizei ao mesmo tempo o acolhimento ao serviço, de forma calma, e demonstrando disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida ou receio. B perguntou se haveria a possibilidade de utilizar a bola de parto, e disse: “no curso de preparação para o parto disseram-me que era bom, mas nunca experimentei (*sic*)”, pelo que aproveitei para, nesse momento, reforçar as vantagens da liberdade de movimentos nesta fase, explicando e exemplificando também as várias posições e exercícios que poderia realizar na bola, auxiliada pelo seu marido ou por mim, se assim o desejassem.

Conforme o protocolo do serviço, B ficou com monitorização CTG, sendo colocado o equipamento *wireless* para facilitar a livre movimentação dentro do espaço disponível na sala;

ficou igualmente com soroterapia em curso a infundir numa veia periférica no antebraço esquerdo, com um prolongamento longo, de forma a limitar a mobilidade o menos possível. O quarto ficou levemente iluminado com luz ténue azulada, pois B assim o desejou, ficando o marido com o comando da iluminação. B referiu ter ”uma moinha a nível lombar, mas com os movimentos na bola consigo ser eu a controlá-la a ela e não ela a mim [*sic*]”.

B. apresentava uma dor controlada e sinais vitais dentro dos parâmetros normais, assim como a monitorização CTG. Com as medidas de segurança pertinentes garantidas e B. esclarecida, calma e relaxada, sentada em cima da bola, deixei o casal na sua intimidade. B referiu que “da outra vez não foi nada assim, ainda bem que as coisas mudaram, e eu que tinha tanto medo... [*sic*]”.

Por volta das 12h, B. refere agravamento das queixas algicas, apresenta fâcies tensa, contraída, refere dor grau 6, frisando “não quero epidural”, pois tinha uma má recordação da última vez que foi picada nas costas: “fiquei algaliada, sempre deitada, e tiveram de tirar o meu filho com ferros [*sic*]”. No sentido de avaliar a evolução do trabalho de parto verifiquei que apresentava a bolsa amniótica tufada, uma dilatação do colo de 6 a 7 cm e a apresentação tinha descido e estava bem apoiada, no plano II de Hodge. O CTG mantinha uma boa variabilidade com FCF de +/-140 bpm. As contrações estavam a ser eficazes, com uma dinâmica uterina 4 a 5 contrações a cada 10 minutos.

Depois de ser lembrada a possibilidade de tomar um duche relaxante, aplicando o jato de água morna na região lombar, acompanhei a B até à casa de banho, que estava algo distante do quarto: B usufruiu dos benefícios da deambulação e, aquando do regresso ao quarto, enquanto caminhávamos, referiu “isto assim é muito bom, mas que grande alívio só por poder andar [*sic*]”.

Quando regressámos ao quarto, B. disse que estava cansada e que gostaria de se deitar um bocado. Nesta altura, sugeri a alternância de decúbitos laterais, informando sobre os efeitos negativos para mãe e RN do decúbito dorsal; B respondeu que também não se sentia confortável “na posição deitada de costas [*sic*]”, preferindo nesta altura o decúbito lateral direito.

Às 12h45m, apresenta REBA com saída de líquido claro e refere “uma grande pressão cá em baixo, estou com vontade de fazer força [*sic*]”. Por apresentar dilatação completa e a apresentação ao nível de plano III de Hodge, iniciou esforços expulsivos em posição lateral

esquerda, sendo esta a escolhida pela parturiente. B. verbalizou que não esperava que fosse tão rápido e referiu que o facto de estar a movimentar-se à vontade a tinha ajudado a lidar com as contrações. Foi solicitado à parturiente que se deitasse no momento do expulsivo, sendo a cama adaptada de modo a maximizar o conforto da parturiente e possibilitar a assistência ao parto por parte do AMESMO, por forma a cumprir as orientações da instituição.

Às 13h00m ocorreu parto eutócico, com nascimento de nado-vivo de sexo feminino com 4,015Kg. IA 8/9/10, sem malformações aparentes.

Antes de sair do meu turno aproveitei para ir ao recobro e despedir-me da tríade familiar: pareciam muito felizes e descontraídos, B referiu “muito obrigada por tudo, foi uma experiência maravilhosa, assim tinha já outro [*sic*]”.

COMENTÁRIOS DO OBSERVADOR:

- A utilização do sistema CTG com telemetria *wireless*, o prolongamento de soro e ter proporcionado a bola do nascimento foram estratégias facilitadoras da promoção da liberdade de movimentos e posicionamentos.
- Percebi que, por ter liberdade para mobilizar-se e deambular, B. apresentava-se menos tensa e conseguia controlar e lidar melhor com a dor, verbalizando em várias ocasiões ter tido uma experiência de parto positiva, por este motivo.
- Fomentar outras práticas benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto como foi o facilitar o apoio contínuo pelo acompanhante, proporcionar um ambiente calmo, com controlo da luminosidade, ou facultar medidas não farmacológicas de alívio da dor, como foi a hidroterapia em forma de duche, potenciou os efeitos benéficos que a liberdade de movimentos e posicionamentos encerram e, ao mesmo tempo, foram também facilitadoras da sua promoção.

NOTA DE CAMPO 3:

C. deu entrada na sala de partos, na companhia do seu namorado, às 15h, apresentando índice obstétrico de 1001 e 25 anos de idade, com idade gestacional de 38 semanas; foi admitida no bloco de partos às 15h, por início de trabalho de parto. Encontrava-se em fase ativa do

trabalho de parto, com 4 cm de dilatação, uma apresentação fetal alta e móvel. O CTG apresentava boa variabilidade, com FCF +130 bpm. Uma dinâmica uterina regular de amplitude média, 3 contrações em 10 minutos.

Não tinha um plano de parto mas, após auscultar as necessidades do casal, percebi que queriam que o seu parto fosse um parto normal, o mais livre de intervenções possível. O casal transmitia determinação, força e grande autocontrolo. Ela geria ativamente o seu trabalho de parto, utilizando o tipo de respiração que mais a confortava, liberdade de movimentos e massagem (pedia a cooperação do seu namorado, guiando-o). Quando as contrações chegavam, era como se ficasse num mundo seu, de forma a interagir o menos possível com os profissionais, e parecia distante. Após ser informada acerca dos recursos existentes no serviço associou também como medidas de conforto, o duche e os movimentos na bola de parto. C. referiu que “estar sentada na bola é um alívio, consigo enfrentar bem as contrações.., [*sic*]. No final deste período, referiu estar muito cansada e regressou ao leito. O seu fâcies encontrava-se mais tenso. Apresentava 5cm de dilatação cervical, a bolsa amniótica permanecia intacta e a apresentação fetal encontrava-se no plano I Hodge. O RN apresentava movimentos ativos e durante a monitorização mantinha sinais de bem-estar fetal. Levantou-se e, durante uma hora, C evidenciou um profundo relaxamento, balançando apoiada no namorado. As contrações tornaram-se mais intensas e prolongadas. Referiu: “estou a ficar muito cansada, isto está a demorar muito”. Foi dado apoio e informação de forma a comunicar da imprevisibilidade da duração do TP e que estava a correr tudo bem, mas tanto ela como o namorado estavam muito cansados, as certezas e força inicial começavam a desvanecer. Foi proposto que se fizesse rutura artificial da bolsa amniótica, explicando a sua finalidade face à evolução do trabalho de parto. C e o namorado concordaram. Em minutos, a intensidade das contrações aumentou e a localização da dor passou a ser essencialmente suprapúbica. No prazo de 1h30m, C. ficou com dilatação cervical completa, deambulando livremente e colocando-se em posição de cócoras quando tinha contrações. Conforme a apresentação ia descendo de plano C, foi reconduzida à cama de parto, que foi modificada para que a parturiente conseguisse realizar esforços expulsivos em posição semelhante a posição de cócoras em cima da cama, posição que C referiu ser “uma grande ajuda, só consigo estar assim, por favor, deixem estar assim [*sic*]. Às 23h ocorreu parto eutócico, com nascimento de nado-vivo de sexo feminino com 3,550kg, IA: 9/9/10.

COMENTÁRIOS DO OBSERVADOR:

- A liberdade de movimentos influenciou positivamente a participação ativa do acompanhante que, ao mesmo tempo, influenciou positivamente o normal desenvolvimento do trabalho de parto.

- A liberdade de movimentos fez com que C. controlasse a dor, conseguindo gerir activamente o seu TP.

4. PONTOS IMPORTANTES (Cont.)

- 4.8 Sentida com segurança, a grávida procura os movimentos que aliviam o desconforto da dor durante as contrações graças aos movimentos de basculação;
- 4.9 A sua utilização deve ser realizada numa área em que não haja obstruções que comprometam o balançar necessário;
- 4.10 A grávida deve estar próxima de um local onde se possa apoiar, e na presença do acompanhante ou enfermeiro;
- 4.11 A bola deve ser protegida por resguardo descartável ou por material contornável (por exemplo de algodão). Pode proteger-se o chão com um lençol para evitar que a bola deslize;
- 4.12 A bola deve ser desinfetada após cada utilização (com o desinfetante utilizado no serviço);

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

- 4.13 A utilização da bola é ponderada mediante uma avaliação física/obstétrica/ psíquica da grávida e com o seu consentimento expresso;
- 4.14 Gravidez de termo;
- 4.15 Sem alterações do padrão normal do CTG;
- 4.16 Sem bloqueio motor ou sensitivo dos membros inferiores;
- 4.17 Sem alterações do equilíbrio ortostático;
- 4.18 Sem patologia materna ou fetal que contra-indique a deambulação;
- 4.19 Sem alergia ao látex;
- 4.20 Bolsa de águas intacta ou rola com apresentação apoiada;

CRITÉRIOS PARA SUSPENDER O USO DA BOLA

- 4.21 Desejo da grávida;
- 4.22 Detecção de anomalias na FCF;
- 4.23 Detecção de alterações na coloração do LA;
- 4.24 Perda hemática vaginal.

1. NOME – A bola de nascimento no trabalho de parto

2. ÂMBITO – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

3. PESSOAL ABRANGIDO – Equipa de Enfermagem e Médica da Urgência Obstétrica

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1 O método de *Pilates* com a bola, adoptado no final da década de 90 para a obstetrícia e adquirindo o nome de bola de nascimento, é um método de condicionamento físico e mental que permite à parturiente uma sensação de bem-estar, conforto e relaxamento, encorajando a mobilidade, de modo a favorecer o trabalho de parto;¹
- 4.2 Segundo a OMS, a parturiente deve ser encorajada a mobilizar-se, adoptando posicionamentos para além do deitada;²
- 4.3 Estudos de investigação recentes referem que "orientar a postura e a mobilidade adequada à parturiente influencia de maneira positiva a fase activa do trabalho de parto: aumenta a tolerância da parturiente à dor, evitando o uso de fármacos (...) e melhora a evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase activa";³
- 4.4 A utilização da bola de nascimentos não traz apenas vantagens à mulher/casal e ao feto, mas também vantagens económicas, com a possibilidade de redução dos partos distócicos e fármacos utilizados;
- 4.5 Tem como principais objectivos: reduzir a fadiga e a tensão muscular; promover o relaxamento da região perineal; facilitar a rotação e a descida do feto no canal de parto e diminuir a sensação de dor;¹
- 4.6 O uso da bola está indicado quer na fase activa quer na fase latente do trabalho de parto;
- 4.7 A bola deve ter o tamanho suficiente para permitir à grávida estar sentada e fazer um ângulo de 90° com os membros inferiores flexionados e apoiados no solo;

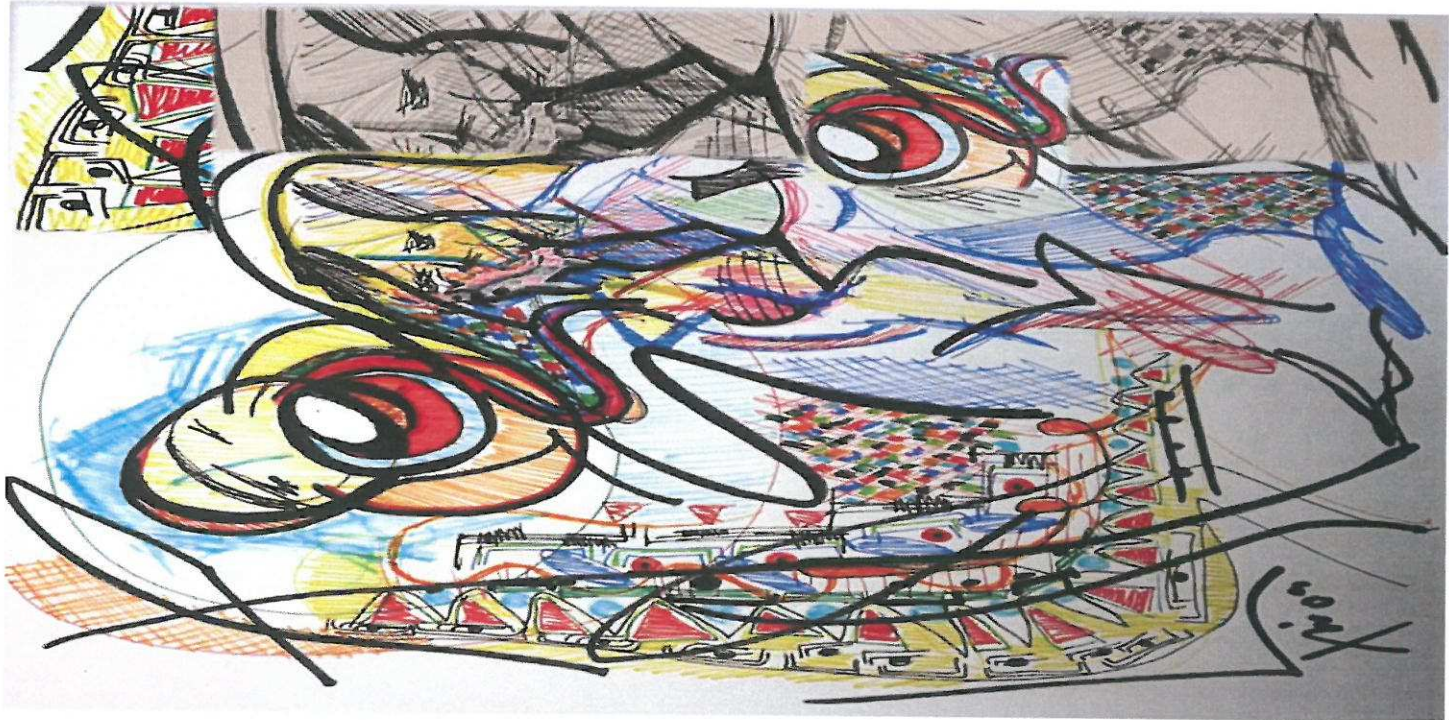
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 PALMA, Sara [et al] – A bola de nascimento e a parturiente In: Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625. Nº 8. (2007), p. 45-46.
- 2 World Health Organization - Care in normal birth: a practical guide 1996. Geneva. (MHORFH/MSM/96.24).
- 3 BIO, Eliane; BITTAR, Roberto; ZUGAIB, Marcelo – Influência da mobilidade materna na duração da fase activa do trabalho de parto [em linha]. In: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Vol.28, n.11 (2006) 671-679. ISSN 0100-7203. Acessido em 13/05/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n11/a07v28n11.pdf>.

(PR. 080 e PO. Nº 01) PROCEDIMENTO Nº 80 (Cont.)

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS

- O Enfermeiro Especialista em saúde Materna e Obstetrícia deve:
- 5.1 Selecionar a grávida que cumpra os critérios de elegibilidade;
 - 5.2 Informar a grávida/casal da disponibilidade da bola de nascimento;
 - 5.3 Selecionar a bola que permita à grávida estar sentada, fazendo um ângulo de 90° com os membros inferiores flexidos e apoiados no solo;
 - 5.4 Explicar os seus benefícios, modo de utilização e esclarecer dúvidas;
 - 5.5 Estimular a participação do acompanhante, garantindo a sua colaboração;
 - 5.6 Permanecer junto da grávida na ausência de acompanhante;
 - 5.7 Clampar cateter venoso periférico;
 - 5.8 Proteger a bola com resguardo descartável ou semelhante, assim como colocar lençol no chão para evitar que a bola deslize;
 - 5.9 Avaliar intermitentemente os BCF (30' / 30' , ou sempre que se considere necessário), e efectuar CTG de 2 / 2 horas;
 - 5.10 Proceder a monitorização CTG contínua em parturientes submetidas a analgesia loco-regional;
 - 5.11 Proporcionar períodos de repouso;
- Em grávidas submetidas à administração de analgésicos anteriores ao uso da bola:
- 5.12 Avaliar estado de consciência;
 - 5.13 Detectar eventuais efeitos secundários dos fármacos (por exemplo, tonturas);
 - 5.14 Avaliar equilíbrio orostático (Grávida de pé, olhos fechados, pés juntos);
 - 5.15 Avaliar eventual bloqueio motor pós realização de técnica analgésica loco-regional (movimento de elevação da bacia);
 - 5.16 Deixar a grávida e proceder a CTG durante 30' , se necessário replicagem analgésica.



XVI ENCONTRO NACIONAL APEO

Certifica-se que:

MARIA JESUS MARTINEZ FERNANDEZ

Participou no **WORKSHOP - Parto verticalizado** no âmbito do XVI Encontro Nacional da APEO - que decorreu nos dias 9 e 10 de Maio de 2013 no Hotel Meliã – Ria em Aveiro

Horas de formação: 2 horas

Idoneidade reconhecida pelo CTC da ESSV- IPV

Presidente da

APEO
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRICAS
SERVIÇO INTERNAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL GARCIA DE ORTA
(Bragança) **Silva Sarda** DA

Presidente da
Comissão Científica

(Manuela Ferreira)

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS
ENFERMEIROS OBSTETRICAS

IV JORNADAS DE SAÚDE MATERNA

27 e 28 de fevereiro de 2013

Auditório do Pólo Artur Ravara

CERTIFICADO

Maia Jesus Moutiez Fernandez

*esteve presente nas IV Jornadas de Saúde Materna, da ESEL,
realizadas em Lisboa, nos dias 27 e 28 de fevereiro de 2013.*

A Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Mania Filomena Neves Gaspar
Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar

