

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

**Intervenções facilitadoras  
da Liberdade de Movimento e Posições  
durante o Trabalho de Parto:  
um cuidado especializado de Enfermagem**

MARIA MANUELA LOPES REALISTA

**LISBOA  
2011**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized wave or a series of overlapping pages.

# **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

## **Intervenções facilitadoras da Liberdade de Movimento e Posições durante o Trabalho de Parto: um cuidado especializado de Enfermagem**

MARIA MANUELA LOPES REALISTA

Relatório de estágio orientado por:

Professora Luísa Sotto-Mayor

Orientação do ensino clínico:

Assistente Mário Cardoso

EESMO Ana Genebra

**LISBOA  
2011**



*"Para mudar o mundo há que mudar a forma de nascer"*

Michel Odent



## **AGRADECIMENTOS**

*Aos meus filhos André e Nuno que sentiram a minha ausência em várias etapas desta caminhada.*

*Ao meu marido Alexandre por me apoiar e contribuir para o termo deste percurso.*

*Aos meus pais pela educação e determinação com que me prepararam para a vida.*

*À professora Luísa Sotto-Mayor pela exigência, carinho, disponibilidade e dedicação na orientação deste relatório.*

*À orientadora EESMO Ana Genebra, por ter sido exemplo neste novo percurso profissional.*

*E ainda a todos os que de forma directa ou indirecta contribuíram, acreditaram e ofereceram ânimo para não parar.*

**O meu muito obrigada.**

## RESUMO

Este trabalho foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL. Nele pode encontrar-se uma descrição das competências adquiridas durante o estágio, conforme o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros e pela *International Confederation of Midwives*. Da articulação da aquisição dessas competências com a discussão dos resultados da revisão da literatura, surgiu este relatório. Este pretende demonstrar uma aprendizagem consciente baseada nas práticas relacionadas com a liberdade de movimento e de posição durante o trabalho de parto. Estas são definidas como *Práticas Demonstradamente Úteis* pela Organização Mundial de Saúde, na obra “Assistência ao Parto Natural: guia prático” (OMS, 1996) e devem ser utilizadas pelos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia.

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura, metodologia utilizada na elaboração deste relatório, foi formulada a seguinte questão em formato PICO: **Qual o efeito das intervenções do EESMO, facilitadoras da liberdade de movimento e posições, nas parturientes?**

Os resultados obtidos neste estudo revelaram que a liberdade de movimento e posições durante o trabalho de parto possibilita maior conforto, ajudando a lidar melhor com a dor, diminuindo o tempo do trabalho de parto e melhorando a contractilidade uterina. Deste modo contribui-se para a satisfação da parturiente, favorecendo a sua autonomia e sentimento de capacitação, desde que de acordo com as suas preferências.

Os EESMO encontram-se numa posição única para reintroduzir as práticas de cuidados que apoiam o parto normal.

Foram seleccionadas as seguintes palavras-chave: parto; liberdade de movimento e posições; enfermeiro; parturiente.

## **ABSTRACT**

This stage report is the result of the academic path of the 1st Master's Degree in Nursing Maternal Health and Obstetrics, in which it is intended that students acquire and develop the scientific and relational techniques referred by the Order of Nurses in the document "Regulation of the Specific Skills of the Specialist Nurse in Maternal Health, Obstetrics and Gynecology Nursing" from the International Confederation of Midwives. So this report emerged based on the development of those skills and the discussion of the results. Given these observations, this work intends to understand and promote a conscious learning and pointed to the practices related to the pregnant woman's freedom of movement and position during labor, defined as practices that are proven to be useful and should be encouraged by nurses specialists in maternal health and obstetrics (EESMO), according to WHO (1996).

As a starting point for the systematic literature review, the methodology used in this report, the following question was formulated in form PICO:

**What is the effect of EESMO interventions, facilitating the freedom of movement and positions, for the women in labor ?**

The results of this study revealed that the effect of freedom of movement and positions during labor, facilitated by EESMO, will improve the comfort and help the women to better cope with pain, will decrease time of the labor and also improve uterine contractility and decreases fetal distress. All interventions that enable mobilization and vertical positions will contribute to the satisfaction of the parturient, will promote their autonomy and sense of empowerment, respecting their own preferences.

The nurses are in an unique position to reintroduce care practices that support normal birth.

We selected the following keywords: labor, freedom of movement and position, nurse, parturient.

<b>ÍNDICE</b>	pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>PARTE I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA</b> .....	14
1. Caracterização do Objecto de Estudo .....	14
2. Modelo Teórico de Auto-Cuidado de Dorothea Orem .....	23
<b>PARTE II - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO</b> .....	27
1. Finalidade e Objectivos .....	27
2. Desenvolvimento de Competências.....	29
<b>PARTE III - METODOLOGIA</b> .....	42
1. Revisão Sistemática da Literatura.....	42
2. Notas de Campo .....	47
<b>PARTE IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	49
1. Análise da Prática e Conclusões da Revisão.....	49
2. Considerações Éticas e Limitações.....	56
3. Implicações para a Prática .....	58
<b>PARTE V - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	65
<b>APÊNDICES</b> .....	71
APÊNDICE I - Projecto de Estágio	
APÊNDICE II - Caracterização do Bloco De Partos	
APÊNDICE III - Poster e Acção de Sensibilização	
APÊNDICE IV - Discussão dos Resultados da Revisão	
Sistemática da Literatura	
APÊNDICE V - Notas de Campo	
APÊNDICE VI - Diários de Aprendizagem	
<b>ANEXOS</b> .....	147
ANEXO I - Decreto-lei 9/2009	
ANEXO II - Avaliação Final	
ANEXO III - Certificado 1º Curso Teórico Parto na Água	

## ÍNDICE DE QUADROS E IMAGENS

Quadro 1- Caracterização da Revisão Sistemática da Literatura..... pág. 45

Imagem 1: Freguesias Concelho de Cascais .....Apêndice II

Imagem 2: As 8 freguesias do Concelho de Sintra da área de influência do  
Hospital de Cascais..... Apêndice II

Imagem 3: Recém-nascido por tipo de parto no Hospital de Cascais durante o  
ano.....pág. 15

Imagem 4: Valor percentual de partos por cesariana em Portugal..... pág.20



## **SIGLAS**

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

ACESX - Agrupamento dos Centros de Saúde X - Cacém/Queluz

APEO - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

AC - Teoria do Auto-Cuidado

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

DPPNI - Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida

EC - Ensino Clínico

EESMO - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira Chefe

ER - Estágio com Relatório

ESEL- Escola Superior de Enfermagem

FAME - Federação de Associações de Matronas de Espanha

*ICM - International Confederation of Midwives*

IPN - Iniciativa Parto Normal

*LSB - Labor Support Behaviors*

NC - Notas de campo

OE - Ordem dos Enfermeiros

OL - Orientadora do Local

OMS - Organização Mundial de Saúde

RN - Recém-Nascido

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TP - Trabalho de Parto

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

USF - Unidades Coordenadoras Funcionais

WHO - World Health Organization



## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge enquadrado na Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (5º Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Estágio teve início a 17 de Janeiro e terminou a 1 de Julho de 2011, tendo decorrido no Hospital Dr. José d' Almeida em Cascais.

O relatório ficou sob a orientação tutorial da Professora Luísa Sotto-Mayor. A orientação do Estágio foi realizada pelo Assistente Mário Cardoso (orientador docente) e pela Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia Ana Genebra (orientadora do local de estágio - OL).

Segundo Salvador (1986), um relatório é uma descrição objectiva de factos, acontecimentos ou actividades seguida de uma análise rigorosa dos resultados, com o objectivo de tirar conclusões ou tomar decisões. Este Estágio com Relatório (ER) pretende alcançar a concretização dos objectivos traçados para esta unidade curricular, com base nas linhas orientadoras do Plano de Estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), tendo em vista o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), referenciadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela *International Confederation of Midwives (ICM)*. Foi também pretendido firmar o reconhecimento das qualificações profissionais do EESMO, divulgada na Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias, de 7 de Setembro e transferida para o direito nacional na Lei nº 9/2009 (Anexo I).

De acordo com o Regulamento das Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia da Ordem dos Enfermeiros (aprovado em 20 de Novembro de 2010), foi definido o conjunto de competências comuns e o conjunto de competências clínicas específicas.

Segundo diz Alarcão (2000, p.53), competência é um “conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, motivos e atitudes e revela-se nos níveis de desempenho adequado às circunstâncias”. As competências desenvolvidas implicam a



construção de uma nova identidade profissional que se vai circunscrevendo à especificidade.

Para tal, foi definido o seguinte objectivo:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido e família, sendo sensíveis à sua cultura, durante o período pré, intra e pós-natal, promotores do bem-estar materno-fetal (OE, 2010, art.4º, ponto1 competências *b, c e d*; competências *ICM I; IV; V; VI*)

Nas últimas décadas, os profissionais de saúde na área da maternidade têm realçado a importância da qualidade dos cuidados prestados à mulher ao longo do seu ciclo de vida, de forma específica durante a gravidez e o trabalho de parto, evidenciando-os como um processo fisiológico natural. O conceito de proporcionar à parturiente uma evolução natural do seu parto, obedecendo ao ritmo e às necessidades do seu corpo, permitindo-lhe desempenhar um papel activo e participativo, vai alcançando o seu espaço. É imperativo que a qualidade, eficiência e efectividade do exercício da nossa prática revelem as reais necessidades físicas e emocionais de cada mulher, considerando-a como ser humano único e individual, respondendo às suas expectativas de uma experiência de parto harmonioso, seguro e positivo.

As equipas obstétricas e as maternidades aperfeiçoaram determinadas condutas e procedimentos que ao longo do tempo se têm vindo a revelar excessivamente intervencionistas. Torna-se necessária uma redefinição dos processos de cuidados, de forma a garantir à mulher/acompanhante o respeito pelo processo fisiológico e o seu papel activo durante o parto, oferecendo maior liberdade e favorecendo a sua autodeterminação, para um nascimento natural e em segurança.

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), em colaboração com a Federação de Associações de Matronas de Espanha (FAME), apresentou um documento de consenso chamado “Iniciativa Parto Normal” (IPN, 2008), onde constatou a situação anteriormente referida, baseando-se em evidência científica, definindo e elaborando estratégias para a assistência ao parto normal de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996).



Este documento demonstra um profundo respeito pela dignidade e liberdade da mulher, reconhecendo-a como condutora de seu próprio processo de parto, cabendo a ela escolher onde, como e com quem parir. Realça a importância da sua história, do seu meio afectivo, social e económico, considerando ainda que o companheiro é parte essencial desse processo, focalizando a importância de nascer sem violência e reconhecendo que o ambiente em que o parto ocorre tem profunda influência sobre a forma como se desenvolve.

Considerando este contexto, o presente trabalho pretende promover uma aprendizagem consciente que assente nas intervenções facilitadoras da liberdade de movimento e de posição durante o trabalho de parto e no seu efeito nas parturientes. Essas intervenções são classificadas como *Práticas Demonstradamente Úteis* e que devem ser estimuladas, segundo a Organização Mundial de Saúde, na obra “Assistência ao Parto Natural: guia prático” (OMS, 1996). Neste sentido, o parto é um processo activo durante o qual se deve estimular e apoiar a grávida a mobilizar-se e a procurar posições confortáveis. Assim foi formulada a seguinte questão:

**Qual o efeito das intervenções do EESMO, facilitadoras da liberdade de movimento e posições, nas parturientes?**

A aplicação de um modelo teórico aprofunda a construção de conhecimentos, constituindo uma ferramenta essencial que norteia o ensino e a prática de enfermagem, sendo referido por Fortin (1999, p.91) que “os modelos conceptuais podem servir de quadro de referência num estudo”. Assim, para a elaboração deste trabalho foi utilizado como quadro de referência o modelo teórico de auto-cuidado de Dorothea Orem. Os seus conceitos foram aplicados como base orientadora nas actividades desenvolvidas por objectivos (parte II) e na análise da prática e das conclusões da revisão literatura (parte IV).

Para o presente relatório de estágio foram traçados os seguintes objectivos:

- ✓ Apresentar os objectivos traçados e resultados das actividades desenvolvidas ao longo do Estágio;
- ✓ Relatar as situações de aprendizagem vivenciadas ao longo do estágio que permitiram promover a liberdade de movimento e posições da parturiente durante o trabalho de parto;



- ✓ Reconhecer o efeito das intervenções que promovem a liberdade de movimentos e posições, nas parturientes;
- ✓ Apresentar as competências adquiridas, com vista à obtenção do título de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

A estrutura deste relatório decompõe-se em cinco partes. A primeira fará referência à revisão da literatura, onde se apresenta a caracterização do objecto de estudo e justificação da escolha do modelo teórico de auto-cuidado de Dorothea Orem. A segunda parte refere-se à contextualização do estágio, onde constam a finalidade e objectivos, a caracterização do local de estágio e apresentação das competências adquiridas segundo as actividades desenvolvidas. Na terceira parte apresenta-se a metodologia utilizada. Seguindo-se a quarta parte onde é apresentada a discussão de resultados, considerações éticas, limitações ao estudo e as implicações para a prática. Por último são apresentadas as considerações finais, referências bibliográficas e apêndices e anexos.



## PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

### 1. CARACTERIZAÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO

Historicamente o nascimento é um episódio natural, considerado um acontecimento mobilizador e marcante na vida da mulher/casal. É o início duma nova etapa das suas vidas e o começo de uma relação com um novo membro da família, que se pretende que seja de laços fortes, intensos e duradouros.

“ ter um filho é um dos acontecimentos mais desafiadores da vida, talvez o maior de todos. É uma ocasião para crescimento e amadurecimento pessoais, bem como a possibilidade excitante para criar e tornar-se responsável por outro ser humano. É uma ocasião para se perpetuar e ter outra possibilidade na vida”. (BRAZELTON, 1988, p.15)

A experiência do parto difere largamente de uma cultura para outra e os valores culturais, sociais e pessoais afectam profundamente a percepção da mulher sobre esse acontecimento. Para entender o processo do parto é necessário considerar os contextos sociais, culturais e a individualidade física e psicológica da mulher, os quais influenciam a maneira como ela codifica e sente as diferentes impressões físicas e psicológicas. O parto torna-se mais que um processo fisiológico, representando um fenómeno sociocultural que redefine a identidade da mulher, afectando as suas relações com os grupos que lhe são próximos, além de ocorrer num contexto em que estão incluídos os valores, as crenças, as práticas, os cuidados e o seu próprio significado de ser mulher e mãe (COLMAN e COLMAN, 1994).

A obra “Assistência ao Parto Natural: guia prático”, divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996, p.1), refere que nas últimas décadas:

“vimos uma rápida expansão no desenvolvimento e uso de uma variedade de práticas desenhadas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objectivo de obter melhores resultados de mães e recém-nascidos, e algumas vezes para racionalizar padrões de trabalho, no caso do parto hospitalar. Em países desenvolvidos onde essas actividades se generalizaram, questiona-se cada vez mais se esses altos níveis de intervenção são valiosos ou desejáveis.”

A tecnologia é algo de admirável e as tecnologias obstétricas têm-se demonstrado extraordinárias no cuidado materno-fetal. No entanto o que se tem verificado é que a



aplicação de uma intervenção desta ordem pode alterar o percurso fisiológico do parto, ocasionando uma cascata de outras intervenções e procedimentos que aumentam o nível de complexidade e risco, terminando muitas vezes num parto que não é natural. Ainda relacionado com esta conduta, encontra-se um outro problema, de natureza financeira, resultante do uso número excessivo de cesarianas, sendo por vezes injustificável a sua prática.

Conforme dados do Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2009 houve em

**Imagem 3:** Recém - Nascido por tipo de parto no Hospital de Cascais durante o Ano 2010



Fonte: Serviço Administrativo bloco de partos Hospital Dr. José de Almeida - Cascais

Portugal um total de 86.941 partos. Desses, 46.131

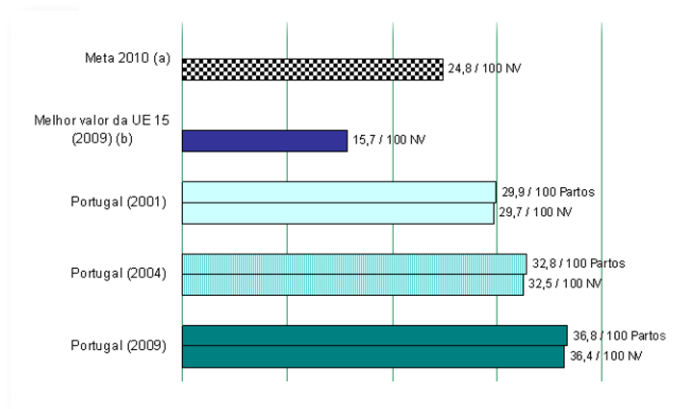
foram partos eutócicos e 40.810 foram distócicos, dos quais 28.556 foram cesarianas. No local onde decorreu

o estágio, ocorreram durante o ano de 2010 1968 partos, dos quais 1026 foram partos eutócicos, 316 foram partos distócicos e 626 ocorreram por cesariana.

Relativamente às estratégias para obter mais saúde para todos, nomeadamente no que se refere à abordagem centrada na família, especificamente na

área da maternidade (em que a maior parte dos partos - mais de 90%, é realizada no Serviço Nacional de Saúde), o Plano Nacional de Saúde de 2004/2010 (PNS, 2004-2010) considerou as taxas de nascimento por cesariana demasiado elevadas, prevendo que no final de 2010 a sua projecção ficaria em 28%. No entanto, quando feita a sua avaliação final, este valor atingiu os 36,8%, representando o valor registado em 2009 um aumento de 11,9% relativamente ao valor desse indicador em 2004, sendo considerado um dos aspectos mais negativos da avaliação do SNS (PNS, 2004-2010).

**Imagem 4:** Valor percentual de partos por cesariana em Portugal



Fonte: <http://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/partos-por-cesariana100-partos/>.



Observando tais resultados, repensamos o cuidado especializado oferecido à mulher durante o parto, processo fisiológico que necessita de maior atenção e apoio, diminuindo a intervenção técnica e favorecendo uma assistência mais centrada na humanização dos cuidados. Não é apenas na competência técnica e científica que reside a qualidade assistencial dos profissionais - também as competências relacionais e éticas lhes permitem promover a autonomia e a segurança da parturiente, de modo a ultrapassar este período com sucesso e de forma natural.

Baseadas em evidência científica, as orientações da OMS (1996) apontam cada vez mais no sentido de uma maior humanização do parto. Para tal, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto para que este seja o mais fisiológico possível. Foram definidas quatro categorias:

- “ A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- C - Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.” (OMS, 1996,p.1)

São as *Práticas Demonstradamente Úteis* que devem ser incentivadas e implementadas no atendimento durante o trabalho de parto, a fim de ser proporcionada uma assistência digna, segura, com qualidade e livre de riscos, garantindo os aspectos fisiológicos do parto. Nesta categoria, são preconizadas como práticas eficientes para melhorar a evolução do trabalho de parto, entre outras, a **liberdade de movimento e posições** durante o 1º e 2º estádios do trabalho de parto.

**O parto normal** é definido pela OMS (1996) como aquele que tem um início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, assim se mantendo até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente em posição cefálica entre as 37 e as 42 semanas. Após o nascimento, tanto a criança como a mãe encontram-se em boas condições.

O parto normal é determinado como um processo fisiológico excepcional com o qual a mulher completa a sua gravidez de termo, estando implicados factores psicológicos e





socioculturais. O seu início é natural, evolui e finaliza sem complicações culminando com o nascimento, e não implicando mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo para que tenha êxito (FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE MATRONAS ESPANHOLAS, 2006). Lowdermilk (2008, p.334) descreve o parto como um acontecimento que representa “o final da gravidez, o início da vida extra-uterina para o recém-nascido e uma mudança na vida familiar”.

**O trabalho de parto** é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto. Este é considerado um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. O trabalho de parto divide-se em três estádios: dilatação, período expulsivo e dequitação (GRAÇA, 2005).

Segundo este autor, **o 1º estágio** do trabalho de parto (dilatação) inicia-se com a instalação de contracções uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo do útero. Citando Friedman (1978) Graça (2005) divide ainda este estágio em duas fases principais, que designou por *latente* e *activa*. A **fase latente** decorre desde o início das contracções regulares até ao apagamento completo do colo do útero e à sua dilatação com cerca de 3 a 4cm; a **fase activa** inicia-se com 4 cm de dilatação, na qual o colo se dilata até atingir a dilatação completa de 10 cm. Ainda segundo Graça (2005), o **2º estágio** (período expulsivo) do trabalho de parto, tem início com a dilatação completa do colo uterino e termina com a expulsão do feto. O **3º estágio** do trabalho de parto inicia-se após o nascimento do recém-nascido e cessa com a saída da placenta (dequitação). Podemos considerar um **4º estágio**, período crucial e crítico para a recuperação da mãe e do recém-nascido, e que se refere às duas primeiras horas após o nascimento. Para Lowdermilk (2008, p.491) eles “não estão apenas a recuperar do processo físico do parto, mas também se estão a conhecer um ao outro e a estabelecer uma relação com os restantes membros da família”.

**A posição** da parturiente afecta as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher ao trabalho de parto. O hábito da mulher se manter em movimento e em posição vertical (de pé, sentada e/ou caminhando) durante o trabalho de parto era uma prática comum em algumas culturas. No entanto, a evolução da ciência e tecnologia através dos



tempos transformou o acto natural de parir num acto biomédico, mais intervencionado, alterando a espontaneidade da mulher perante o parto. Na actual cultura ocidental, começamos a assistir a um regresso ao parto natural, embora imbuído dos conhecimentos científicos promotores da segurança e bem-estar materno e fetal. Relativamente à liberdade de movimento e posições ainda há muitas limitações, pois nas nossas maternidades o parto decorre habitualmente em posição supina (horizontal). Essa influência estendeu-se também para o trabalho de parto, ficando as mulheres deitadas e movimentando-se apenas na cama. Só uma pequena parte das mulheres mostra interesse em escolher espontaneamente a deambulação ou outra posição vertical durante o trabalho de parto.

A liberdade de movimento, assim como as posições verticais, são importantes para facilitar o nascimento, representando a melhor forma de usar a força da gravidade para auxiliar a descida do bebé, aumentar o tamanho e a forma da pélvis, permitindo responder à dor de uma forma activa e acelerando o processo do trabalho de parto. O útero responde ao movimento trabalhando com maior eficiência (LMAZE, 2003).

Outros autores referem também que a liberdade de movimentos, a deambulação da mulher e a escolha de posição durante todo o desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado que provavelmente são benéficas à mulher e que deveriam ser encorajadas (ENKIN *et al*, 2000).

**A deambulação** deve ser encorajada se as membranas estão intactas, ou se a apresentação fetal está encravada após a ruptura de membranas, e ainda se a grávida não fez terapêutica analgésica (LOWDERMILK e PERRY, 2006).

Compete ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia intervir nesta área, utilizando procedimentos que valorizem o parto normal: proporcionar um ambiente calmo e com privacidade; oferecer à grávida/acompanhante todas as informações e explicações que necessitem e desejem, possibilitar a deambulação, oferecer medidas não farmacológicas para o alívio da dor (duche, bolas, massagens, entre outras); estimular o uso de algumas técnicas respiratórias. Estes procedimentos resultam na distração dos desconfortos, diminuindo a tensão nervosa, reforçando o autocontrolo da mulher, produzindo uma melhor actividade uterina e facilitando a dilatação do colo, o que por sua vez torna o parto mais rápido e menos doloroso.



No entanto a deambulação pode estar desaconselhada devido ao estado materno e/ou fetal, como por exemplo nas situações de DPPNI, Placenta Prévia, Hipertensão arterial (HTA) associada com a Pré-Eclâmpsia ou Eclâmpsia.

**A posição de decúbito lateral** é indicada porque promove um fluxo uteroplacentário e renal excelente e aumenta a saturação de oxigénio fetal, aliviando a dor lombar e facilitando a massagem da região lombar, também alivia a pressão do períneo reduzindo o risco de trauma (GUPTA e HOFMEYR, 2003, citados por LOWDERMILK E PERRY, 2006). É considerada como uma boa posição para o nascimento. Quando a mulher permanece deitada deve ser encorajada a mudar de posição com alguma frequência, cada 30 a 60 minutos. Numa posição de decúbito dorsal, aconselha-se a colocação de uma almofada em cunha por baixo da anca para evitar que o útero comprima a veia cava e a aorta (LOWDERMILK e PERRY, 2006).

Durante as contracções, é importante proporcionar cuidados de qualidade que ajudem a grávida/acompanhante a lidar com o desconforto.

“a bola de nascimento pode estimular a mobilidade pélvica e o relaxamento pélvico e perineal quando a mulher se senta na bola firme mas depressível e se move com movimentos rítmicos. A aplicação de compressas mornas no períneo e na região lombar pode maximizar o relaxamento e o efeito de conforto. A bola deve ser suficientemente grande para que quando a mulher se senta, os seus joelhos formem um ângulo de 90° e os seus pés fiquem bem assentes no chão e afastados 60 cm” (LOWDERMILK & PERRY, 2006, p.448).

A bola de parto, também conhecida como bola de nascimento, *birth ball*, *gym ball* ou bola suíça (entre outros termos), foi considerada por Coltters (2000) como um recurso a utilizar em serviços de obstetrícia e blocos de parto. O emprego da bola promove a postura vertical e proporciona liberdade de mudança de posição à parturiente, o que contribui para a participação activa da grávida no processo do nascimento. A realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada) trabalha a musculatura do soalho pélvico, o que envolve em especial os músculos levantadores do ânus (pubococcígeo) e a fascia da pelve (CARRIÈRE, 1999).

Segundo Simkin e Ancheta (2000) citadas por Lowdermilk e Perry (2006, p.446), “caminhar, sentar, ou permanecer de pé e ligeiramente inclinada para a frente apoiada



no acompanhante, muitas vezes torna-se mais confortável que estar deitada e facilita a progressão do trabalho de parto”.

As contracções uterinas são geralmente mais fortes e mais eficazes na dilatação e apagamento do colo uterino, o que determina trabalhos de parto menos longos e redução da incidência de compressão do cordão umbilical, (BOBAK, 1999).

O efeito da gravidade melhora o ciclo das contracções, promove o aumento da pressão hidrostática intramniótica e favorece a descida do feto, exercendo uma maior pressão no colo provocando o seu encurtamento e levando ao seu apagamento e dilatação. Este ciclo produz um aumento dos impulsos do colo uterino para a hipófise, esta induzindo o aumento da produção e libertação da ocitocina, intensificando as contracções, o que facilita o apagamento do colo e a dilatação menos dolorosa (LOWDERMILK e PERRY, 2006).

O trabalho de parto é um processo dinâmico, envolvendo o útero, bacia e músculos voluntários. Nesta fase, os ângulos entre o feto e a bacia materna alteram-se com regularidade à medida que o feto roda e progride ao longo do canal do parto, sendo a fase em que a mulher procura diversas posições para o nascimento.

Enkin *et al* (2000) recomendam que durante o 2º estágio de trabalho de parto se deve encorajar a parturiente a movimentar-se até que ela encontre um espaço físico e uma posição que melhor lhe convenha e lhe ofereça conforto. Referem também que não se deve insistir em prescrições de determinadas posições confortáveis às parturientes, isso porque, uma vez que as endorfinas (hormonas que produzem um efeito analgésico) estejam a aumentar a sua produção, as próprias mulheres estão mais receptivas a responder às mensagens interiores do seu corpo, procurando as posições que lhes são agradáveis. Quando a parturiente descobre o que funciona para ela, encontra o seu ritmo e os seus próprios mecanismos de empoderamento. As mesmas autoras referem que o decúbito dorsal sem inclinação deve ser evitado, para não interferir com o fluxo sanguíneo útero-placentar.

**Na posição de *semi-fowler***, o peso da parturiente força o sacro movendo o cóccix para a parte anterior, provocando redução do estreito inferior da bacia. No entanto os músculos abdominais funcionam em maior sincronia com as contracções uterinas. Quando esta posição é utilizada no período expulsivo necessita de maior apoio para ser eficaz (LOWDERMILK e PERRY, 2006).



**A posição de pé** facilita a descida do bebé e reduz a duração do segundo estágio, a necessidade de episiotomia, de fórceps ou ventosa. Na posição de pé, o peso da grávida fica suportado pelas cabeças femurais, o que implica que a pressão no acetábulo provoca um aumento de um centímetro no diâmetro transverso do estreito pélvico, sendo útil para ajudar a rotação do occiput e da posição lateral para a posição anterior. A posição de pé é também vantajosa para a mulher porque permite manter a observação do nascimento e um contacto visual com a parteira (LOWDERMILK e PERRY, 2006).

**A posição de cócoras** é a mais eficaz para a descida e nascimento do feto. As mulheres podem usar a posição de cócoras modificada até que a cabeça fetal esteja encravada, podendo depois ser utilizada a posição de cócoras profunda. Uma bola de parto também é útil para apoiar a posição de cócoras, facilitando o alinhamento do feto com o canal de parto e o relaxamento pélvico e perineal (LOWDERMILK e PERRY, 2006).

**A posição de “quatro apoios”** (sobre as mãos e os joelhos), melhora a perfusão útero-placentar, ajudando o movimento pélvico, facilitando a rotação interna do feto, aumentando a mobilidade do cóccix e os diâmetros pélvicos e utilizando a gravidade para virar o dorso do feto e rodar a cabeça para a frente (em apresentação occipitoposterior), facilita o nascimento dos ombros e também reduzindo o trauma perineal (SIMKIN e ANCHETA, 2000, citados por LOWDERMILK e PERRY, 2006).

Relativamente ao posicionamento para o 2º estágio do trabalho de parto, este pode ser determinado pela preferência da parturiente ou limitado pelo seu próprio estado ou do feto, pela influência do meio ambiente ou ainda pela confiança do profissional de saúde em assistir o parto numa posição diferente da de litotomia (LOWDERMILK e PERRY, 2006).

Na posição de litotomia, a grávida fica deitada de costas com as pernas apoiadas nas perneiras, expondo o períneo e o parto decorre num sentido desfavorável em relação à gravidade, exigindo um esforço maior durante o período expulsivo.



É ainda referido que as alternativas e mudanças de posição resultam num maior número de nascimentos com períneo íntegro, sendo geralmente praticadas pelas enfermeiras parteiras (SHORTEN, DONSANTE e SHORTEN, 2002, citados por LOWDERMILK E PERRY, 2006).

Na literatura consultada encontraram-se várias recomendações quanto às vantagens de se manter a parturiente fora da cama, utilizando o movimento e a liberdade de posições. No entanto, alguns autores referem que esta prática é pouco valorizada e ainda muitas vezes é desacreditada pelos profissionais de saúde, sendo necessário incrementar maior interesse na liberdade de movimento e posições durante o trabalho de parto.

Ao elaborar este trabalho pretende-se compreender melhor a dinâmica da liberdade de movimentos e posições e participar como elemento facilitador durante o trabalho de parto no local do estágio. Pretende-se ainda proporcionar momentos de reflexão em conjunto com os EESMO da equipa em que a estudante ficou inserida, podendo clarificar os aspectos positivos e as dificuldades existentes, contribuindo para um processo formativo numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional.

Surgiu assim, após pesquisa bibliográfica e novas informações, a necessidade de reformular a pergunta de partida apresentada inicialmente no projecto (Apêndice I), tornando-a mais explícita quanto aos participantes e intervenções, considerando-se ser dispensável a divisão clínica do TP, essa mudança não implicou qualquer alteração na abordagem do processo de revisão sistemática da literatura.



## 2. MODELO TEÓRICO DE AUTO-CUIDADO DE DOROTHEA OREM

Para encontrar resposta adequada à problemática que se apresenta é essencial desenvolver competências específicas ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia que se enquadrem nas descritas pela OE e ICM no acompanhamento das mulheres e família durante o trabalho de parto. A ciência de Enfermagem está actualmente alicerçada em diversas fontes teóricas. As teorias de enfermagem ajudam a explicitar a complexidade e multiplicidade dos fenómenos presentes no campo da saúde, e também servem como referencial teórico, metodológico e prático aos enfermeiros no desenvolvimento das suas competências. Para aquisição dessas competências específicas, as actividades desenvolvidas tiveram como quadro de referência o Modelo de Enfermagem de Auto-cuidado de Dorothea Orem. Para uma melhor compreensão do estudo foi necessário efectuar uma breve revisão do modelo teórico citado.

Os conceitos de Pessoa/Homem, Ambiente, Saúde/Doença e Enfermagem constituem o tronco comum inerente a todas as teorias e modelos de enfermagem e Orem considera-os como a força dinamizadora do seu modelo conceptual.

**Pessoa** é um todo em interacção com o meio ambiente, que se distingue dos outros seres vivos pela sua capacidade de reflectir acerca de si e do seu ambiente; simbolizar aquilo que vivencia; usar criações simbólicas (ideias e palavras) no pensamento e na comunicação; ser capaz de direccionar esforços para realizar actos que tragam benefício para si ou para outros. Para Orem, a pessoa é considerada como um agente do auto-cuidado, que satisfaz as suas necessidades de forma aprendida e intuitiva (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

No que se refere ao **Ambiente**, a teórica enfatiza a forma como o ambiente influencia o funcionamento da pessoa.

O ambiente é considerado como um sub-componente da pessoa. A pessoa e o ambiente formam um sistema integrado, relacionado com o auto-cuidado (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

A **Saúde** traduz-se num estado de integridade ou plenitude do ser humano. Um estado dinâmico de bem-estar, em que a pessoa é capaz de responder às suas necessidades





universais de auto-cuidado, promovendo um efectivo auto-cuidado. Neste contexto, um desvio da estrutura normal de funcionamento ou da capacidade de manter a máxima autonomia traduz-se em ausência de saúde (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

**Enfermagem** consiste numa ajuda dada eficazmente e compreende o cuidar do indivíduo, assisti-lo ou substituí-lo para que ele atinja o estado de saúde visado. No entanto, o enfermeiro não deve desrespeitar o princípio de que o beneficiário é responsável pela sua saúde e pela execução de actividades que respondam às suas necessidades de auto-cuidado (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é formada por três teorias que são relacionadas entre si: a **Teoria do Auto-cuidado (AC)**; a **Teoria do Défice de Auto-cuidado** e a **Teoria dos Sistemas de Enfermagem** (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

Para OREM (1980) o **auto-cuidado** é a prática de actividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Segundo a autora existem duas categorias de auto cuidado: o **auto-cuidado universal** (corresponde às necessidades humanas básicas) e o **auto-cuidado terapêutico** (são as acções que se justificam quando há desequilíbrio entre a necessidade de auto-cuidado e a capacidade de o realizar). O auto-cuidado tem como propósito o entendimento de acções (requisitos) que segundo o modelo, contribuem de maneira específica para a integridade, funções e desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos através de acções designadas de **requisitos de auto-cuidado**. São três os requisitos de auto-cuidado apresentados por Orem: **universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde** (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

Segundo Pearson e Vaughan (1992), a **Teoria do Auto-cuidado** de Orem tem como premissa básica a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo e que pode beneficiar com o cuidado da equipa de enfermagem (auto-cuidado terapêutico) quando apresentar incapacidade de auto-cuidado ocasionado pela falta de saúde. A este desequilíbrio Orem dá o nome de **Teoria de Défice de Auto-cuidado**.

Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: o **sistema totalmente compensatório**; o





**sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.** Estes constituem a **Teoria dos Sistemas** (PEARSON e VAUGHAN, 1992)

**Sistema totalmente compensatório:** o indivíduo requer que a enfermagem o substitua em todas as suas actividades. **Sistema parcialmente compensatório:** o indivíduo é capaz de realizar algumas das actividades de forma autónoma. A enfermagem intervém para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar sozinho.

**Sistema de apoio-educação:** o indivíduo é capaz de realizar o seu auto-cuidado, embora necessite de ajuda da enfermagem para o ensinar e supervisionar a realização das acções de forma adequada (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

Orem identificou **cinco métodos de ajuda:** 1) agir ou fazer para o outro; 2) guiar o outro; 3) apoiar o outro 4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e 5) ensinar o outro (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

Parafraseando Orem (1985, p.107) “a arte da enfermagem inclui fazer uma explicação exacta e abrangente dos motivos pelos quais as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem”.

A Teoria de Auto-cuidado e do Défice do Auto-cuidado de Orem é um importante referencial que pode fornecer bases concretas para o suporte das mulheres em trabalho de parto. A sua teoria fundamenta-se no pressuposto que as parturientes são capazes e desejam realizar acções em seu próprio benefício e em defesa da saúde do bebé/família. Quando existe um impedimento ou limitação, o défice do auto-cuidado pode aparecer, comprometendo os requisitos de auto-cuidado da grávida/acompanhante. O défice ocorre quando as habilidades de auto-cuidado são insuficientes para satisfazer as necessidades terapêuticas. Neste caso, o EESMO actua como provedor do auto-cuidado. É nesta circunstância que este modelo teórico se revela como uma ferramenta útil que norteia e planifica a prática clínica, exigindo do EESMO um conhecimento claro das limitações e dos requisitos que afectam a parturiente e casal, utilizando acções terapêuticas adequadas aos sistemas de enfermagem comprometidos, seleccionando os métodos de ajuda que apoiam e compensam a capacidade de auto-cuidado.



Para guiar este estudo e pelo que já foi referido anteriormente, a opção de utilizar o Modelo de Auto-cuidado de Dorothea Orem justifica-se pelo facto de promover o auto-cuidado da grávida/acompanhante durante o trabalho de parto. Com a aplicação deste modelo, é possível determinar as deficiências ou limitações de auto-cuidado, conduzindo a uma definição dos papéis que facilitem o empoderamento para a liberdade de movimentos e posição durante o trabalho de parto, progressivamente incentivado pelo EESMO, de forma a encontrar a resposta à questão inicialmente formulada.



## PARTE II – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

### 1.FINALIDADE E OBJECTIVOS

A Unidade Curricular de Estágio com Relatório decorreu em contexto de Bloco de Partos e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, tendo como principal finalidade o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais que possibilitassem prestar cuidados especializados em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia à mulher/recém-nascido/acompanhante/família durante o período pré-natal, trabalho de parto e período pós-natal. Para melhor compreensão considerou-se necessária uma sumária caracterização do local do estágio, que por motivos de organização e espaço é apresentado no Apêndice II.

Durante o percurso do ER, esteve implicada a mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos e desenvolvidos durante o CMESMO, tornando-se uma constante necessidade o desenvolvimento de competências na resolução de situações novas e complexas, com transferência desses novos saberes para a prática.

Para o Estágio com Relatório e de acordo com as competências específicas do EESMO, segundo a OE e a ICM, foram delineados como objectivos:

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante o período pré-natal, potenciando o seu bem-estar (Competência 2, OE, 2010);
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os diferentes estádios do trabalho de parto e actuar em situações de emergência, de forma a garantir a saúde da mulher/recém-nascido (RN) (Competência 3, OE; Competência IV ICM);
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/optimização à vida extra-uterina (Competência 4, OE; Competência V ICM).



Foi também delineado um objectivo específico, de acordo com interesses pessoais, que favoreceram a motivação e necessidade de aprendizagem e o crescimento profissional. Neste, pretendeu-se reflectir sobre as práticas que respeitam o processo fisiológico do parto, contribuindo para a melhoria das condições de humanização dos cuidados prestados e bem-estar da mulher/acompanhante e família, incentivando a liberdade de movimento e posições, tendo sempre presente o respeito pela intimidade, privacidade, individualidade e diferenças socioculturais, de acordo com as orientações do Código Deontológico do Enfermeiro (2005, Artigo 86º e 89º).

Assim, como objectivo específico do estágio e fio condutor do estudo foi delineado o seguinte:

- Promover a Liberdade de Movimento e Posições durante o trabalho de parto, segundo as orientações das Práticas Demonstradamente Úteis, como recomendado pela OMS (1996), tendo por base as competências do EESMO, preconizadas pela OE/2010 e as competências do *ICM* (Competência IV, *ICM*).

Todos os objectivos anteriormente descritos e as actividades propostas encontram-se no Projecto Individual de Estágio (Apêndice I) apresentado no início da Unidade Curricular em interligação com a Unidade Curricular Seminário de Investigação II. No capítulo seguinte serão descritas as actividades desenvolvidas que permitiram atingir as competências pretendidas.



## 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo estão descritas as actividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências. As competências existem quando os sujeitos aplicam eficazmente, e com conhecimento de causa, aquilo que aprenderam na formação, numa situação concreta, combinando os diversos elementos do saber-ser, saber-fazer e saber-estar (LE BOTERF, 1994). A reflexão sobre as experiências vividas permite compreender a dimensão da competência na prática de cuidados, ou seja, a competência manifesta-se na acção e o exercício é fundamental para o seu desenvolvimento.

### **Análise das Actividades desenvolvidas por Objectivos – sua relação com o Desenvolvimento de Competências**

Neste capítulo pretende-se efectuar-se a apreciação do estágio que se alicerçou no projecto de estágio. Pretende-se evidenciar a reflexão sobre o percurso de aprendizagem em contexto clínico, identificando os aspectos positivos e negativos que contribuíram para a qualidade do exercício profissional e aquisição de competências, considerando as áreas de intervenção abrangidas – a gravidez, o parto e o puerpério. A análise das actividades efectuada foi ao encontro dos objectivos apresentados no plano de actividades (Apêndice I), pretendendo estabelecer um fio condutor com a aquisição de competências específicas e o modelo teórico escolhido.

**Objectivo 1 - Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante o período pré-natal, potenciando o seu bem-estar (Competência 2, OE, 2010):**

Como formandos estamos em permanente adaptação a novos contextos institucionais, em organizações de saúde diferentes, integrando equipas multidisciplinares, com dinâmicas e procedimentos que lhes são próprias. Pretende-se que todos os intervenientes actuem numa dimensão física, social e intelectual e estejam em constante interacção, para que os cuidados prestados sejam de excelência. Nesse



sentido, a integração na organização, na equipa multidisciplinar e na dinâmica do contexto clínico constituiu uma forma de conhecer a realidade do bloco de partos, permitindo ajustar as actividades às condições e aos recursos disponíveis. Essa integração constituiu um alicerce facilitador para adquirir as competências necessárias para prestar cuidados especializados autónomos ou interdependentes à mulher/acompanhante e família, indo ao encontro do que planearam para o seu parto. De salientar o envolvimento da equipa multidisciplinar, e em particular da OL, que favoreceram todo o processo de integração e autonomia.

O acolhimento da mulher/grávida/acompanhante inicia-se na urgência obstétrica. A qualidade dos cuidados prestados durante a admissão poderá influenciar todo o período de internamento, sendo por isso necessário “uma atitude não de mera hospitalidade, mas inserida num contexto de mais profunda relação humana, (...) deverá ser cada vez mais uma técnica da relação humana que procura receber bem”, (CARNEIRO, 2001, p. 8). Acolher a família é uma atitude permanente, não um acto isolado, que tem como objectivo ir ao encontro do outro, para passar do estado de estranho ao de facilitador. Exige uma disponibilidade que demonstra presença e atenção constante (PHANEUF, 2005).

O EESMO é um elemento com competências específicas que lhe permitem, neste primeiro contacto, ser capaz de identificar, de forma eficaz, situações de risco materno-fetal com implicações obstétricas complexas. Exige a mobilização dos seus conhecimentos, aliados à prática, para a resolução de problemas em tempo real, contribuindo para a melhoria do bem-estar materno-fetal. As capacidades de auto-cuidado da mulher/grávida podem apresentar-se de tal maneira comprometidas que o enfermeiro tem necessidade de intervir recorrendo ao **auto-cuidado terapêutico** através dos **sistemas de apoio-educação, parcialmente compensatório** ou **totalmente compensatório**, para que os requisitos de auto-cuidado comprometidos possam ser atendidos. Devido a estas características, o serviço de admissões/urgência obstétrica foi um local que proporcionou momentos de aprendizagem e crescimento profissional. Após o **acolhimento** e a **colheita de dados**, é importante que o enfermeiro planeie e implemente os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades das famílias. O objectivo é avaliar cada situação e estabelecer prioridades, de acordo com as suas limitações. Assim podem ser identificados os



**requisitos de auto-cuidado** que necessitam ser atendidos com apoio do **auto-cuidado terapêutico**, com o objectivo de diagnosticar problemas potenciais e solucioná-los, tendo como princípio orientador o processo de enfermagem. Neste atendimento foi sempre consultado o boletim individual da grávida e resultados de exames complementares de diagnóstico, realizado o exame físico e obstétrico quando indicado e avaliado o bem-estar materno fetal, através dos meios clínicos e técnicos existentes. Durante as dezanove semanas de estágio, foi realizada a admissão e acolhimento a 46 grávidas/acompanhantes ao Bloco de Partos, tendo sido avaliados os **requisitos de auto-cuidado** e promovidas intervenções de informação, desenvolvimento e orientação de estilos de vida saudáveis ou medidas de suporte para alívio dos desconfortos durante a gravidez, revelando-se uma necessidade constante a aplicação do **sistema de apoio-educação**. 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. Foi ainda possível desenvolver competências que permitiram observar, analisar e avaliar sintomatologia de trabalho de parto e de falso trabalho de parto, problemas ginecológicos e emergências obstétricas, reconhecendo a alteração do estado clínico antes mesmo das mudanças explícitas, planeando a intervenção adequada ao momento. Ainda durante o período pré-natal, houve a oportunidade de desenvolver competências na prestação de cuidados especializados a grávidas com patologias associadas à gravidez (diabetes gestacional, pré-eclampsia, HTA, colestase gravídica, doenças respiratórias e ameaça de parto pré termo), cooperando com outros profissionais no seu tratamento (**sistema parcialmente compensatório**). Benner (2001) refere que uma das competências da enfermeira é dirigida à sua função de diagnóstico e de vigilância das situações clínicas, tendo em consideração que as margens de segurança são muitas vezes pequenas.

Em todos os procedimentos foi tido em conta o consentimento informado, respeitando a privacidade da grávida/ acompanhante, incentivando e apoiando o auto-cuidado. Foi necessária uma análise constante da actuação, de modo a identificar as vulnerabilidades e os aspectos positivos no desenvolvimento e aquisição de novas competências e as sugestões de mudança, sempre com o propósito de melhorar a qualidade dos cuidados. Neste contexto surgiu a elaboração dos diários de aprendizagem (Apêndice VI). Estes permitiram uma maior reflexão, principalmente sobre a autonomia do EESMO, que cada vez mais deve realizar as suas práticas



baseando-se nas evidências científicas. Todas as situações, mesmo as menos positivas, contribuíram para o desenvolvimento de sentido crítico, auto-reflexão e aquisição de novas competências, seguindo a premissa do Artigo 8.º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE).

**Objectivo 2 - Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os diferentes estádios do trabalho de parto e actuar em situações de emergência de forma a garantir a saúde da grávida/RN (Competência 3, OE, e Competência IV ICM):**

O acolhimento da grávida/acompanhante no bloco de partos implica, para além das competências técnicas/científicas, também 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. Durante o estágio, o acolhimento foi efectuado de acordo com as normas estabelecidas pela instituição, proporcionando um ambiente calmo e acolhedor à grávida/acompanhante, informando-os acerca de todos os procedimentos, tendo presente as suas necessidades e o respeito pela liberdade individual, pelas diferenças culturais e linguísticas, estabelecendo uma relação de empatia e de confiança, assegurando “um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto” (OE, 2010, p.5). As capacidades de comunicação, de empatia e apoio utilizadas, permitiram criar uma interacção efectiva com as parturientes, proporcionando confiança, segurança e a participação destas no processo do parto. Esta atitude da estudante permitiu a construção de uma relação terapêutica, marcando a diferença na qualidade do apoio ao TP. 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”. Saliente-se que não surgiram dificuldades nesta área, tendo este sido apontado pela orientadora local como um dos aspectos positivos do percurso de aprendizagem da estudante.

A multiplicidade de procedimentos e abordagens no cuidado à grávida/ acompanhante durante o trabalho de parto exigiu a mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos, e a revisão da literatura especializada foi uma constante necessidade ao longo do estágio. O grau de exigência para prestar cuidados especializados e a





aquisição de competências para o exercício desses cuidados revelou o início de uma nova identidade profissional. Efectivamente,

“a construção de competências é inseparável da construção de esquemas de mobilização de conhecimentos, com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma acção eficaz (...) estes esquemas internos desenvolvem-se e constroem-se em função da experiência e da prática, associados a uma postura reflexiva” (PERRENAUD, citado por PIRES, 2005, p.279).

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 (Competência I, *ICM*) quando na sua conduta profissional “actualiza os seus conhecimentos de forma a manter a sua prática actualizada” (*ICM*, 2002, p.7).

No início do ER, a estudante sentiu alguma dificuldade e preocupação em desenvolver em simultâneo várias actividades de suporte e acompanhamento do TP, possivelmente por não ter experiência profissional nesta área de cuidados e por estar afastada há algum tempo da dinâmica hospitalar.

O facto de sentir maior dificuldade em dar resposta aos aspectos técnicos de apoio ao TP, no início do estágio, levou a estudante a maior investimento nas competências relacionais, utilizando o **sistema de apoio à educação** para a saúde no primeiro estágio, e na promoção e potenciação de competências parentais no quarto estágio, orientando a mulher/acompanhante para o **auto-cuidado**, nomeadamente com “intervenções de promoção da vinculação, (...), intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno” (OE, 2010, p.5). Nesta etapa de vida, a preocupação com a transição para a parentalidade gera um período de instabilidade devido a algumas mudanças relativamente à conjugalidade, pois os papéis de ambos sofrem alterações, sendo necessário algum reforço e suporte para esta transição. ALMEIDA (2005, p.10) citando MINUCHIN (1982), refere que “a estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. Assim, perante mudanças internas e externas, de transformação, a família deverá ser capaz de se adaptar a todas estas mudanças sem perder continuidade”.



Durante os diferentes estádios do TP foi oportuno desenvolver as actividades propostas no projecto, surgindo progressivamente maior segurança e autonomia, tornando-se mais abrangente a acção na prática, contribuindo para o desenvolvimento de competências técnico-científicas, sempre firmado na experiência e sabedoria da OL. Foi necessário analisar e reflectir nas situações como um todo e não em aspectos isolados, dirigindo um processo de aprendizagem adequado a cada realidade e estruturado em conformidade com a experiência e conhecimentos. No acompanhamento e suporte ao TP foram identificadas alterações na progressão do trabalho de parto, reconhecendo possíveis desvios de saúde nos vários estádios, e realizadas intervenções adequadas a esses mesmos desvios (**sistema parcialmente compensatório**), sendo por vezes necessário referenciar situações que estavam para além da sua área de actuação (sofrimento fetal, não progressão do TP ou paragem de progressão de TP). Foram efectuadas intervenções promotoras do conforto, relacionadas com a ingestão de líquidos (situação que originou uma reflexão com a equipa de enfermagem sobre as intervenções de rotina em obstetrícia – Diário de Aprendizagem II, ver apêndice VI) e asseguradas medidas de controlo da dor, recorrendo a estratégias não farmacológicas - aprendidas durante sessões lectivas teóricas, e quando prescrito, apoio farmacológico, segundo os critérios de avaliação da Competência 3 da OE (2010, p.5) “coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”.

A avaliação da estática fetal, a identificação da apresentação, da variedade, do grau de descida na bacia e encravamento do feto foram efectuados nesta fase com maior segurança. Foi avaliada a frequência cardíaca fetal e suas características, bem como a dinâmica uterina. Foi efectuado exame vaginal com rigor, reconhecendo as características do colo, avaliando a integridade das membranas ou as características do líquido amniótico. A amniotomia foi um recurso utilizado apenas quando necessário, respeitando o ritmo e duração do TP. No entanto, sempre que se justificou a sua realização, foi efectuada progressivamente com maior destreza, avaliando e interpretando sempre os dados do bem-estar fetal. Este percurso do estágio salientou-se pelo desenvolvimento de competências técnico-científicas no cuidado especializado à grávida, nomeadamente na avaliação do “bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2010, p.4). Neste contexto, foi efectuada



vigilância e prestados cuidados obstétricos a 115 parturientes, durante as 19 semanas de estágio.

Salienta-se a realização do **parto eutócico** de forma autónoma a 41 parturientes, experiência gratificante que progressivamente se foi tornando não apenas um momento de aquisição de novas competências mas também de partilha de emoções com o casal, apoiando-os, encorajando-os e elogiando o seu desempenho. Neste contexto foram-se estabelecendo “intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto” (OE, 2010, p.5), culminando com a aplicação de “ técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (OE, 2010, p.5). Sempre que possível, facilitou-se o corte do cordão umbilical pelo acompanhante, privilegiado o contacto pele a pele do recém-nascido com a mãe e promovido o aleitamento materno, contribuindo assim para o estabelecimento da vinculação entre a díade/tríade.

No terceiro estágio do trabalho de parto foram avaliados os sinais iminentes de dequitação, avaliada e promovida a formação do globo de segurança de Pinard, administrando terapêutica adequada e quantificadas as perdas hemáticas. Foi possível observar descolamentos da placenta do tipo Duncan e Schultze. Em todos os partos realizados, houve uma preocupação constante em proteger a região perineal, tendo sido intencional recorrer o menos possível à episiotomia (dos 41 partos realizados, 12 parturientes mantiveram períneo íntegro e 15 parturientes foram sujeitas a episiotomia). Nas restantes situações aconteceram pequenas lacerações (de grau I - 9 e de grau II - 5). As técnicas de reparação do canal de parto foram executadas sem grande dificuldade, excepto algumas situações com características anatómicas particulares, referenciando esses casos como está preconizado pela OE (2010, p.5) quando diz que o EESMO “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação”.

No puerpério imediato, houve a preocupação de felicitar e elogiar os pais pelo seu desempenho, favorecendo um clima de harmonia e segurança, tornando o momento do nascimento uma experiência positiva e gratificante. Foram desenvolvidas competências na avaliação puerperal, identificando sinais e sintomas de risco no pós-parto, tendo sido utilizado **sistema de apoio-educação** para a vigilância de saúde da puérpera e do recém-nascido.



O momento do parto foi vivido com emoção, especialmente o nascimento do bebé. Foi necessária uma aprendizagem progressiva, visto ser uma experiência nova. A aquisição de competências nesta área conduziu a um crescimento pessoal e profissional, orientando para uma nova relação com a prática e abrindo espaço a uma nova experiência com o cuidado especializado. Como refere BENNER (2001) quando vivenciamos situações que ultrapassam os nossos meios de compreensão e de abordagem, descobrimos um domínio virgem onde a aprendizagem é necessária, contribuindo e valorizando para o desempenho de novas competências profissionais. Todo o percurso efectuado foi muito gratificante, pois de imediato é recebido *feedback* da grávida/acompanhante/família, pelos cuidados individualizados, pelo atendimento às necessidades emocionais, pelo apoio e incentivo ao **auto-cuidado** e empoderamento durante o trabalho de parto. Ao alcançar este objectivo foi adquirida uma competência que representa a dimensão do respeito pelo parto natural. A finalidade foi promover a autonomia do casal, tornando-os os protagonistas deste processo, estando sensível às suas necessidades não só físicas mas essencialmente emocionais, não tornando assim prioritárias as intervenções técnicas.

**Objectivo 3 - Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/optimização à vida extra-uterina** (Competência 4, OE; Competência V, ICM).

As competências inatas do RN facilitam a comunicação e a interacção com a mãe, o com pai e com o meio que o rodeia. Foi uma preocupação constante proporcionar momentos facilitadores da **vinculação mãe-filho** facultando o contacto pele a pele durante o máximo tempo possível, permitindo a construção emocional entre a nova família, mantendo e garantindo a estabilidade do recém-nascido (assegurando a permeabilidade das vias aéreas e avaliando o índice de Apgar).

Cruz *et al* (2007) descreve que os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido longe do campo visual dos pais provocam medo e sensação de separação, interferindo negativamente no contacto inicial e no desenvolvimento do vínculo precoce.

Enquanto enfermeira responsável pelo recém-nascido, houve a preocupação de promover um ambiente caloroso e tranquilo, desenvolvendo intervenções de avaliação física e sensorial para detecção de anomalias aparentes, realizando as medidas



profiláticas protocoladas e promovendo o aleitamento materno, assegurando assim “a avaliação mediata do recém-nascido, implementando medidas de suporte à vida extra-uterina” (OE, 2010, p.5). As intervenções nesta fase tiveram em conta **o sistema parcialmente compensatório e o de apoio-educação**.

Na continuidade de aquisição de **competências** em cuidados especializados ao recém-nascido, decorreu uma semana de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do referido hospital. O objectivo principal foi a observação participativa dos cuidados prestados pelos enfermeiros da unidade ao recém-nascido prematuro e sua família. O acompanhamento nestes cuidados permitiu desenvolver competências na parceria de cuidados com a família, promovendo um espaço de escuta, permitindo a manifestação de sentimentos, angústias e medos, de modo a minimizar os riscos à vinculação e favorecer as competências parentais, seguindo o que está preconizado pela OE (2010, p.6) “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido”. Foi estabelecido um processo de empatia e confiança, de respeito pelos valores e cultura da família, utilizando o **sistema de apoio-educação**, com objectivo final de promover auto-cuidado e uma boa interacção da tríade (Apêndice IV, Diário de Aprendizagem I).

O objectivo seguinte está relacionado com o objecto de estudo:

Objectivo específico - **Promover a Liberdade de Movimento e Posições durante o trabalho de parto e parto, segundo as orientações das Práticas Demonstradamente Úteis, como recomendado pela OMS**

A comunicação interactiva estabelecida com a grávida/ acompanhante, com presença e **suporte contínuo** durante o trabalho de parto, foi uma intervenção considerada indispensável em todas as situações acompanhadas. A atitude empática e de respeito ajudou a evitar o medo e a tensão, considerando as suas opiniões, preferências e necessidades, beneficiando deste modo os resultados do processo do trabalho de parto e favorecendo a relação de confiança.

Ao cuidar da grávida/acompanhante foi estabelecida uma parceria no processo de cuidados, com o intuito de tornar o trabalho de parto uma experiência o mais agradável



e satisfatória possível, estimulando a participação da família e diminuindo a ansiedade natural da grávida (**sistema de apoio-educação, parcialmente compensatório**).

Os cursos de preparação para o nascimento/parentalidade conferem às grávidas/acompanhante competências facilitadoras do parto natural. Das grávidas acompanhadas várias mostraram-se conhecedoras de estratégias não farmacológicas no alívio da dor. O incentivo para o uso mais eficaz dessas técnicas foi uma constante, tendo o cuidado de promover suporte ao acompanhante para que se sentisse participativo e útil, constituindo um estímulo para impulsionar o auto-cuidado da grávida (**sistema de apoio-educação**). A todas as grávidas foi proporcionada liberdade de movimentos, nomeadamente a deambulação, o uso da bola de parto e outras posições verticais (sentada, cócoras, ...), incentivando o acompanhante a colaborar neste processo.

Fisiologicamente é melhor para a grávida manter-se em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se mais eficazmente, sendo a dor menor, o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta mais abundante e o trabalho de parto mais curto (LOWDERMILK e PERRY, 2006).

As grávidas foram incentivadas a caminhar durante o trabalho de parto (quer na fase latente, quer na fase activa, desde que reunidas as condições de segurança), podendo utilizar o seu quarto mas também um outro espaço chamado “corredor de deambulação”, voltando para a cama para repousar quando necessitavam. As intervenções de enfermagem desenvolvidas tiveram em conta a perspectiva de **auto-cuidado** da grávida/acompanhante e a sua motivação, tendo por base os **requisitos de auto-cuidado** que necessitavam de apoio e orientação.

O comportamento das grávidas relativamente a esta prática apresentou uma adesão muito positiva. O apoio e suporte permanente da estudante EESMO à grávida/casal durante o 1º e 2º estágio do trabalho de parto, estimulando e oferecendo orientações sobre todo processo, favoreceu a deambulação, pois muitas vezes as grávidas manifestaram desconhecimento da possibilidade de liberdade de movimento, pensando não existir permissão para saírem da cama.

Quando as parturientes eram submetidas a indução do trabalho de parto, permaneciam deitadas as duas horas necessárias no início da indução. Algumas destas parturientes entravam em ansiedade e agitação, situação que ia piorando ao longo do tempo de indução, sendo necessário intervir, oferecendo apoio emocional .





Quando submetidas a analgesia epidural, as grávidas permaneciam mais tempo na cama. Houve casos em que as grávidas desejaram ficar em posição vertical utilizando a bola de parto, referindo sentirem-se mais confortáveis nessa posição (**sistema parcialmente compensatório**).

As condições do espaço físico foram favoráveis à liberdade de movimento e posições, facilitando o uso de posições verticais mais variadas.

As posições verticais (andar a pé, estar sentada ou de cócoras) apresentam vantagens durante o trabalho de parto, tanto de conforto, de eficácia das contracções, como na descida do feto, acelerando o trabalho de parto (SIMKIN e ANCHETA, 2000). Sempre que foram encontradas condições, desenvolveram-se **intervenções de apoio e orientação** à grávida/acompanhante de forma a permitir que adoptassem as diferentes posições verticais de acordo com as suas preferências de bem-estar.

Todas as orientações de liberdade de movimento e posições sugeridas e utilizadas pela grávida/acompanhante tiveram em atenção o estágio de trabalho de parto, para que favorecesse o apagamento, dilatação e descida do feto no canal de parto. Houve o cuidado de explicar o objectivo de cada procedimento, sendo realizadas exemplificações de alguns movimentos e posições verticais utilizando a bola de parto para favorecer o bem-estar materno-fetal (**sistema de apoio-educação**).

Durante o TP as grávidas experimentaram posturas diferentes, alternando-as, de acordo com a sua vontade. Utilizaram a bola de parto permanecendo sentadas, promovendo o movimento dos membros inferiores e da pelve. Ainda realizaram exercícios de propulsão (baixa/levanta) que consistiam de movimento vertical para promover movimentos da pelve, favorecendo a descida da apresentação fetal e diminuindo a tensão muscular da região perineal durante o trabalho de parto. O balanço pélvico, movendo a pelve no sentido rotatório, também foi efectuado para aliviarem a tensão, a dor e auxiliar na rotação interna da cabeça fetal (CARRIÈRE, 1999).

A vigilância de todas as grávidas foi realizada, com registos de avaliação da progressão do trabalho de parto em partograma, considerando-o um instrumento de trabalho útil na vigilância do trabalho de parto com evolução fisiológica normal, ajudando a orientar para o diagnóstico de desvios da normalidade. O que alertava para o uso de condutas de correcção desses desvios, evitando intervenções



desnecessárias. Algumas situações foram corrigidas e facilitadas com a posição de cócoras na progressão do 2º estágio.

Baseada em evidências científicas, a OMS (1996) recomenda que a parturiente não seja colocada em posição supina durante o TP e o parto, considerando esta posição como prejudicial ou ineficaz. No entanto, deve ser oferecida à parturiente a liberdade de escolha sobre a posição em que deseja parir.

Em todos os partos realizados no local do estágio, a posição adoptada no momento do parto pelas parturientes foi a posição de litotomia. Este aspecto do percurso de aquisição de competências específicas foi considerado decepcionante, pois houve sempre a expectativa de que uma das parturientes escolhesse uma posição diferente. Aquela posição é aceite por parte das grávidas como uma rotina normal, como a mais provável para o parto e para a qual precisa de ajuda por parte dos profissionais. Embora não haja limitações aparentes à liberdade de movimentos durante o trabalho de parto não parece haver ainda, por parte da instituição, disponibilidade para que o EESMO tome iniciativa para a realização do parto em posição vertical ou lateral. A natureza de interdisciplinaridade torna complexo o processo de mudança de práticas e a própria inexperiência de profissionais EESMO em realizar partos em posições que não em litotomia, torna a sua actuação mais prudente. Paralelamente a esta situação, é necessário promover nos programas de preparação para o parto uma melhor orientação sobre o parto fisiológico e liberdade de posições, permitindo que as mulheres possam tomar decisões informadas e esclarecidas sobre as posições de parto e assumam a que lhe proporcionar maior conforto naquele momento.

Durante o estágio houve sempre o cuidado de transmitir e analisar qualquer tomada de decisão com a OL, relativamente a todas as acções desenvolvidas. A orientação recebida foi facilitadora para desenvolver as actividades propostas, relativamente à liberdade de movimentos e posições da grávida, pois a atitude da orientadora centra-se nos aspectos fisiológicos do parto normal, promovendo-os sempre que possível. Foi um privilégio tê-la como orientadora e mentora, pois contribuiu para uma melhor aprendizagem e crescimento profissional, impulsionando o desenvolvimento de competências nesta área do saber-fazer, como pode ler-se no documento da avaliação de Estágio com Relatório (Anexo II). O esclarecimento de dúvidas e partilha de opiniões com a enfermeira orientadora e restantes elementos da equipa multidisciplinar constituíram um suporte fundamental no aperfeiçoar de competências.





Por proposta da Enf.<sup>a</sup> Chefe e para dar resposta a uma necessidade do serviço, foi apresentada uma acção de sensibilização sobre a temática das Práticas Demonstradamente Úteis preconizadas pela OMS, (neste caso específico a liberdade de movimento e posições), à equipa de enfermagem do bloco de partos (Apêndice III). A realização desta sessão foi importante pois permitiu um momento de reflexão e troca de experiências, contribuindo para uma maior atenção a esta temática. Na continuidade desta formação e como contributo para a sensibilização das grávidas/acompanhantes, foi elaborado um poster alusivo à liberdade de movimento e posições durante o trabalho de parto (Apêndice III). Este foi oferecido ao serviço, para a colocação de uma cópia em cada sala de parto, como complemento à informação oral transmitida pelo EESMO sobre a temática apresentada.

Apesar de esta actividade não ter sido inicialmente planeada teve um contributo positivo, valorizando a área da formação, firmando assim o que está definido como **competências comuns** do enfermeiro especialista no âmbito do exercício profissional (OE, 2010).

No intuito de adquirir novas competências no acompanhamento do TP, frequentou o 1º Curso Teórico “Parto na Água” que decorreu de 19 a 21 de Maio de 2011, no Centro Hospitalar de Setúbal. A iniciação a este modelo constituiu uma mais-valia no processo de aprendizagem, reconhecendo-o como uma ferramenta útil relativamente à liberdade de movimentos da parturiente (Anexo III).



## PARTE III - METODOLOGIA

### 1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O conhecimento científico necessita de rigor e exactidão avançando pela observação fidedigna, sistemática e, tanto quanto possível, rigorosa dos fenómenos naturais. A investigação científica facilita a aquisição de novos conhecimentos, sendo um instrumento de base científico, indispensável para guiar a evolução da prática de cuidados (FORTIN, 1999).

No início do relatório foi traçada uma problemática de partida para a qual se procura uma resposta, utilizando nesta fase metodológica a Revisão Sistemática de Literatura (RSL), que consiste num método rigoroso de procura e selecção de estudos, apreciação da sua validade e interpretação dos dados resultantes. A informação científica encontrada neste método apresenta algumas vantagens que se relacionam com a “prática baseada na evidência, a promoção e actualização dos profissionais de saúde e a síntese de um amplo corpo de conhecimentos” (GALVÃO *et al*, 2004, p.550).

A validação da qualidade metodológica de cada artigo de pesquisa requer o trabalho de pelo menos dois investigadores, apresentando “uma soma das evidências relacionadas a uma estratégia específica de intervenção, mediante a aplicação sistematizada de (...) valorização, apreciação crítica e síntese das informações seleccionadas” (SAMPAIO e MANCINI, 2007, p.79).

Para se realizar uma RSL é necessário seguir um protocolo com diversas etapas. Este inicia-se por uma pergunta clara, seguindo-se a definição de uma estratégia de busca, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos e, acima de tudo, uma análise criteriosa da qualidade da literatura seleccionada, comparando resultados e evidenciando afinidades e disparidades (SAMPAIO e MANCINI, 2007).

A revisão da literatura realizada neste relatório não é sistemática mas sistematizada, visto não ter a exigência de esgotar a pesquisa em todas as bases de dados e ainda por se tratar de um trabalho individual.

Para a etapa inicial, é definida a questão de pesquisa que serve de base ao estudo - “uma pergunta claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para



identificar, seleccionar e avaliar as pesquisas relevantes, colectar e analisar dados de estudos incluídos na revisão” (CLARK e HONTON, 2001, citados por CORDEIRO, 2007, p.429).

Assim, de forma a escolher o tema de interesse para o estudo que caracteriza o trabalho de parto e responder ao objectivo delineado, apresenta-se a seguinte questão de partida, que atende aos critérios do formato PICO:

**Qual o efeito (Outcome), das intervenções do EESMO facilitadoras da liberdade de movimento e posições (Intervention), nas parturientes (Population)?** Definida a questão tendo em conta o objecto de estudo, foi efectuada uma pesquisa em bases de dados electrónicas, na EBSCO em geral e, em particular na CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, British Nursing Index. Foi feita selecção de artigos com texto integral (Abril/2011), publicados entre 01/Abril/2005 até 01/Abril/2010. As palavras-chave utilizadas foram: parto; liberdade de movimento e posições; enfermeiro; parturiente. Estas foram validadas pelos **descritores**: *Obstetric nursing; Patient Positioning; Second Labor Stage; Birthing Positions; Positions; Management of Labor; Delivery, Obstetric nursing.*

Desta revisão obteve-se um total de 207 artigos. Como critérios de inclusão, consideraram-se os artigos publicados e disponíveis em *full text* nas bases de dados acima referenciadas com recurso a metodologia qualitativa, quantitativa ou revisão sistemática da literatura, ter sido publicado em português, inglês ou castelhano, a partir do ano de 2005, sendo o objecto de estudo o efeito das intervenções dos EESMO facilitadoras da liberdade de movimento e posições nas parturientes durante o trabalho e parto. Foram excluídos todos os artigos com metodologia pouco clara, que estivessem repetidos nas duas bases de dados e todos aqueles sem relação com o objecto de estudo. Para tornar perceptível e transparente a metodologia utilizada, especifica-se que se obteve uma listagem dos 207 artigos, que após leitura e análise dos resumos ficaram reduzidos a 21 artigos. Após uma leitura integral dos mesmos, a amostra ficou reduzida a 5 estudos que apresentam resultados pertinentes - estes constituíram a base dos resultados apresentados.

Desta forma, apresenta-se um quadro com a descrição dos estudos (Quadro 1- Caracterização da Revisão Sistematizada da Literatura). Para melhor compreensão



dos resultados e sua avaliação, o Quadro 1 foi construído com referência ao estudo (autor, título, ano e local de publicação), tipo de estudo, amostra, palavras-chave, objectivos e resultados. Dos estudos seleccionados, quatro são provenientes dos EUA e um da Austrália, cumprindo os critérios de inclusão. Fez-se ainda uma breve discussão destes resultados a fim de facilitar a sua articulação na Parte IV do trabalho (Apêndice IV).

A Revisão da Literatura permite responder a necessidades e questões levantadas pelas ciências de enfermagem possibilitando “identificar os efeitos benéficos e nocivos de diferentes intervenções da prática (...) e identificar áreas que necessitam de futuras pesquisas”, pelo que é “um recurso valioso de informação para a tomada de decisões” (GALVÃO *et al*, 2004, p.550). Contudo, as mesmas autoras referem desvantagens, pois “consome muito tempo (...) envolve um trabalho intelectual grande” (2004, p.555).



**Quadro 1**  
**Caracterização da Revisão Sistemática da Literatura**

AUTORES TÍTULO/ ANO LOCAL	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	PALAVRAS CHAVE	OBJECTIVOS	RESULTADOS/OUTCOMES
Gennaro, S., Mayberry, L., e Kafulafula, U.  2007  EUA  <i>The evidence supporting nursing management of labor</i>	Revisão Sistemática Da Literatura    Revisão narrativa	1.500 entrevis- tados	Admissão; Evidência; Trabalho de parto; Enfermeiros	Instruções para alcançar a mudança e progresso em direção à prática em tempo útil. São cinco áreas em que há investigação sobre as preferências da parturiente: incluem gestão na admissão; progressão durante o 1º estágio do trabalho parto, monitorização fetal, cuidados e conforto durante a prática do trabalho parto e da gestão do 2º estágio	A natureza interdisciplinar do trabalho de parto e controvérsias sobre a melhor forma de responder às preferências da paciente torna o processo de mudança da prática complexa. Existem evidências excelentes de que, assumindo posições verticais durante o segundo estágio, são benéficas para o trabalho de parto. Mulheres com anestesia epidural não tem dificuldade em assumir posição vertical durante o segundo estágio do trabalho parto. Posições verticais não estão relacionadas com qualquer resultado negativos fetais ou neonatais. Os efeitos positivos podem incluir uma redução em hemorragia perineal. Menor duração do trabalho de parto na segunda fase em mulheres que usavam posições verticais. Mais uma vez, dado os mínimos riscos inerentes ao posicionamento vertical, e os benefícios identificados, os enfermeiros podem justificar mudança da prática para promover as posições verticais, mas de acordo com as preferências das próprias parturientes. A natureza interdisciplinar do trabalho de parto e controvérsias sobre a melhor forma de responder às preferências do paciente torna o processo de mudança da prática complexa. São necessárias mais pesquisas sobre a forma de mais rapidamente adoptar e, em seguida, sustentar as mudanças das práticas recomendadas.
Romano, A. Lothian, J.  2008  EUA  <i>Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence.</i>	Revisão Sistemática Da Literatura    Revisão em 63 artigos		Apoio ao trabalho de parto; Intervenção obstétrica; indução do parto; trabalho de parto espontâneo; Amamenta- ção;	Promover nascimento fisiológico: evitar indução medicamente desnecessária do TP, permitir a liberdade de movimento para a parturiente, proporcionar suporte contínuo do TP, evitar intervenções de rotina e restrições, incentivar posições não supina, esforços expulsivos espontâneo e manter mães e bebês juntos após o nascimento, sem restrições sobre o aleitamento materno.	As enfermeiras estão em condições privilegiadas de fornecer esses cuidados e práticas para ajudar as mulheres grávidas a fazer escolhas informadas baseadas em evidências. A evidência sugere que a interferência com o processo fisiológico normal de parto e nascimento aumenta o risco de complicações para mãe e bebê. Respeitando a fisiologia básica do trabalho de parto e parto e permitindo que se desdobrem sobre seus próprios meios interferindo menos com as mulheres. Com maior autonomia, as mulheres vão escolher uma variedade de movimentos para lidar com o trabalho parto. Em pé, caminhando, balançando de forma rítmica, inclinando-se, e assumindo a posição de mãos e joelhos são exemplos de movimentos espontâneos que as mulheres instintivamente usam em resposta a sensações de dor ou outros durante o trabalho parto. Este pode progredir mais eficientemente quando a mulher responde a estímulos de seu próprio corpo, assumindo uma posição vertical ou mudança de posição com frequência. Efeito da liberdade de movimento em trabalho de parto constatou que as políticas de incentivo de liberdade de movimento ou posições, ou ambos, em trabalho de parto podem resultar em trabalhos mais curtos, aumento da contractilidade uterina, maior conforto, e redução da necessidade de alívio da dor farmacológica. Significa simplesmente estar com as mulheres, respondendo às necessidades que são emocionais e físicas, não. Intelectuais, técnicos ou médico. As mulheres precisam saber mais sobre o nascimento fisiológico normal. O ensino formal e informal deve salientar que o nascimento deve acontecer de forma simples e sem desgaste ou perigo. Nosso ensino deve reflectir melhor evidência ao invés do cardápio de opções disponíveis no hospital.



**Quadro 1(continuação)**  
**Caracterização da Revisão Sistematizada da Literatura**

AUTORES TÍTULO /ANO LOCAL	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	PALAVRAS CHAVE	OBJECTIVOS	RESULTADOS/OUTCOMES
Soong, B., & Barnes, M.  2005  Austrália  <i>Maternal position at midwife- attended birth and perineal trauma: is there an association?</i>	Quantitati vo Prospecti vo	3.756 Partos eutócicos de um hospital de ensino público foram elegíveis para análise	Parteira Postura Os métodos de parto, Obstétrica Complicaçõ es do Trabalho de Parto prevenção e controle Períneo /Lesões.	Analisar a associação entre a posição materna no parto e os resultados do períneo em mulheres que foram assistidas por uma parteira, parto eutócico e que tiveram uma gravidez sem complicações e a termo.	A maioria das mulheres (65,9%) teve partos na posição semi-deitada. Das 1.679 mulheres (44,5%) necessitaram de sutura do períneo, a posição semi-deitada foi associada com a necessidade de sutura do períneo, enquanto a posição dos quatro membros foi associada com menor necessidade de suturas; estas associações foram mais acentuadas nos primeiros partos vaginais e no recém-nascido peso superior a 3.500 g. Quando a anestesia regional foi utilizada, a posição semi-deitada foi associada a uma maior necessidade de sutura, a posição lateral associada a uma menor necessidade de sutura. Os quatro principais factores que estão mais relacionados ao trauma perineal são: primeiro parto vaginal, o uso de anestesia regional, cabeça do RN não flectida e peso do RN superior a 3.500 g. A Mulher deve ser dada a opção de parir em qualquer posição que ache confortável. Os profissionais têm a responsabilidade de informar as mulheres sobre o risco de trauma perineal relativamente à posição de parto.
Stark, M., Rudell, B., & Haus, G.  2008  EUA  <i>Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study.</i>	Qualitati vo  Descritivo  Observaci onal	7 grávidas que pretendiam usar hidroterapia no trabalho de parto pré	Conforto, Coping, Hidroterapia  Trabalho de parto, A dor do parto, Movimento, Parto normal, Posições, Parto na Água.	Observar e descrever as posições e movimentos que as mulheres escolhem quando imersas em água, durante o 1º estádio do trabalho parto.	Apenas 3 das 7 participantes trabalharam na banheira. As mulheres demonstraram uma maior variedade de posições e movimentos na banheira do que na cama, tanto na primeira fase do TP com ao longo do mesmo (7-10 cm de dilatação). As mulheres tiveram mais contrações e fizeram mais movimentos rítmicos enquanto na banheira do que na cama. A hidroterapia pode incentivar posições verticais e movimentos que facilitam a lidar com o progresso de trabalho de parto, auxiliando as mulheres a evitar intervenções desnecessárias.
Bianchi, A., & Adams, E.  2009  EUA  <i>Labor support during second stage labor for women with epidurals.</i>		Revisão Sistemática da Literatura	Epidural; 2º estádio trabalho parto; Métodos de apoio ao trabalho de parto; posicionam ento da parturiente.	O aumento competências das parteiras que apoiam as mulheres com analgésica epidural durante o segundo estádio do trabalho de parto	As mulheres que elegem a anestesia epidural para seu trabalho de parto apresentam necessidades diferentes do que as mulheres que dão à luz sem anestesia regional. Posicionamento correcto durante o segundo estágio do trabalho de parto aumenta o conforto da parturiente, e tem a capacidade de promover a rotação e descida fetal. A parteira busca diminuir as barreiras que podem surgir, procurando promover as posições verticais e frequentes mudanças de posição. Algumas barreiras foram por razões maternas, tais como fraqueza de membros inferiores, fadiga e passividade geral, que por sua vez levaram as mulheres a recusar alterações de posição. Posições verticais, tais como cócoras, em pé ou sentada, durante o segundo estágio do de trabalho de parto para uma mulher com uma epidural têm sido associados a uma maior participação no processo de nascimento. Benefícios de posições verticais incluem o aumento da satisfação com o processo do parto e diminuição da dor durante o momento do nascimento, podem igualmente desempenhar um papel na eficácia das contrações. Posição lateral Sims é considerada neutra em termos de gravidade e isso alivia a pressão sobre região sagrada, aumenta o controlo sobre o esforço expulsivo, pode diminuir a possibilidade de lacerações perineais recomendada para facilitar a rotação anterior da cabeça fetal. Durante o parto a parteira ganha satisfação em contribuir para a confiança da mulher em trabalho de parto, mais autónomo e sentimento de capacitação.



## 2. NOTAS DE CAMPO

Tendo a revisão da literatura sido uma ferramenta básica no desenvolvimento deste estudo, foi ainda sentida a necessidade de se completar o trabalho de campo com dados da observação da prática diária. Os períodos de observação permitiram elaborar um conjunto de notas, onde se registaram observações factuais, dúvidas, ideias e impressões diversas. A construção das notas de campo (NC) teve em consideração uma descrição objectiva e cronológica dos eventos e diálogos decorrentes da interacção com a grávida/casal. BOGDAN e BIKLEN (1994, p.152) descrevem as notas de campo como “o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e reflectindo sobre os dados de um estudo (...), podem ainda ser um suplemento importante a outros métodos de recolha de dados”.

Estas notas revelam-se de grande utilidade pois “consistem em dois tipos de materiais, o primeiro é descritivo (...), o outro é reflexivo” (BOGDAN e BIKLEN, 1994, p.150). A parte descritiva representa o melhor esforço do investigador em registar de maneira mais objectiva o que decorreu, enquanto a reflexiva se refere mais às suas ideias e preocupações. A sua informação foi considerada útil e auxiliando na reflexão e clarificação do estudo sobre os efeitos das intervenções do EESMO na liberdade de movimento e posições das parturientes, pelo que se incluem as notas de campo no Apêndice V.

Analisando as notas de campo salientam-se como principais ideias:

- Existem grávidas que aguardam a informação e o apoio dado pelo EESMO como o incentivo para a liberdade de movimento e mudança de posições;
- Algumas grávidas mostram interesse em deambular e movimentarem-se ao longo do trabalho de parto, procurando por elas próprias posições de conforto e alívio da dor;
- As grávidas que deambularam mostraram-se satisfeitas por encontrar diferentes posições de conforto;



- Algumas grávidas procuraram utilizar a bola de parto existente no serviço como meio alternativo à posição de permanecer deitadas, referindo conforto durante a utilização da mesma;
- As grávidas que frequentam cursos de preparação para o nascimento e parentalidade mostraram-se mais receptivas para a possibilidade de movimento e posições durante o trabalho de parto, procurando sempre apoio e esclarecimento por parte do EESMO;
- No momento do parto, a posição assumida é a de litotomia, e nenhuma grávida solicitou uma posição diferente nesse momento;
- A autonomia mostrada pelo EESMO e o suporte e estímulo fornecidos durante o trabalho de parto são valorizados e reconhecidos pela mulher/casal.





## PARTE IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 1. ANÁLISE DA PRÁTICA E DAS CONCLUSÕES DA REVISÃO

Pretende-se neste capítulo analisar os resultados obtidos através da revisão da literatura e relacioná-los com as principais actividades desenvolvidas durante o estágio, visando compreender e responder à questão do estudo traçada para este trabalho. De forma clara e singular a estudante procura reflectir sobre o seu percurso de aprendizagem, focando as principais estratégias utilizadas e competências adquiridas e desenvolvidas à luz do modelo teórico de Dorothea Orem.

Actualmente, as grávidas procuram um parto satisfatório e que lhes proporcione uma experiência positiva. É responsabilidade do EESMO saber valorizar o instintivo e a força que todas as mulheres têm dentro de si, promovendo segurança, autonomia, confiança e qualidade na experiência que desejam. Para Colman e Colman (1994), a experiência do parto não é simplesmente um processo fisiológico, ela está envolvida pelo contexto social e cultural que influencia a percepção individual física e psicológica da mulher, redefinindo a sua identidade. Esta realidade requer da parte do EESMO uma globalidade de saberes e conhecimentos que lhe permitam compreender os factores que estão interligados no momento do parto e que interferem no comportamento da parturiente.

Segundo Benner (2001, p.31):

“as enfermeiras nunca puseram, seriamente, por escrito os resultados das aprendizagens ao longo da sua própria prática (...). O facto de não termos relatado o que fizemos e observamos sobre o terreno, privou a teoria em Ciências de Enfermagem daquilo que é a especificidade e a riqueza do conhecimento contido na prática clínica”.

Presentemente é perceptível uma mudança nas práticas que favorecem o trabalho de parto normal, estando os enfermeiros a procurar desenvolver um atendimento à grávida/acompanhante/família baseado na evidência científica, procurando eliminar práticas que são ineficazes ou prejudiciais. Pelas competências específicas que lhe estão atribuídas, cabe ao EESMO a responsabilidade de introduzir e implementar os benefícios do parto normal, privilegiando um atendimento em que a parturiente é vista de forma individual e integral, respeitando as suas crenças, valores e diferenças



culturais. Os factores que influenciam a **mudança nas práticas de cuidados** de uma forma positiva, estão actualmente representados na evolução trazida pelo desenvolvimento da investigação nas ciências de enfermagem e a transformação do pensamento social relativamente ao modo como observa o cuidado em saúde (GENNARO, MAYBERRY, e KAFULAFULA 2007), colocando a formulação e a execução das intervenções às parturientes numa dimensão do cuidado mais humanizado.

A vigilância pré-natal e o conhecimento dos **requisitos** de cada grávida/casal (segundo Orem), permitem ao EESMO o estabelecimento de uma relação de confiança, abertura e compreensão com o objectivo de proporcionar o máximo bem-estar e promover o **auto-cuidado** da grávida/família.

Para orientar e estimular a grávida a adoptar uma atitude mais participativa durante o trabalho de parto, é importante que no acompanhamento pré-natal existam programas de preparação para o nascimento e parentalidade que contenham informações e orientações realistas e viáveis sobre o movimento e as posições possíveis durante o TP, para que as grávidas se possam exercitar antes do parto (NC 2) e conhecer o bem-estar que essas variações posicionais lhes podem proporcionar durante a gravidez e o TP, como é evidenciado por uma grávida ao referir “a bola é muito agradável e ajuda a passar este tempo, sinto-me muito bem quando estou aqui sentada” NC 4.

No entanto o tipo de local/instituição onde o enfermeiro desenvolve a sua prática determina com frequência a capacidade de introduzir **mudanças** no acompanhamento ao parto normal, vendo a sua implementação dificultada devido a uma concepção errada mas persistente dos limites e diferenças interdisciplinares entre os vários grupos profissionais (NC 5) e às políticas hospitalares (GENNARO, MAYBERRY e KAFULAFULA, 2007; ROMANO e LOTHIAN, 2008). A humanização dos serviços de saúde passa por dar maior liberdade de escolha à mulher, acompanhante e família no processo de parto. Sendo o desempenho das funções da equipa de saúde baseado na empatia, compreensão e respeito pelas decisões das parturientes/família, dando-lhes toda a informação de forma clara e precisa, responsabilizando-os pela manutenção da sua própria saúde e potenciando a sua autonomia e bem-estar (**sistema de apoio-educação**), este contexto foi experienciado durante a prática do estágio, como referido nas NC 2, 4 e 5. Neste percurso, manifestou-se a capacidade do enfermeiro responder às solicitações, orientando, supervisionando e liderando os processos de adaptação da



parturiente/família, na perspectiva de favorecer mudanças de comportamento para aquisição do **auto-cuidado**, promovendo um parto normal.

Romano e Lothian (2008) apoiam seis práticas, sustentadas na evidência científica, para promover o parto normal nas quais se inclui **a liberdade de movimento e posições** durante o trabalho de parto. Referem que os benefícios diminuem o tempo do trabalho de parto, favorecem a descida do feto, melhoram a contractilidade uterina e o fluxo materno/placenta/feto, favorecendo a melhoria do conforto e a capacidade da parturiente lidar com a dor. Na **posição vertical** referem não se verificar efeitos materno-fetais adversos. Segundo estes autores, os enfermeiros podem justificar com segurança a **mudança das práticas** para promover a liberdade de movimento e as posições verticais, mas de acordo com as preferências das próprias parturientes. As mulheres devem ser encorajadas a assumir qualquer posição que considerem mais confortável, evitando longos períodos em posição supina “para não interferir com o fluxo sanguíneo útero-placentar” (ENKIN *et al*, 2000). Quando entregues à sua intuição e liberdade, vão escolher uma variedade de movimentos e posições para lidarem com o trabalho de parto (ROMANO e LOTHIAN, 2008; STARK, RUDELL e HAUS, 2008; SOONG e BARNES, 2005). Outras autoras também referem que com o aumento da produção das endorfinas, as parturientes ficam mais receptivas a responder às mensagens interiores do seu corpo, procurando as posições que lhes são agradáveis, encontrando o seu ritmo e os seus próprios mecanismos de empoderamento. Relativamente às NC 1, 2 e 3, pode perceber-se o interesse que essas parturientes mostraram em deambular e procurar posições que aumentassem a sua tolerância à dor e o conforto durante o trabalho de parto. As intervenções de enfermagem desenvolvidas com as parturientes/acompanhantes tiveram em conta a perspectiva de **autocuidado** e a sua motivação, tendo por base os **requisitos de auto-cuidado** que necessitavam de apoio e orientação, recorrendo-se com frequência ao **sistema de apoio-educação**. Proporcionar o uso da bola de parto e outras posições verticais (sentada, cócoras,...), incentivando o acompanhante a colaborar neste processo, é uma intervenção que exige disponibilidade e suporte contínuo do EESMO, transformando cada momento numa relação terapêutica, de ajuda, confiança e interesse pelo bem-estar da parturiente/acompanhante. São as competências relacionais demonstradas pelo EESMO durante este processo de socialização com a parturiente/acompanhante que estabelecem características singulares no suporte e



apoio do trabalho de parto, tornando-o num momento especial. O estágio foi enriquecedor em momentos de interrelação e suporte ao TP, várias vezes os casais manifestavam a sua satisfação “estamos tão felizes com este momento, correu tudo de forma tão especial e única. Obrigadas por nos proporcionarem um parto como imaginamos assim tão bonito e participativo” NC 2.

O reflexo deste trabalho encontra-se mencionado nas NC 2, 4 e 5, que descrevem os comentários e sentimentos demonstrados pelas parturientes e acompanhantes ao identificarem a competência do enfermeiro no contexto da prática do TP. Com o tempo e a experiência, o enfermeiro aprende a mobilizar, integrar e transferir o conhecimento para a prática podendo atingir um nível de desenvolvimento ou proficiência avançado (BENNER, 2001).

Fisiologicamente é melhor para a grávida/recém-nascido manter-se em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se mais eficazmente, nesse caso a dor é menor, o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta é mais abundante e o trabalho de parto é mais curto (LOWDERMILK e PERRY, 2006; GENNARO, MAYBERRY e KAFULAFULA, 2007 ROMANO e LOTHIAN 2008). Os movimentos espontâneos que as parturientes (NC 2) utilizam, respondendo a estímulos do seu próprio corpo, assumindo **posições verticais** ou **mudança da posição frequente**, ajuda o feto a encontrar a melhor adaptação à pelve materna. Nesta fase, os ângulos entre o feto e a bacia materna alteram-se com regularidade à medida que o feto roda e se adapta ao longo do canal do parto, sendo a fase em que a mulher procura diversas posições para o nascimento (LOWDERMILK e PERRY, 2006; ROMANO e LOTHIAN, 2008). Para estas autoras, as mudanças de posição são consistentes com os princípios anatómicos, são seguras e bem aceites pelas mulheres, considerando que algumas intercorrências do parto (má progressão do TP, mau posicionamento do feto, colo persistente) podem ser corrigidas com mudanças de posição (cócoras, genuflexão, decúbito lateral), favorecendo o parto normal e evitando intervenções desnecessárias. No artigo de Gennaro, Mayberry e Kafulafula (2007), é mencionada uma meta-análise cujo resultado revela uma menor duração do trabalho de parto no segundo estágio quando as parturientes usavam **posições verticais** nesse período. Foi observado no decorrer de um TP (NC 5) que assumir diferentes posições, como a de “cócoras é mais eficaz para a descida e nascimento do feto” (LOWDERMILK e PERRY, 2006). O estudo de Romano e Lothian (2008) revela que, com a **liberdade de movimento e posições**,



o parto pode ser vivenciado de forma menos dolorosa e com mais conforto. A eficácia deste resultado foi observada no decorrer do estágio, quando uma grávida referiu “Sr.<sup>a</sup> enfermeira não quero me deitar se puder estar ainda de pé, sinto-me melhor, e gostaria de não ter episiotomia” NC 6. A liberdade de movimento reflecte-se na dinâmica uterina, produzindo maior eficiência nas contracções, favorecendo o apagamento e dilatação do colo uterino de forma mais eficaz, facilitando o nascimento (LAMAZE, 2003).

Num dos estudos (SOONG e BARNES, 2005) foi avaliada a associação entre a posição materna no parto e os resultados no períneo, resultando que os partos realizados em **posição de litotomia** favorecem a necessidade de sutura perineal. Durante o ensino clínico verificou-se que todas as parturientes (como descrito em todas as NC) adoptaram a posição de litotomia, talvez por uma questão cultural, por desconhecimento de outras posições para o parto, ou porque o próprio EESMO não tem experiência na sua prática de acompanhar os partos em posições alternativas e acaba por sugerir essa posição. É referido no estudo que a **posição de “quatro apoios”** está associada a uma menor necessidade de sutura do perineo. É da responsabilidade e competência do EESMO informar a parturiente quanto aos riscos e benefícios do trauma perineal relativamente às posições adoptadas (SOONG e BARNES, 2005).

Ao comparar a abordagem da prática com os resultados do estudo e de forma a dar resposta ao objecto de estudo, torna-se interessante perceber que as **intervenções do EESMO facilitadoras da liberdade de movimento e posições** durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto produzem efeitos benéficos e vantajosos para a parturiente/feto e fazem parte de um conjunto de práticas que devem ser incentivadas, apoiadas e orientadas, constituindo um cuidado especializado.

Os EESMO possuem **competências técnicas/científicas** sofisticadas e **competências relacionais** especializadas para atender às exigências das necessidades físicas e psicossociais da mulher em TP. Nos estudos de Bianchi e Adams (2009), essas competências são determinadas por aquilo a que chamam *Labor Support Behaviors (LSB)*. Os *LSB* são estratégias não farmacológicas de suporte e conforto que são úteis às mulheres em trabalho de parto. Os *LSB* agrupam-se em quatro categorias: física; emocional; instrução/informação e de defesa. Quando utilizados nas parturientes os *LSB* de *conforto físico* produzem aumento do efeito de



satisfação com o processo de nascimento, melhorando a evolução do trabalho de parto, aumentando o conforto e produzindo maior tolerância à dor. Na mesma categoria incluem-se a posição vertical ou lateral e o ambiente calmo, como promotoras do conforto. No mesmo artigo, as autoras referem que as mulheres que elegem a analgesia epidural para o seu trabalho de parto apresentam necessidades diferentes das mulheres que parem sem anestesia loco-regional. Exigem uma abordagem mais abrangente dos cuidados de enfermagem, implicando intervenções do EESMO que integrem o uso de *LSB* na sua prática. O estudo de Gennaro, Mayberry, e Kafulafula (2007), refere que as mulheres com analgesia epidural não têm dificuldade em assumir **posições verticais** durante o primeiro e segundo estádios do trabalho de parto. Neste estudo é referido que a técnica de analgesia epidural permite a deambulação e liberdade de movimento. No entanto, é necessário que se estabeleçam **critérios para a liberdade de movimento**, tais como: nenhuma contra-indicação obstétrica; não se verifique hipotensão; não exista comprometimento da propriocepção nem bloqueio dos membros inferiores e ter alguém que acompanhe a grávida enquanto deambula. Durante o estágio estes critérios tiveram presentes, proporcionado um acompanhamento integral às grávidas que optaram por receber analgesia epidural durante o TP, adequando os cuidados para capacitar a grávida ao **auto-cuidado** (deambulação) NC 5.

Para uma maior humanização dos cuidados, as práticas hospitalares têm vindo a sofrer diversas modificações, e embora a OMS recomende “liberdade de movimento e posições durante o trabalho de parto”, na grande maioria dos hospitais portugueses as parturientes continuam a ter os seus bebés deitadas, Como mencionado anteriormente, no hospital onde decorreu o estágio a posição assumida no momento do parto foi sempre a de litotomia e nenhuma grávida pediu ou procurou posições diferentes naquele momento. A liberdade de movimentos e posições pode beneficiar individualmente o **conforto materno**. Durante o 2º estágio do TP deve-se encorajar a parturiente a movimentar-se até que ela encontre um espaço físico e uma posição que melhor lhe convenha e lhe ofereça conforto (ENKIN *et al*, 2000).

Constata-se a necessidade de realizar mais estudos sobre influência da liberdade de movimento materna durante o TP para obter benefícios no momento do nascimento. Para que se promova, apoie e operacionalize o parto normal, enfatizando as competências do EESMO, é necessário o investimento na área da investigação,



reconhecendo a sua importância na produção de novos conhecimentos que possibilitem tomadas de decisão adequadas e inteligentes, que relacionem a teoria com a prática dos cuidados, facultando novas formas de atendimento e satisfação às parturientes. É necessário que os EESMO demonstrem a eficácia do seu cuidado como a maneira de desenvolverem a Enfermagem como ciência e as suas competências profissionais. A investigação surge como alicerce da Ciência de Enfermagem, permitindo demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática.





## 2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES AO ESTUDO

A ciência de Enfermagem visa uma consciência moral e um rigor ético no qual o princípio do respeito e bem-estar pelo ser humano é considerado um valor básico indissociável dos princípios e valores profissionais. Para Fortin (1999, p.114) ética é “a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

No decorrer do estágio, durante a prestação de cuidados às grávidas e acompanhantes foi sempre dado conhecimento do estatuto de enfermeira estudante de CMESMO. A realização dos cuidados à grávida/família assentou na preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, seguindo o ponto 1 do artigo 78º do Código Deontológico dos Enfermeiros (2005, p.59): “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação de defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

Para a realização das notas de campo foi utilizada a observação directa, respeitando os valores éticos, tendo sido constante a intenção de desenvolver uma relação de confiança, através de uma atitude de disponibilidade, escuta, apoio, aceitação e isenção de preconceitos. Foi promovido o respeito salvaguardando os princípios da autonomia, justiça e equidade, veracidade, beneficência e não maleficência e fidelidade. A protecção à intimidade, confidencialidade e humanização dos cuidados representam direitos humanos que se procurou assegurar em todos os momentos (afirmado, nos artigos 86º e 89º do mesmo código). Segundo Polit e Hungler (1995, p.35) “todas as investigações humanas constituem algum tipo de intromissão nas vidas pessoais dos sujeitos”, pelo que houve sempre a preocupação de ter em consideração os aspectos deontológicos e os princípios éticos durante a observação e elaboração das notas de campo.

### Limitações ao Estudo

Durante a realização deste trabalho foi encontrada uma limitação relacionada com os artigos seleccionados na revisão da literatura - nos estudos encontrados, os conteúdos apresentavam informação pouco concreta e dispersa relativamente à questão





formulada. Esta limitação dificultou a tarefa de interpretação de resultados, sendo necessária uma análise mais detalhada de cada artigo para conseguir correlacionar resultados de forma a encontrar uma resposta adequada ao objecto de estudo. A análise mais atenta dos estudos incluídos acabou por revelar uma grande amplitude de temas (mudança nas práticas de cuidados, efeitos das posições verticais e movimento, conforto materno) relacionados com o âmbito da questão.

Outra limitação encontrada, durante o estágio, consistiu na impossibilidade de proporcionar às parturientes posições verticais durante o período expulsivo. Esta situação ocorreu quer pelo desconhecimento das grávidas sobre a sua liberdade de posições para o TP, quer pela política da instituição que não apoia e assegura tais tomadas de decisão pelos EEMOS limitando a sua experiência e a execução desta prática. No entanto foi possível promover, com algumas parturientes, práticas de liberdade de movimento e posições durante o TP e partilhar conhecimentos adquiridos, através da evidência científica, com os EESMO do local de estágio, na procura de formação informal e mudança de atitude por parte dos pares.

A revisão da literatura constituiu um desafio e simultaneamente uma limitação para a pesquisa da evidência científica, devido à inexperiência de pesquisa em base de dados - para atingir esta habilidade foi necessário conhecimento, domínio e treino na área de informática, tornando-se uma mais-valia para o conhecimento da realidade científica da temática em estudo. A inexperiência enquanto investigadora e o facto de o trabalho ser desenvolvido a par do estágio constituíram uma dificuldade em termos de gestão de tempo, no entanto foi cumprido o plano de calendarização de actividades previsto.



### 3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A elaboração deste estudo promoveu no local de estágio momentos de discussão sobre a temática, e conseqüentemente, momentos de reflexão sobre a forma como cada EESMO actua e como pode alterar a sua postura na prática, relativamente à promoção da liberdade de movimentos e posições da parturiente.

No âmbito da formação em serviço foi proposta pela enfermeira chefe, a apresentação deste estudo, tendo sido realizada uma acção de formação no local de estágio, com o título: Liberdade de Movimento e Posições durante o trabalho de parto, (Apêndice III), que constituiu um momento de partilha de experiências e de reflexão conjunta. Ainda no contexto do tema, foi elaborado um poster sob o mesmo título, (Apêndice III) que foi oferecido ao serviço e será colocado nas salas de parto.

Pelos resultados do estudo, parece importante sugerir que na preparação de novos EESMO seja incluída uma temática que valorize a prática e incentivo à liberdade de movimento e posições durante o trabalho de parto, devendo os estudantes contar com um suporte de elementos formadores peritos para que esses futuros profissionais possam desenvolver ou adquirir novas competências no cuidar tornando mais pertinente a sua intervenção no parto normal.

É necessário que os enfermeiros, ao acompanharem a mulher desde o período pré-natal até ao nascimento, sejam treinados na condução e realização dos partos em outras posições, para que a escolha de posições não se torne um factor inibidor e limitador, quer para os profissionais, quer para a própria grávida e acompanhante, resultando esta abordagem na introdução de novas práticas e contornando o modelo hegemónico até à data.

É esperado que os resultados do estudo possam contribuir para orientar e estimular a mulher a adoptar uma atitude mais participativa e activa durante o trabalho de parto. Entenda-se que para a mudança dessa atitude é necessário o envolvimento do EESMO, como agente formador, contribuindo para o processo de mudança, enfatizando as vantagens e benefícios da liberdade de movimento e posições durante o TP. Para tal é necessário investir e dinamizar o processo de comunicação e interligação dos vários níveis de prestação de cuidados, de modo a garantir que os contributos daquela prática sejam adequadamente transmitidos e facilitados.



As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) – Subunidade Saúde da Mulher e Neonatal foram criadas para interligação dos serviços hospitalares e cuidados de saúde primários (actualmente estruturados em Agrupamento de Centros de Saúde - ACES). Como prestadora de cuidados na comunidade, a estudante, reconhece que a UCF (do Hospital Fernando da Fonseca - Amadora) constitui a via pela qual, futuramente, poderá estabelecer protocolos de articulação para a partilha de informação e linguagem comum relativamente ao parto normal em geral e à prática da liberdade e movimento e posições do TP em particular.

Através da criação de um grupo de trabalho será possível identificar, orientar e promover circuitos para divulgar, incentivar e integrar intervenções facilitadoras da liberdade de movimentos e posições durante o TP. Este processo de sensibilização deverá mobilizar os EESMO, quer no estabelecimento de orientações que favoreçam e capacitem essa prática no bloco de partos, quer implicando os enfermeiros com responsabilidade na gestão da organização de saúde, a promover a efectividade de espaço e equipamentos adequados, quer na elaboração de posters e folhetos. Para a implementação dessa documentação o grupo de trabalho deverá estabelecer estratégias que permitam a sua colocação em salas de parto, salas de consulta de obstetrícia e outros locais de preparação para o nascimento e parentalidade, como complemento de informação e suporte aos diversos momentos de educação para a saúde estabelecidos com as grávidas e parturientes.

Por último, é importante que todos os programas de preparação para o nascimento e parentalidade, quer ministrados por entidades privadas quer pelos ACES através das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) – às quais compete assegurar a prestação de cuidados especializados, designadamente a preparação para a parentalidade, contenham informações e orientações realistas e viáveis sobre o movimento e as possíveis posições a adoptar durante o trabalho de parto.

É intenção da estudante, como futura EESMO e como prestadora de cuidados numa Unidade de Saúde Familiar (ACES X - Cacém/Queluz), em consulta de Saúde Materna e Reprodutiva, assegurar a assistência pré e pós-natal, investindo num conjunto de intervenções focadas no envolvimento das grávidas e dos acompanhantes, procurando através desta proximidade conhecer a realidade, vivências familiares e sua cultura, facilitando o planeamento de acções que promovam o parto normal e que favoreçam a



participação, autonomia e a melhoria do auto-cuidado da mulher/família durante a gravidez e o parto. Nesta sequência de acções pode-se promover o plano de parto, procurando na sua singularidade concebê-lo e enquadrá-lo na realidade do hospital de referência.

Efectuar acções de informação/educação para a saúde da população de grávidas e acompanhantes da área geográfica em articulação com a UCC, abordando a prática de liberdade de movimentos e posições durante o TP baseada na evidência científica é também um propósito da estudante.

Colaborar na articulação e partilha de informação sobre a temática entre as unidades funcionais do ACES X, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados bem como colaborar com os outros EESMO do ACES X na elaboração de manuais de boas práticas e normas de orientação clínica, onde seja evidenciada a temática do estudo, também fazem parte das ambições futuras.



## PARTE V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A unidade curricular Estágio com Relatório representou para a estudante um desafio relevante, representando o culminar de um percurso académico trabalhoso, mas enriquecedor e gratificante. A dinâmica permanente entre os saberes apreendidos, as competências adquiridas e as novas experiências vivenciadas, geraram uma constante reflexão sobre o percurso de aprendizagem, transformando o seu conhecimento e o seu desempenho profissional futuro num **saber especializado**.

A experiência de parto representa um momento único e marcante em que a mulher vivencia um elevado número de emoções. A qualidade dessa experiência constitui um factor determinante para o bem-estar físico, mental e social materno. Um dos grandes desafios da Saúde Materna na actualidade passa por proporcionar um parto seguro e satisfatório, minimizando o sofrimento da grávida, valorizando a sua individualidade, o seu contexto sociocultural tornando a vivência do TP numa experiência de crescimento e de realização para a mulher e família. Desse modo, para que a grávida tenha uma percepção positiva e satisfatória do parto, será necessário ter em conta vários aspectos que se relacionam com as condições físicas e de acolhimento na maternidade, com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais desde o período pré-natal até ao parto e com as expectativas e preparação da grávida/família (autoconfiança, autocontrolo e receios).

O acompanhamento proporcionado á grávida/ família, inicia-se nos Cuidados de Saúde Primários, onde cabe ao EESMO, desempenhar um papel de facilitador, trabalhando em parceria com as famílias, capacitando-as, dando espaço para a sua reflexão e tomada de decisão, utilizando estratégias inovadoras, onde a difusão de informação e formação de opinião favoreçam o empoderamento da mulher.

No âmbito da sua autonomia, como futura EESMO em CSP, a estudante considera que a aquisição de novas competências contribuiu para a melhoria dos cuidados, sensibilizando-a, no sentido de estabelecer protocolos de articulação com os diversos níveis de cuidados, de forma a desenvolver estratégias que privilegiem determinadas práticas que são benéficas ao parto normal.



Com o presente trabalho a estudante pretendeu desenvolver uma aprendizagem assente no efeito das intervenções do EESMO facilitadoras da liberdade de movimento e de posição durante o TP. Entenda-se que esta prática estimula o parto normal, contribui para a inovação dos cuidados em obstetrícia e favorecem um papel mais activo e participativo da parturiente. Após a revisão da literatura e através da análise dos artigos seleccionados, observou-se que estes são concordantes relativamente aos benefícios da liberdade de movimento e posições. Foi encontrada a resposta à questão inicial formulada para a elaboração deste trabalho, na qual se observa que o efeito das intervenções do EESMO na liberdade de movimento e posições durante o TP contribui para diminuir o tempo do mesmo, melhorando a contractilidade uterina e promovendo o fluxo materno/placenta/feto durante mais tempo. Simultaneamente estas práticas favorecem o conforto, permitindo à parturiente lidar melhor com a dor, diminuindo ainda o risco de lesão do períneo e necessidade de episiotomia, proporcionando-lhe uma melhor cooperação em todo o processo do parto.

No entanto, a estudante constatou que no hospital onde decorreu o seu estágio, ainda se encontra um número muito limitado de mulheres que procuram a liberdade de movimento ou posições diferentes, aceitando assim, passivamente o que se encontra instituído. Um dos contributos que poderá promover a mudança dessa prática, passa pelo desempenho do EESMO no acompanhamento da mulher ao longo da sua gravidez, apoiando-a na construção de um plano de parto exequível de forma a possibilitar à equipa de saúde presente na sala de partos compreender e responder positivamente às expectativas da parturiente. Saliente-se, a importância da competência relacional para a qual a estudante se sentiu muito sensibilizada, considerando-a como fundamental na interacção e assistência à parturiente e família, promovendo a confiança, a segurança e a habilidade para lidar com os momentos do trabalho de parto, garantindo o respeito pela autonomia da mulher, o que vai ao encontro do critério de **competência H3.3.1. "concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto e convivente significativo"** (OE, 2010, p.3).

As modernas unidades de bloco de partos apresentam-se sofisticadamente equipadas para apoiar as situações de alto risco ou de complicações no parto, mas as políticas, cultura organizacional, protocolos, e infra-estruturas físicas ainda não são ideais para



promover o parto normal. A par dessas barreiras, deparamo-nos com instituições e peritos da área obstétrica que consideram o parto como um acontecimento onde a intervenção médica é necessária para se alcançar um bom resultado. A mudança deste conceito só poderá acontecer mediante o esforço de todos os profissionais de saúde envolvidos neste processo, capacitados para ensinar, orientar, preparar e acompanhar a grávida nessa trajetória de mudança das práticas, favorecendo a sua autonomia e competência.

É necessário implementar novas estratégias que incentivem o uso de posições verticais durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto - repensar e projectar instalações e equipamentos adequados que favoreçam o movimento e posições verticais, com a presença contínua de acompanhante, assim como o envolvimento mais activo por parte dos profissionais. Para isso é necessário mobilizar recursos, como a melhoria da comunicação e do trabalho conjunto das equipas multidisciplinares, o reconhecimento de possíveis barreiras aos cuidados de saúde personalizados e de qualidade, a formação contínua dos enfermeiros, a utilização de indicadores na avaliação dos cuidados de enfermagem, a adequação do número de enfermeiros, face às necessidades dos cuidados de enfermagem para que estes possam acompanhar a parturiente de forma contínua e integral.

Existe um longo trabalho a fazer, não apenas no domínio da prática, mas também no domínio da investigação, que permita encontrar estratégias que avaliem os efeitos reais da deambulação, movimento e posição materna no momento do nascimento, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para implementar recomendações baseadas na evidência científica, ultrapassando a prática de medidas rotineiras, onde é privilegiada a técnica e esquecida a individualidade de cada um.

Analisando a experiência em estágio e as notas de campo, constata-se que as grávidas portuguesas não assumem um papel activo, como era desejado, na escolha relativa à condução do seu trabalho de parto, nomeadamente na elaboração de um plano de parto. Caberá aos profissionais na área da Obstetrícia em geral e à estudante como futura EESMO em particular, um trabalho intenso no empoderamento da mulher e no desempenho do seu papel social no contexto do nascimento.



Como prevê a Associação dos Enfermeiros Obstetras no documento “**Maximizando os ganhos em saúde com práticas de qualidade...**” (elaborado como contributo para o Plano Nacional de Saúde de 2011-2016), os enfermeiros especialistas encontram-se numa posição única para reintroduzir as práticas de cuidados que apoiam o processo fisiológico para o parto normal.

Por último, a elaboração deste relatório criou momentos de alguma complexidade, relacionados com o desenvolvimento dos seus conteúdos, no entanto permitiu à autora analisar e reflectir de forma global sobre todo o percurso e desempenho realizado ao longo do estágio, tomar consciência das suas limitações e potencialidades, e como os diversos momentos de aprendizagem contribuíram para um profundo crescimento pessoal, aperfeiçoamento e aquisição de competências como futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, suscitando a motivação e o desejo de poder desenvolver novos projectos, que visem a melhoria dos cuidados na instituição onde presta cuidados com é referido no critério de avaliação **B1.1.1. “participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional”** (RCCEE, p.6). Acrescente-se que os momentos de acompanhamento tutorial constituíram uma oportunidade única de interacção e partilha de saberes que contribuíram para potenciar as suas capacidades, mobilizando o desenvolvimento de competências de pesquisa e investigação, mas também de competência oral e escrita enriquecendo a sua formação pessoal. Ainda a partilha de conhecimentos e experiências vividas (colegas de curso, profissionais, professores e utentes), ofereceu um novo horizonte de visão, transformando o saber especializado num instrumento que será uma ferramenta impulsionadora de cuidados de saúde que caminhem para a excelência.

Por tudo o que foi exposto a autora considera que os objectivos propostos no início deste relatório foram alcançados, reconhecendo que as competências adquiridas permitirão contribuir para os desafios e tomada de decisões que se colocarem na melhoria dos cuidados à mulher/família, na unidade de Cuidados de Saúde Primários onde desempenha funções, tendo como princípio o respeito pelos valores humanos e considerando a diversidade sociocultural.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, I. (2000) – **Formação reflexiva de Professores, estratégias de supervisão**. Porto: Porto Editora. ISBN: 972-0-34721-X
- ALMEIDA, M. G. G. – **Quando dois se tornam três: reflexões acerca da formação de uma nova família a partir do impacto do nascimento do primeiro filho**. Rio de Janeiro: Unidade Católica do Rio de Janeiro, 2005. Monografia. Acedido a 01/06/2011. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0060.pdf>
- BENNER, P. (2001) – **De iniciado a perito**. Excelência e poder na prática clínico de enfermagem. Edição Comemorativa. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X
- BIANCHI, A.; ADAMS, E. (2009) – **Labor support during second stage labor for women with epidurals**. Nursing for Women's Health, 13(1), 38-47. | acedido a 08/04/2011| Retrieved from EBSCO host
- BOBAK, I.; LOWDERMILK, D.; JENSEN, M.(1999) – **Enfermagem na Maternidade**. 4ª Ed, Lusociência. ISBN: 972-8383-09-6
- BOGDAN, R. C. e BIKLEN, S. K. (1994) – **Investigação Qualitativa Em Educação**. Porto. Porto Editora. ISBN 0-205-13266-9
- BRAZELTON, T B. (1988) – **O desenvolvimento do apego: Uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN 858-569-254-5
- CARNEIRO, R. (2008) – **Fundamentos da educação e da aprendizagem**. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão ISBN 972-97155-5-6
- CARRIÈRE, B. (1999) – **Bola Suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica**. São Paulo: Ed. Manole



- COLMAN, L; COLMAN, A. D. (1994) – **Gravidez A Experiência Psicológica**. Lisboa Edições Colibri. ISBN: 972-8047-78-9
- CORDEIRO, A. M. [et al] (2007) – Revisão sistemática: uma revisão narrativa. In: **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões** [em linha]. Rio de Janeiro. ISSN 0100-6991. Vol.34, nº6, p. 428-431. Acedido a 02.06.2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>
- CRUZ D.C.S, SUMAM N.S, SPINDOLA T. (2007). – Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebé. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** - São Paulo. – ISSN: 1806-549 X .Vol.4, nº 41 (Junho 2007), p. 690-697
- CUNHA, A. ; CARDOSO, L.; OLIVEIRA, V. (2005) – Auto-cuidado Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. **Revista sinais vitais**. Coimbra. ISSN: 0872-0844. Nº61, p. 36-40
- ENKIN, M. [et al] (2000) – **Guia para a atenção efectiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Regulamento do Mestrado em Enfermagem** Ano Lectivo-2011. Lisboa: ESEL, Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Ano lectivo 2010/2011. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **Seminário II – Guia de Orientação da Unidade Curricular**. Ano lectivo 2010/11. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal
- FORTIN, M.-F. (1999) – **O processo de Investigação: da Concepção à Realização** Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X



- GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. (2004) – Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem** ISSN 0104-1169. Vol. 12, nº3 (Maio e Junho de 2004), p. 549-556. Acedido a 02.05. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>
- GENNARO, S., MAYBERRY, L., & KAFULAFULA, U. (2007). – **The evidence supporting nursing management of labor.** Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG, 36(6), 598-604. |acedido a 08/04/2011| Retrieved from EBSCOhost
- GRAÇA, L. M. (2005) – **Medicina materno-fetal.** 3ª ed. Lisboa: **Lidel.** ISBN: 978-972-757-325-7
- HUNTER, L. (1993) – Aplicação do Modelo de Orem em doentes com problemas cutâneos. **Revista Nursing.** Lisboa. ISSN: 0871-6196Edição Portuguesa Nº 67, p.20-22.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE – DGS/MS – Inquérito aos Hospitais e Inquérito aos Centros de Saúde. Acedido a 28.05.2011. Disponível em: [http://www.pordata.pt/azap\\_runtime/?n=4](http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4)
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) – **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice.** Hague: ICM. Acedido a 12/4/2010. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org>
- IPN (2009) – **Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso.** Lisboa. ISBN: 978-972-8930-49-3
- LE BOTERF, G. (1994) – Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: Cinco Desafios a Enfrentar. **Revista Formar,** Nº10 (Fevereiro/Março/Abril) p.46-47



- Instituto Lamaze para o parto normal – **Liberdade de Movimentos Durante o trabalho de Parto**. Lamaze International, Inc. 2003, acedido em 30.05.2011. Disponível em <http://www.lamaze.org>
- LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.(2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
- LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – **Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Editorial Letrário. ISBN: 972-99646-0-2
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica**. Acedido a 21.02.2011. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- OREM, Dorethea E. (1985) – **Nursing concepts of practice**. 3ªEd. McGraw HillBook Company. ISBN: 0-07-047525-3
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) – **Humanização do Parto**, Acedido em 06.04.2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto>



- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) – **Care in normal birth: a practical guide** Genebra. Acedido a 06.02.2011. Disponível em: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/who\\_frh\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_frh_msm_9624/en/)
- PEARSON, A.; VAUGHAN, B. (1992) – **Modelos para o exercício de enfermagem**. Londres: Heinmann Nursing. ISBN: 0-433-24902-1
- PIRES, Ana L. de O. (2005) – **Educação e Formação ao Longo da Vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências**. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia, ISBN 972-31-1093-8
- PHANEUF, M. (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Editor: Lusodidacta, ISBN: 9789728383848
- PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – **Indicadores e Metas do PNS/Partos por cesariana**. Acedido a 06.02.2011. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/partos-por-cesariana100-partos>
- POCINHO, Margarida (2008) – **Lições de revisão sistemática e metanálise**. Coimbra, Instituto Superior Miguel Torga. Acedido em 02.03.2011. Disponível em: [http://docentes.ismt.pt/~m\\_pocinho/Licoes\\_de\\_revisao\\_sistemica\\_e\\_metanalise.pdf](http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Licoes_de_revisao_sistemica_e_metanalise.pdf)
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P.(1995) – **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre. ISBN 85-7307-101-X
- REZENDE, J; MONTENEGRO, C. (2008) – **Obstetrícia Fundamental**. 11<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-1360-3



- ROMANO, A.; LOTHIAN, J. (2008). – **Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence.** Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG, 37(1), 94-104. [acedido a 08/04/2011] Retrieved from EBSCOhost
- SALVADOR, A. (1986) – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Bibliográfica.** 9ª Ed. Porto Alegre: Sulina, ISBN 85-336-0320-7
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. (2007) – Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence. **Revista Brasileira de Fisioterapia.** [em linha]. Vol.11, nº1 (Jan/Fev 2007). p. 83-89. ISSN 1413-3555. [acedido a 06/04/2011]  
Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/en\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/en_12.pdf)
- SOONG, B.; BARNES, M. (2005). – **Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association?** Birth (Berkeley, Calif.), 32(3), 164-169. [acedido a 08/04/2011] Retrieved from EBSCOhost
- STARK, M., RUDELL, B.; HAUS, G. (2008). – **Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study.** Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG, 37(1), 116-122. [acedido a 08/04/2011] Retrieved from EBSCOhost
- Imagem da capa: Amanda Greavette. Acedido em 03.02.2011. Disponível em: <http://www.amandagreavette>

## APÊNDICES

**APÊNDICE I**  
**PROJECTO DE ESTÁGIO**



1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E  
OBSTETRÍCIA

5ºCURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO  
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA



**INTERVENÇÕES FACILITADORAS DA LIBERDADE DE MOVIMENTO E  
POSIÇÕES DURANTE O TRABALHO DE PARTO:  
*UM CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO***

PROJECTO DE ENSINO CLÍNICO IV  
HOSPITAL DR JOSÉ D'ALMEIDA

BLOCO DE PARTOS  
CASCAIS

Tutora Docente: Luísa Sotto-Mayor  
Docente Orientador: Mário Cardoso  
Orientadora Local EESMO: Ana Genebra  
Discente: Manuela Realista

Lisboa  
Fevereiro 2011

Ando devagar porque já tive pressa  
E levo esse sorriso porque já chorei demais  
Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe  
Eu só levo a certeza de que muito pouco sei,  
Ou nada sei

Conhecer as manhãs e as manhãs  
O sabor das massas e das maçãs

É preciso amor para poder pulsar  
É preciso paz para poder sorrir  
É preciso a chuva para florir

Penso que cumprir a vida seja simplesmente,  
Compreender a marcha e ir tocando em frente

Todo mundo ama um dia, todo mundo chora,  
Um dia a gente chega e no outro vai embora

Cada um de nós compõe a sua história  
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz  
De ser feliz

ALMIR SATER

## **ABREVIATURAS**

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

EESMO - Enfermeiro Especialista Em Saúde Materna E Obstétrica

FAME - Federação de Associações de Matronas de Espanha

ICM - International Confederation of Midwives

IPN - Iniciativa Parto Normal

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial De Saúde

RM - Rotura de Membranas

TP – Trabalho de Parto

## ÍNDICE

	pág.
INTRODUÇÃO .....	5
1.PLANEAMENTO TRABALHO DE CAMPO .....	9
1.1.Finalidade e Objectivos .....	13
1.2.Metodologia e Plano de Trabalho .....	14
2.REFLEXÃO CRÍTICA .....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	16
APÊNDICES.....	17
APÊNDICE I - PLANO DE ACTIVIDADES	
APÊNDICE II - CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES	

## INTRODUÇÃO

Numa perspectiva histórica, a prática dos cuidados de Enfermagem tem sofrido, ao longo dos anos, alterações relacionadas com a evolução tecnológica, científica e sociopolítica, fazendo emergir metodologias de trabalho cada vez mais sustentadas. Estas estabelecem parâmetros que aproximam a teoria da prática oferecendo consistência à profissão. Na linguagem científica o Projecto, assume uma importância crescente no método de aprendizagem, induzindo ligações com situações da vida real, conduzindo a um nível de compreensão do “mundo” que facilita a aquisição de novas competências harmonizando o desempenho profissional.

A palavra projecto tem hoje uma vastíssima utilização, quer na linguagem corrente quer na científica. Os contextos da sua aplicação são tão amplos que vão dos projectos pessoais aos sociais, recebendo por vezes sentidos que rigorosamente não coincidem. O que nos refere Carvalho, citado por Botelho (1996, p.43), sobre o projecto é que se “apresenta como um ideal composto por várias finalidades, coerente em si mesmo, visando o futuro e pressupondo a intervenção do homem no curso da história dos acontecimentos”.

A proposta para a realização deste Projecto surge no âmbito da unidade curricular – Seminário de Investigação II, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia/5ºCurso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e refere-se ao Ensino Clínico IV/Bloco de Partos, com início a 17 de Janeiro e termino a 1 de Julho de 2011, a decorrer no Hospital Dr. José D’ Almeida em Cascais. O projecto fica sob a orientação da Professora Luísa Sotto-Mayor/tutora do projecto. A orientação do Ensino Clínico IV será realizada pelo Assistente Mário Cardoso/orientador docente e pela EESMO Ana Genebra/orientador local.

Um Projecto pode regular a nossa caminhada na procura da auto-realização, reflectindo a dimensão individual de cada um de nós, enquanto ser em interacção com os outros e com o meio envolvente, sendo parte essencial do nosso desenvolvimento pessoal e profissional. Para a realização do projecto individual de estágio, que culminará no relatório de estágio, estão inerentes os seguintes objectivos, propostos pela regente da unidade curricular Seminário de Investigação II:

- Desenvolver competências no âmbito da utilização de Projecto de estágio, essenciais para a compreensão, utilizações e produção de investigação.

- Desenvolver atitudes de reflexão crítica, que contribuam para a inovação das práticas de cuidados de saúde.

Este projecto pretende ir ao encontro dos objectivos desta unidade curricular, com base nas linhas orientadoras do Plano de Estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo em vista o desenvolvimento de competências do EESMO, referenciadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela *International Confederation of Midwives (ICM)*.

De acordo com o Regulamento das Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, da Ordem dos Enfermeiros (aprovado em assembleia extraordinária em 20 de Novembro de 2010), o EESMO “assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco (...) e intervenções autónomas interdependentes em todas as situações de médio e alto risco (...)”. Ainda no referido Regulamento no art. 4.º encontra-se definido o conjunto de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

A maternidade possui em si algo de mágico. A capacidade do ser humano poder gerar e criar outro novo ser em si é algo fascinante, é o início da caminhada que desperta para o prodígio do nascimento (Canavarro, 2001).

Para a mulher que vivencia a experiência de ser mãe, o parto pode ser o acontecimento emocional mais significativo da sua vida. Para acentuar este evento maravilhoso é necessário considerar o parto como um processo fisiológico natural, onde cada momento segue uma ordem natural, obedecendo a um ritmo específico do corpo da mulher, onde a própria pode desempenhar um papel activo e participativo.

Com o desenvolvimento tecnológico actual, constatamos que nas nossas maternidades se melhoraram procedimentos, condutas e implicitamente uma maior intervenção na assistência ao parto, vindo de certa maneira facilitar, mas também apressar o nascimento, retirando o papel activo da mulher, causando muitas vezes resultados de insatisfação ou memórias menos agradáveis. A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), com colaboração da Federação de Associações de Matronas de Espanha (FAME), apresentou um documento de consenso chamado a Iniciativa Parte Normal (IPN, 2008), onde constatou a situação anteriormente referida, e baseando-se na evidência científica, definiu e elaborou estratégias para a assistência ao parto normal que estão de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), na obra *Assistência ao parto natural: guia prático*, refere que nas

“últimas décadas, vimos uma rápida expansão no desenvolvimento e uso de uma variedade de práticas desenhadas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objectivo de obter melhores resultados de mães e recém-nascidos, e algumas vezes para racionalizar padrões de trabalho, no caso do parto hospitalar. Em países desenvolvidos onde essas actividades se generalizaram, questiona-se cada vez mais se esses altos níveis de intervenção são valiosos ou desejáveis.”

Esta é a orientação que se pretende imprimir ao EC, pois como diz Melender (2002), citado por Lowdermilk & Perry (2006) a maneira como a grávida/família identifica o momento do trabalho de parto está relacionada com a forma como decorreu a sua socialização para o processo da maternidade. Há momentos decisivos em todo o esse processo: o momento do acolhimento da grávida/casal é determinante para uma interacção bem sucedida. O parto realizado em meio hospitalar corresponde a um período em que a mulher perde a sua privacidade, individualidade, o seu papel de protagonista, sendo remetida para um papel passivo, afastada do apoio emocional familiar e do seu contexto social, sentindo-se mais vulnerável, fragilizada e dependente, entregando-se aos cuidados dos técnicos de saúde que passam a tomar o controlo do seu parto. São estes profissionais que representam a fonte de confiança e segurança que busca nesse momento para enfrentar os seus medos e receios.

Segundo Melender (2002), “os medos não ultrapassados aumentam o stress da mulher e podem inibir o processo de trabalho de parto como resultado do efeito inibidor das catecolaminas associado com a resposta ao stress das contracções uterinas” (Lowdermilk e Perry 2006, p.422).

A comunicação interactiva estabelecida entre o enfermeiro e a grávida/casal, é um caminho que ajuda a evitar o medo e a tensão, uma orientação empática e de respeito, considerando as suas opiniões, preferências e necessidades, beneficia os resultados do processo do trabalho de parto, envolvendo a parturiente “como parceira na formulação de um plano de cuidados individualizado, ajuda a preservar a sensação de controlo da mulher, permite a sua participação no nascimento do filho e reforça a sua auto-estima e o seu nível de satisfação” (Lowdermilk e Perry 2006, p.415).

Baseadas em evidências científicas, as orientações da OMS (1996) apontam cada vez mais no sentido de uma maior humanização do parto. Para tal, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto para que este seja o mais fisiológico possível. Classificou 4 categorias:

“A- Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;

- B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- C- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.”

São, as *Práticas Demonstradamente Úteis* que devem ser incentivadas e implementadas no atendimento durante o parto, a fim de ser proporcionada à mulher uma assistência digna, segura, com qualidade e livre de riscos, garantindo os aspectos fisiológicos do parto. Nesta categoria, são preconizadas como práticas eficientes para melhorar a evolução do trabalho de parto, a liberdade de movimento e posição durante o 1º e 2º estágio do trabalho de parto.

Segundo Graça (2005), o 1º estágio do trabalho de parto inicia-se com a instalação de contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo. Citando Friedman, Graça (2005), divide ainda este estágio em duas fases principais, que designou por *latente* e *activa*. A fase *latente*, decorre desde o início das contrações regulares até ao apagamento completo do colo e com 3 a 4 cm de dilatação, inicia-se então a fase *activa*, na qual o colo se dilata até atingir a dilatação completa de 10 cm. Ainda segundo Graça (2005), o 2º estágio do trabalho de parto (ou período expulsivo), inicia-se com a dilatação completa do colo uterino e termina com a expulsão do feto.

Ao iniciar a minha integração na equipa multidisciplinar do bloco de partos do Hospital de Cascais, e ao longo do período que irá decorrer o EC, pretendo observar a dinâmica e postura das mulheres em fase inicial de trabalho de parto (1º e 2º estágio), respeitando a individualidade de cada, vou procurar proporcionar a liberdade de movimento e posição durante o trabalho de parto (TP).

Os avanços tecnológicos da Obstetrícia trouxeram melhores resultados na saúde perinatal. No entanto, com o uso excessivo de tecnologia os profissionais perderam e afastaram-se de orientações e procedimentos simples na assistência ao parto. Actualmente é dada relevância ao conhecimento baseado na evidência científica, que apoia novas atitudes e mudanças de conduta no atendimento da mulher/família durante o parto, contudo encontram-se ainda alguns condicionamentos dos profissionais que limitam essa alteração.

O hábito da mulher se manter em movimento durante o trabalho de parto e em posição vertical (de pé, sentada e/ou andando) era uma prática comum em algumas culturas. Na cultura actual o parto ainda decorre em posição horizontal, essa influência estendeu-se também para o trabalho de parto, as mulheres passaram a se manterem deitadas e a se movimentarem apenas na cama. Só uma pequena percentagem de mulheres mostra interesse em escolher espontaneamente a deambulação ou outra posição vertical durante o



trabalho de parto.

Citando Enkin et al. (2000) Lowdermilk e Perry (2006, p.446) referem que “a liberdade para a mãe deambular sem restrições e de escolher a posição durante o trabalho de parto são formas de cuidado consideradas benéficas para a mulher em trabalho de parto e devem ser encorajadas”.

Também para Lamaze (2003) “a liberdade de movimento é importante para tornar o nascimento do bebé mais fácil. Considera a melhor forma de usar a força da gravidade para ajudar o bebé a descer, a aumentar o tamanho e a forma da pélvis. Permitindo responder à dor de uma forma activa, que poderá acelerar o processo do trabalho de parto. O útero responde ao movimento trabalhando com maior eficiência.”

Compete ao enfermeiro especialista intervir utilizando procedimentos que valorizem o parto normal: proporcionar um ambiente calmo e com privacidade, oferecer à mulher/convivente significativo todas as informações e explicações que necessitem e desejem, possibilitar a deambulação, oferecer medidas não farmacológicas para o alívio da dor (duche, bolas, massagens entre outras) ou estimular para o uso de algumas técnicas respiratórias; resultam como forma de distração dos desconfortos, diminuindo a tensão nervosa, reforça o autocontrolo da mulher, que produz uma melhor actividade uterina, facilitando a dilatação do colo que por sua vez torna o parto mais rápido e menos doloroso.

Segundo Simkin e Ancheta (2000) citadas Lowdermilk e Perry (2006, p.446), “caminhar, sentar, ou permanecer de pé e ligeiramente inclinada para a frente apoiada no acompanhante, muitas vezes torna-se mais confortável que estar deitada e facilita a progressão do trabalho de parto.”

O efeito da gravidade melhora o ciclo das contracções, promove a aumento da pressão hidrostática intramniótica e favorece a descida do feto, que vão exercer uma maior pressão no colo provocando o seu encurtamento levando ao seu apagamento e dilatação. Este ciclo produz um aumento dos impulsos do colo uterino para a hipófise, esta induz o aumento da produção e libertação da ocitocina intensificando as contracções, isto facilitando o apagamento e a dilatação menos dolorosa. É também referido que em apresentações occipito-posteriores uma posição de “cócoras” ou de “quatro apoios”, ajuda o movimento pélvico, facilitando a rotação interna do feto ao aumentar a mobilidade do cóccix, aumentando os diâmetros pélvicos e utilizando a gravidade para virar o dorso do feto e rodar a cabeça (LOWDERMILK e PERRY, 2006).

O enfermeiro poderá encontrar sugestões alternativas para facilitar os efeitos fisiológicos e psicológicos do trabalho de parto, se tiver ao seu alcance algumas opções:

“durante o trabalho de parto a mulher pode cansar-se e necessitar de descansar numa posição mais cómoda (...) a dor na zona lombar na mulher em trabalho de parto, é significativamente mais forte na fase activa quando se está na posição de supina. Uma mulher deve poder descansar numa cadeira de baloiço, numa bola, ou numa banheira com água” (LAMAZE, 2003).

A bola de parto, também conhecida como bola de nascimento, *birth ball*, *gym ball*, bola suíça entre outros termos, foi considerada por Coltters (2000) como um recurso a utilizar em serviços de obstetrícia e blocos de parto. O emprego da bola promove a postura vertical e proporciona liberdade de mudanças de posição à parturiente, o que contribui para a participação activa da mulher no processo do nascimento. A realização de exercícios com a bola na posição vertical (sentada) trabalha a musculatura do soalho pélvico, o que envolve em especial os músculos levantadores do ânus pubococcigeo e a fascia da pelve (CARRIÈRE, 1999).

Durante as contracções é importante proporcionar cuidados de qualidade que ajudem a mulher a lidar com o desconforto.

“a bola de nascimento pode estimular a mobilidade pélvica e o relaxamento pélvico e perineal quando a mulher se senta na bola firme mas depressível e se move com movimentos rítmicos. A aplicação de compressas mornas no períneo e na região lombar pode maximizar o relaxamento e o efeito de conforto. A bola deve ser suficientemente grande para que quando a mulher se senta, os seus joelhos formem um ângulo de 90º e os seus pés fiquem bem assentes no chão e afastados 60 cm” (LOWDERMILK e PERRY, 2006, p.448 - 449).

Segundo Lowdermilk & Perry (2006, p.446) “ a deambulação deve ser encorajada se as membranas estão intactas, se a apresentação fetal está encravada após a RM e se a mulher não fez terapêutica analgésica”.

Quando a mulher permanece deitada deve ser encorajada a mudar de posição com alguma frequência, cada 30 a 60 minutos. É referido que o posicionamento em decúbito lateral é mais indicado porque promove um fluxo utero-placentário e renal excelente e aumenta a saturação de oxigénio fetal (LOWDERMILK e PERRY, 2006).

Para Enkin et al. (2000, p.157), durante o 2º estágio de trabalho de parto “as mulheres devem ser incentivadas a dar à luz na posição que considerarem mais confortável, com excepção do decúbito dorsal sem inclinação, que deve ser evitado”.

Com a elaboração deste trabalho pretendo compreender melhor a dinâmica de procedimentos da liberdade de movimentos e posições durante o trabalho de parto no local do meu ensino clínico, participar como elemento facilitador dos mesmos. Proporcionar momentos de reflexão em conjunto com os EESMO envolvidos no processo, podendo clarificar os aspectos positivos e as dificuldades existentes, contribuindo para o meu processo formativo, numa atitude de lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional. Surge assim, após pesquisa bibliográfica a questão que sustenta o estudo a desenvolver:

**Qual o efeito, nas parturientes, das intervenções dos EESMO facilitadores da liberdade de movimentos e posições, durante o 1º e 2º estágio do trabalho de parto?**

Para encontrar resposta adequada à problemática que se apresenta, é essencial desenvolver competências específicas ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, que se enquadrem nas descritas pela OE e ICM no acompanhamento das mulheres/família durante o trabalho de parto. As teorias de enfermagem ajudam a explicitar a complexidade e multiplicidade dos fenómenos presentes no campo da saúde e também, servem como referencial teórico/metodológico/prático aos enfermeiros no desenvolvimento das suas competências. Para aquisição dessas competências específicas, as actividades que se pretendem desenvolver vão ter como quadro de referência o Modelo de Enfermagem de Auto-Cuidado de Dorothea Orem.

Para OREM (1980), **o auto-cuidado** é a prática de actividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito, o entendimento de acções (requisitos), que seguindo um modelo, contribuem de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos através de acções denominados **requisitos de autocuidado**. São três os requisitos de autocuidado ou exigências, apresentados por Orem: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (PEARSON e VAUGHAN, 1992). A Teoria do Auto-cuidado de Orem segundo Pearson e Vaughan (1992), tem como premissa básica, a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, e que pode beneficiar com o cuidado da equipa de enfermagem quando apresentar incapacidade de autocuidado ocasionado pela falta de saúde - a este desequilíbrio Orem dá o nome de **deficit de auto-cuidado**.

Orem identificou **cinco métodos de ajuda**: 1) agir ou fazer para o outro; 2) guiar o outro; 3) apoiar o outro 4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e 5) ensinar o outro (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem que são os seguintes: **o sistema totalmente compensatório; o sistema parcialmente compensatório; o sistema de apoio educação** (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

Para guiar este estudo, e pelo que já foi referindo anteriormente, a opção recaiu no Modelo de Auto-cuidado de Dorothea Orem, porque se identifica com o facto de promover o autocuidado da mulher/casal durante o trabalho de parto. Através da aplicação do seu método será possível determinar as deficiências ou limitações de autocuidado, permitindo *a posterior ia* definição dos papéis que facilitem o empoderamento para da liberdade de movimentos e posição durante o trabalho de parto, progressivamente incentivado pelo EESMO, de forma a encontrar a resposta à questão inicial.

Como objectivos para o presente projecto, foram definidos:

- Elaborar um projecto individual para o EC IV;
- Enumerar os objectivos e actividades a desenvolver no EC IV de acordo com as competências adquiridas em ensinios clínicos anteriores e a adquirir no presente ensino clínico, tendo como referência as competências do ICM e da Ordem dos Enfermeiros;
- Elaborar quadro de referência e indicadores de avaliação das competências;
- Enumerar indicadores para avaliação do percurso efectuado ao longo do EC IV;
- Elaborar o cronograma para o EC IV.

O presente trabalho inicia com a introdução, na qual é identificada e justificada a problemática de partida, realizado o enquadramento teórico, apresentando o quadro de referência que orienta o projecto, formulada a questão e descritas a finalidade e objectos do projecto. Seguir-se-á o planeamento do trabalho de campo que incluirá a finalidade e objectivos do EC IV, definida a metodologia de trabalho, com a referência da bases de dados a utilizar, dos critérios de elegibilidade, a aplicabilidade na área específica, e elaborado cronograma para previsão e gestão de tempo. Por fim será realizada uma reflexão final de forma a avaliar as actividades propostas e o percurso percorrido até ao momento de término do projecto.

# 1. PLANEAMENTO TRABALHO DE CAMPO

“o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. É necessário escolher um desenho se trate de explorar, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses. O investigador define a população e escolhe os instrumentos mais adequados para efectuar a colheita de dados. Assegurar-se também que os instrumentos são fiáveis e válidos” (FORTIN, 1999, p.40).

## 1.1. Finalidade e Objectivos

Com o presente estudo pretendo contribuir para a melhoria das condições de humanização dos cuidados prestados e bem-estar da mulher/casal/família durante o trabalho de parto e parto, respeitando a intimidade, privacidade, individualidade diferenças socioculturais, de acordo com as orientações do Código Deontológico do Enfermeiro (Artigo 86º e 89º).

Para o ensino clínico IV e de acordo com as competências específicas do EESMO da OE e do ICM foram delineados como, objectivos:

### Gerais

- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante o período pré-natal, potenciando o seu bem-estar;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, sendo sensíveis à sua cultura, durante os diferentes estádios do trabalho de parto e actuar em situações de emergência de forma a garantir a saúde da mulher/RN;
- Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/optimização à vida extra-uterina.

### Específicos

- Promover a Liberdade de Movimento e Posição durante o trabalho de parto e parto, segundo as orientações das práticas Demonstradamente Úteis, recomendado pela OMS.

## 1.2. Metodologia e Plano de Trabalho

Depois de definida a problemática, a metodologia é orientada para a pesquisa bibliográfica que irá ser efectuada por revisão sistemática da literatura, e análise da mesma, de forma a encontrar estudos que respondam e sustentem uma forte evidência científica à questão colocada neste estudo. Segundo Reis (2010, p.49) “a revisão da literatura resulta do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema e do problema da pesquisa escolhido”.

Para aceder à pesquisa foram escolhidos os seguintes descritores: **parto; Liberdade; Movimento; Deambulação; Posições; Verticais; Enfermeiro; Efeitos.**

O banco da base de dados electrónicas que irão ser utilizados para a revisão sistemática da literatura serão: CINHAlwith full text, MEDLINE with full text, MedicLatina, Academic Search Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews através EBSCO HOST e b-on (biblioteca do conhecimento online).

Os critérios de elegibilidade terão como inclusão: EEMOS facilitadores da liberdade de movimento e posições das grávidas em trabalho de parto no 1º e 2º estágio e efeito das intervenções. E exclusão: estudos em outras línguas que não o inglês, português ou castelhano. Estudos que não se refiram à liberdade de movimento e posição das mulheres durante o TP.

A descrição das actividades, processos de trabalho e os resultados esperados, serão elaborados numa tabela que constará em anexo, assim como a gestão do tempo previsto (Apêndices I e II). Na aplicabilidade do trabalho, pretendo promover intervenções de aplicação prática na melhoria dos cuidados de enfermagem oferecidos à mulher/família durante o TP, facilitando os processos para que ocorram de forma natural e humanizada, favorecendo cada vez mais a participação activa da mulher e do convivente significativo. Seleccionar estratégias adequadas que favoreçam rentabilização de alguns recursos existentes no local do EC, de acordo com a orientadora local EESMO Ana Genebra. Proporcionar uma reflexão conjunta na mudança das práticas em direcção à sua humanização sensibilizando outros EESMO, assente nos princípios do Código Deontológico do Enfermeiro e nas Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

## 2. REFLEXÃO CRÍTICA

Apesar do momento de tensão, esforço e de inquietude que reveste a elaboração do projecto de estágio, espero ter conseguido elaborá-lo de forma viável, actual, dotado de dinamismo e criatividade que possa beneficiar todos aqueles que directa ou indirectamente venham a ser abrangidos por ele. Um projecto é elaborado pela necessidade de inovação e de fazer em face de exigências futuras; o interesse pela aplicação de novas metodologias como é o caso da revisão sistemática da literatura é crescente, ele requer algum esforço de aprendizagem na utilização das suas ferramentas, e a inexperiência dificulta um pouco a sua utilização. É uma nova linha de pensamento que se apoia nas evidências científicas. Ao manuseá-las um investigador sedimenta e desperta novos conhecimentos, a sua aplicação na prática dos cuidados promove a resolução de problemas complexos, favorecendo novas condutas baseadas na evidência de enfermagem. Na actualidade, os grandes avanços tecnológicos e procedimentos altamente sofisticados acompanham paralelamente a prestação de cuidados, constituindo um desafio e uma exigência permanente do *saber-fazer e do saber-ser*. No entanto, a essência da disciplina de enfermagem existe no cuidado ao **outro**, na **pessoa**, que é um “**ser único**”, especial e diferente, exigindo uma conduta responsável e ética no respeito permanente pelos seus direitos, crenças, valores, cultura. Esta é a premissa do cuidado e da competência que deverá permanecer no espírito empreendedor e activo dos futuros EESMO.

Como refere Hesbeen (1997, p.169) na Enfermagem é necessário “ (...) conseguir manter-se fiel às «pequenas coisas» que a caracteriza (...)”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTELHO, J. R. (1996) - **O trabalho de Projecto na prática do Enfermeiro.** Enfermagem em Foco. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISSN 0871-8008. Nº23

CANAVARRO, M. C. (2001) - **Psicologia da Gravidez e da Maternidade.** Coimbra: Quarteto. Editora, ISBN 972-853-5-77-5

CARRIÈRE, B. (1999) - **Bola Suíça: teoria, exercicios básicos e aplicação clínica.** São Paulo: Ed. Manole

COLTTERS, C. M. (2000) - **Beneficios psicobiológicos del uso de la pelota de parto en embarazadas en trabajo de parto** Santiago: Pontificia universidad Católica del Chile. Escuela de Enfermera; Monografía

ENKIN, M. |et al| (2000) - **Guia para a atenção efectiva na gravidez e no parto** Rio de Janeiro. ed. Guanabara Koogan

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA - **Guia Orientador do Ensino Clínico IV** – Ano Lectivo 2010/2011. Lisboa: ESEL, OUT. 2010. Documento fornecido pela escola

FORTIN, M. F. (1999) - **O processo de Investigação: da Concepção à Realização** Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X

GRAÇA, L. M. (2005) - **Medicina materno-fetal.** 3ª ed. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-325-7

HESBEEN, W. (1997) - **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** 2ªEd. Lisboa: Lusociência.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) - **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice.** Hague: ICM. Acedido a 12/4/2010. Disponível em :<http://www.internationalmidwives.org>

**Liberdade de Movimentos Durante o trabalho de Parto** - Instituto Lamaze para o parto normal. Lamaze International, Inc. 2003, disponível em <http://www.lamaze.org>

LOWDERMILK, D. L; PERRY, S. E.(2006) - **Enfermagem na Maternidade.** 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) - **Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos.** Lisboa: Editorial Letrário. ISBN: 972-99646-0-2



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) - **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra  
[http://abenfo.redesindical.com.br/args/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/args/materia/56_a.pdf), acessado em  
06.02.2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) - **Humanização do Parto**, disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_), acessado em  
06.02.2011

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. (1992) - **Modelos para o exercício de enfermagem.** Londres: Heinmann Nursing. ISBN: 0-433-24902-1

REIS, F. L.(2010) - **Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado.** Lisboa: Pactor. ISBN 978-989-693-000-4  
[http://www.despertardoparto.com.br/Portals/1/d1/art\\_humanizado.asp](http://www.despertardoparto.com.br/Portals/1/d1/art_humanizado.asp), acessado  
em 08.02.2011

Imagem da capa: Amanda Greavette, disponível em  
<http://www.amandagreavette..>, acessado em 03.02.2011

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I do Projecto de Ensino Clínico**

### **Plano de Actividades**

## PLANO DE ACTIVIDADES – ENSINO CLÍNICO IV/BLOCO DE PARTOS

OBJECTIVO GERAL 1	Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem/especializados à mulher/família, durante o período pré-natal, potenciando o seu bem-estar.		
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>Apresentação integração na equipa multidisciplinar do bloco de partos e serviço de urgência obstétrica do Hospital de Cascais;</p> <p>Colher informações através de entrevistas informais com o OL, restantes elementos da equipa multidisciplinar, documentos existentes no serviço;</p> <p>Conhecer circuito de admissão da utente/convivente significativo, no Serviço;</p> <p>Consulta de documentação existente no serviço utilizada na prestação de Cuidados de Enfermagem especializados;</p> <p>Observar prestação de cuidados efectuados pelo EESMO orientador do local e restante equipa;</p> <p>Realizar acolhimento à utente/convivente significativo nos referidos serviços;</p> <p>Realizar anamnese, em ambiente calmo e acolhedor, respeitando a privacidade da utente/convivente significativo;</p> <p>Consultar utentes/conviventes significativos acerca da frequência de cursos de preparação para o nascimento/parentalidade;</p> <p>Consultar Boletim Individual de Grávida e Exames Complementares de diagnóstico realizados durante o período pré-natal;</p> <p>Avaliar o bem-estar materno-fetal através da avaliação dos parâmetros vitais, estática fetal e monitorização cardiocográfica;</p> <p>Realizar exame bimanual para avaliação da cervicometria, pavimento pélvico e alterações obstétricas/ginecológicas;</p> <p>Identificar situações de risco que alterem o bem-estar materno-fetal, encaminhar e comunicar à equipa multidisciplinar;</p> <p>Comunicar às utentes/convivente significativa situações detectadas;</p> <p>Comunicar e esclarecer cuidados especializados a prestar, procedimentos a efectuar consoante as necessidades detectadas;</p> <p>Administrar terapêutica prescrita consoante prescrição médica;</p> <p>Realizar colheita de produtos para realização de exames complementares de diagnóstico;</p> <p>Realizar ed. para a saúde consoante as necessidades detectadas, idade gestacional e questões colocadas pela utente/convivente significativo (ex., vários estádios do trabalho de parto, medidas de conforto durante o trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas e farmacológicas, pós-parto, amamentação, entre outros);</p> <p>Realizar registos de enfermagem no processo clínico;</p> <p>Reflectir adequando sempre que necessário, as actividades desenvolvidas, (diários de aprendizagem) e através de reuniões informais e programadas com os orientadores do ensino clínico.</p>	<p># Adquirir as competências necessárias para prestar cuidados autónomos e especializados à mulher/família durante o pré-natal;</p> <p># Ser capaz de identificar situações de risco e de desenvolver estratégias para as resolver.</p> <p># Ser um elemento que colabora na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.</p> <p># Adquirir novos conhecimentos consolidar os já existentes, através da observação da prestação de cuidados, da pesquisa e do estudo;</p> <p># Reflectir sobre as práticas e situações vividas e assumir erros e responsabilidades.</p>	<p>Temporais: inicio a 17 de Janeiro terminos a 1 de Julho</p> <p>Materiais: documentos normas protocolos do serviço.</p> <p>Boletim de saúde da grávida, processo de enfermagem e material necessário à prestação de cuidados.</p> <p>Físicos: serviço de urgência obstétrica e bloco de partos do Hospital de Cascais</p> <p>Humanos: equipa multidisciplinar; Enf.<sup>a</sup> EESMO Ana Genebra (OL); Docente Orientador Enf.<sup>o</sup> Mário Cardoso</p>	<p>Reflexão quinzenal sobre a prática clínica</p> <p>Avaliações formativas e final</p> <p>Relatório de Ensino Clínico</p>

## PLANO DE ACTIVIDADES – ENSINO CLÍNICO IV/BLOCO DE PARTOS

OBJECTIVO GERAL 2	Desenvolver competências técnicas/científicas/relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto sendo sensíveis à sua cultura, e actuar em situações de emergência de forma a garantir a saúde da mulher/RN		
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>Realizar acolhimento à utente/convivente significativo no bloco de partos;                      Informar utente acerca da presença do convivente significativo à sua escolha e permanência do mesmo durante o trabalho de parto, se for esse o seu desejo;                      Proporcionar medidas de conforto ambiente seguro e tranquilo à utente antes do início dos procedimentos;                      Realizar anamnese, em ambiente calmo e acolhedor, respeitando a privacidade da utente/convivente significativo;                      Consultar utente/convivente significativo acerca da existência de plano de parto, quais as decisões que tomou relativamente ao seu parto e cuidados ao recém-nascido;                      Consultar Boletim Individual de Grávida e Exames Complementares de diagnóstico realizados durante o período pré-natal;                      Cavalgar o bem-estar materno-fetal através da avaliação dos parâmetros vitais, estática fetal e monitorização cardiotocográfica;                      Puncionar acesso venoso periférico de bom calibre, colheita de sangue para análises e iniciar soroterapia, segundo prescrição médica e protocolos homologados,                      Verificar resultados analíticos relativamente serologias: rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, hepatite B e C, HIV I e II, VDRL e pesquisa de estreptococos do grupo B no exsudado rectal e vaginal;                      Iniciar antibioterapia profiláctica, se infecção comprovada analiticamente ou se resultados desconhecidos (se início de trabalho de parto) segundo prescrição médica e protocolos homologados;                      Avaliar os conhecimentos da parturiente, relativos à preparação para o parto, nomeadamente acerca da respiração e posição e efectuar ensino, se necessário.                      Reduzir a luminosidade e o ruído, mantendo música suave, se possível.                      Possibilitar a ingestão de pequenas quantidades de água e líquidos açucarados e fornecer rebuçados.                      Registo de todos os parâmetros avaliados no partograma (cervicometria, apresentação, variedade, características do líquido, interpretação do CTG, exames e procedimentos efectuados, soros e medicação administrada, eliminação, sinais vitais, e alterações significativas, que ocorram durante o trabalho de parto, assim como as medidas empreendidas para as colmatar.                      Administrar terapêutica consoante prescrição médica e protocolos homologados;                      Proporcionar estratégias não farmacológicas no alívio da dor e redução da ansiedade, como deambulação, hidroterapia, musicoterapia, jactos de água quente, técnicas respiratórias e de relaxamento na bola de Pilates, entre outros;                      Informar acerca das estratégias farmacológicas para alívio da dor;                      Contactar anestesia para realização de analgésica epidural, se reunidas condições analíticas e evolução do trabalho de parto, e colaborar na sua colocação;</p>	<p>Atingir os objectivos propostos para este EC (descritos no guia orientador do estágio com relatório)</p>	<p>Temporais: início a 17 de Janeiro                      termos a 1 de Julho</p> <p>Materiais: documentos, normas e protocolos do serviço, equipamento utilizado na vigilância do bem-estar materno-fetal</p> <p>Físicos: serviço de urgência obstétrica e bloco de partos do Hospital de Cascais</p> <p>Humanos: equipa multidisciplinar; Enf.ª EESMO Ana Genebra (OL); Docente Orientador Enf.º Mário Cardoso Grávidas e puérperas</p>	<p>Reflexão quinzenal sobre a prática clínica</p> <p>Avaliações formativas e final</p> <p>Relatório de Ensino Clínico</p>

## PLANO DE ACTIVIDADES – ENSINO CLÍNICO IV/BLOCO DE PARTOS

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p><b>OBJECTIVO GERAL</b> 2 Cont.</p> <p>Desenvolver competências técnicas/científicas/relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto sendo sensíveis à sua cultura, e actuar em situações de emergência de forma a garantir a saúde da mulher/RN</p>			
<p>Realizar nova administração de analgésica através do cateter epidural, se reunidas condições (parâmetros vitais e cervicometria), segundo protocolo homologado e prescrição terapêutica;</p> <p>Preparação do material necessário para a realização de parto eutócico;</p> <p>Promover vinculação precoce, através do contacto pele a pele, entre a díade/tríade;</p> <p>Permitir corte do cordão umbilical pelo convivente significativo, se for esse o seu desejo;</p> <p>Realizar episiotomia, quando necessário;</p> <p>Realizar colheita de sangue do cordão umbilical para tipagem do grupo de sangue do recém-nascido quando grupo sanguíneo materno for do grupo 0 ou se for Rh - e para conservação de células estaminais, respeitando indicações do laboratório de conservação;</p> <p>Verificar integridade da placenta e membranas amnióticas;</p> <p>Verificar características e integridade do cordão umbilical;</p> <p>Realizar extracção manual da placenta e membranas, se não ocorrer dequitação natural;</p> <p>Realizar revisão uterina manual, quando for necessário</p> <p>Realizar revisão do canal vaginal e suturar lacerações se verificar sua existência;</p> <p>Realizar episiotomia, sob efeito de anestesia local, se necessário</p> <p>Verificar formação do globo de segurança de Pinard;</p> <p>Verificar características e quantidade das perdas hemáticas;</p> <p>Promover relação precoce entre a tríade;</p> <p>Promover amamentação precoce, se for o desejo da utente;</p> <p>Proporcionar cuidados no 4º estágio do trabalho de parto, à utente/RN;</p> <p>Informar equipa multidisciplinar, se evolução de trabalho de parto não for da competência do EESMO;</p> <p>Informar e colaborar com a equipa multidisciplinar quando detectadas complicações no puerpério imediato;</p> <p>Transferir puérpera para Unidade de Cuidados Intensivos, se houver indicação;</p> <p>Realizar registos de enfermagem relativamente à admissão, parto e puerpério imediato, de forma a promover continuidade dos cuidados prestados;</p> <p>Transmitir a informação pertinente, na passagem de ocorrências quando reunidas condições para a transferência da utente, para o serviço de internamento de obstetrícia ou Unidade de Cuidados Intensivos;</p> <p>Realizar, no mínimo, 40 partos eutócicos;</p> <p>Realizar diários de aprendizagem de forma a reflectir acerca dos cuidados prestados durante o ensino clínico.</p>			

## PLANO DE ACTIVIDADES – ENSINO CLÍNICO IV/BLOCO DE PARTOS

**OBJECTIVO GERAL**  
3

Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação/optimização à vida extra-uterina

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>Preparação da mesa de reanimação para recepção do recém-nascido no pós-parto;                      Verificação do funcionamento de todo o material necessário para a recepção e reanimação do recém-nascido;                      Registrar hora de nascimento;                      Evitar que recém-nascido perca calor, através da secagem da pele estimulação táctil e colocação de lençol aquecido sobre o mesmo (manter o recém-nascido o mais tempo possível em contacto pele a pele com a mãe) receber o recém-nascido após laqueação do cordão umbilical,                      Avaliar Índice de Apgar (frequência cardíaca, respiração, coloração da pele, tonicidade muscular e irritabilidade reflexa) ao 1º, 5º e 10º minuto;                      Verificar laqueação do cordão umbilical e existência de 3 vasos no mesmo;                      Verificar existência de eliminações lexical e intestinal;                      Efectuar pesagem; administração. De vitamina K;                      Colocar pulseiras de identificação e electrónicas, na presença da utente/convivente significativo;                      Colocação da 1ª roupa escolhida pela utente/convivente significativo;                      Promover amamentação precoce, nos primeiros 30 minutos, se for desejo da utente, e realizar educação para a saúde necessária;                      Verificar sinais de boa pega, reflexos de sucção e deglutição;                      Esclarecer dúvidas colocadas pela utente/convivente significativo;                      Proporcionar apoio psicológico à utente/convivente significativo;                      Comunicar à equipa médica, se Índice de Apgar desfavorável;                      Iniciar e colaborar na reanimação ao recém-nascido, quando necessário;                      Transferir para a Unidade de Neonatologia, se houver indicação;                      Proporcionar esclarecimentos acerca dos procedimentos efectuados ao recém-nascido e proporcionar apoio psicológico à utente/convivente significativo;                      Realizar registos de enfermagem, de forma a promover continuidade dos cuidados prestados; transmitir a informação pertinente, na passagem de ocorrências;                      Realizar diário de aprendizagem da semana de ensino clínico dedicada à Neonatologia.</p>	<p>-Atingir os objectivos propostos para este EC (descritos no guia orientador do estágio com relatório)</p>	<p>Temporais: início a 17 de Janeiro                      términos a 1 de Julho</p> <p>Materiais: documentos, normas e protocolos do serviço, equipamento de recepção ao RN</p> <p>Físicos: serviço de urgência obstétrica e bloco de partos do Hospital de Cascais</p> <p>Humanos: equipa multidisciplinar;                      Enf.ª EESMO Ana Genebra (OL);                      Docente Orientador Enf.º Mário Cardoso Grávidas e puérperas</p>	<p>Reflexão quinzenal sobre a prática clínica</p> <p>Avaliações formativas e final</p> <p>Relatório de Ensino Clínico</p>

## PLANO DE ACTIVIDADES – ENSINO CLÍNICO IV/BLOCO DE PARTOS

OBJECTIVO ESPECIFICO 1	Promover a Liberdade de Movimento e Posição durante o trabalho de parto e parto, orientação das práticas Demonstradamente Úteis, recomendadas pela OMS		
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<p>Manter presença continua demonstrando suporte no acompanhamento durante o 1º e 2º estágio do trabalho de parto, transmitindo informação sobre o que vai acontecendo, inspirando segurança e tranquilidade;</p> <p>Vigilância da utente para avaliação da progressão do trabalho de parto, estar atenta à alteração da fase activa que se pretende ser mais rápida na dilatação (velocidade máx. de dilatação 3cm/h), valorizar as subfases – aceleração, inclinação máxima e desaceleração;</p> <p>Identificação do início da fase activa: colo completamente apagado, e com cerca de 3 a 4cm de dilatação;</p> <p>Vigilância das características das contracções e dos batimentos cardio-fetais;</p> <p>Promover a diminuição dos desconfortos provocados pelas contracções uterinas, incentivando a utente a deambular utilizando o “corredor de deambulação” do bloco de partos, se não houver contra-indicação;</p> <p>Proporcionar estratégias não farmacológicas no alívio da dor e redução da ansiedade, hidroterapia, musicoterapia, jactos de água quente, técnicas respiratórias e de relaxamento na bola de nascimento, entre outros;</p> <p>Promover o uso da bola de nascimento, informando a mulher/convivente significativo sobre os benefícios, favorecendo a adopção de posições verticais, aumenta a tonicidade dos músculos pélvicos e aumenta a mobilidade da bacia e ajuda a diminuir a percepção da intensidade das contracções uterinas;</p> <p>Exemplificar alguns posicionamentos na bola que favorecem o bem-estar;</p> <p>Incentivar o uso da bola de nascimento para favorecer a liberdade de movimentos ao ritmo das contracções;</p> <p>Promover as posições verticais na bola de nascimento, que facilitem os movimentos ventilatórios da mãe que se traduzem num melhor resultado do equilíbrio ácido-básico de ambos (mãe/feto);</p> <p>Valorizar as posições de pé escolhidas pela mulher, incentivando a participação do convivente significativo, para em conjunto descobrirem um melhor conforto;</p> <p>Avaliação da progressão do trabalho de parto através do toque vaginal: características do colo, identificação da integridade das membranas, características do líquido amniótico se bolsa de águas rota e determinação da apresentação;</p> <p>Promover a eliminação vesical de 2/2h;</p> <p>Avaliação do bem-estar fetal através de monitorização externa, se possível intermitente;</p> <p>Avaliação de sinais vitais em S.O.S.</p> <p>Realizar os registos de enfermagem.</p>	<p># Incentivar o maior número de mulheres a deambular o mais tempo possível durante o 1º e 2º estágio TP;</p> <p># Percepcionar que o movimento está associado a redução do tempo de TP.</p> <p># Fomentar nas mulheres maior autonomia e participação no parto natural;</p> <p># Saber utilizar o partograma com ferramenta estratégica para avaliação e condução do TP de forma natural.</p> <p># Dinamizar o uso correcto e adequado da bola de nascimento durante os 1º e 2º estágios do TP.</p>	<p>Temporais: início a 17 de Janeiro términos a 1 de Julho</p> <p>Materiais: documentos, artigos. Bola de nascimento.</p> <p>Físicos: bloco de partos e “corredor de deambulação” do Hospital de Cascais</p> <p>Humanos: equipa multidisciplinar; Enf.ª EESMO Ana Genebra (OL); Docente Orientador Enf.º Mário Cardoso Grávidas e puérperas</p>	



## **Apêndice II do Projecto de Ensino Clínico**

### **Cronograma das Actividades**

#### **EC IV - Bloco de Partos**



## **APÊNDICE II**

**CARACTERIZAÇÃO BLOCO DE PARTOS  
DO HOSPITAL DR. JOSÉ DE ALMEIDA  
CASCAIS**

## Caracterização do Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida

O Hospital Dr. José de Almeida – HPP de Cascais pertence ao grupo HPP Saúde, um grupo privado de cuidados de saúde, que tem como objectivo prestar um serviço centrado nas necessidades do cliente. A política de qualidade da HPP Saúde consiste em garantir a satisfação das necessidades dos clientes, numa lógica pluridisciplinar, diferenciada e assente em padrões de qualidade exigentes, para obter o melhor resultado em termos de saúde, com adequados níveis de preços, de serviço e de segurança.  
<http://www.hppcascais.pt>

O Hospital de Cascais Dr. José de Almeida está localizado em Alcabideche, tem como área de influência o Concelho de Cascais e 8 freguesias do Concelho de Sintra abrangidas pela área materno-infantil. As freguesias do Concelho de Sintra abrangidas são: Algueirão - Mem Martins; Pêro Pinheiro; Colares; São João das Lampas; Sintra (Santa Maria e São Miguel); Sintra (São Martinho), (São Pedro de Penaferrim) e Terrugem. <http://www.hppcascais.pt>

Imagem 1: Freguesias Concelho de Cascais



Imagem 2: As 8 freguesias do Concelho de Sintra da área de influência do Hospital de Cascais



Fontes: [http://www.cascaisenergia.org/files/billeder/Energia/Matriz Energetica/imgs/mapa\\_cascais.jpg](http://www.cascaisenergia.org/files/billeder/Energia/Matriz Energetica/imgs/mapa_cascais.jpg)  
<http://www.cmsintra.pt/%5CAnexo%5C633789494727641250Mapa%20das%20freguesias%20do%20concelho%20de%20Sintra.pdf>

O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia divide-se por dois pisos: no terceiro piso o Bloco de Partos, a Urgência Obstétrica e Ginecológica; no quinto piso os serviços de internamento de obstetrícia, internamento de grávidas de risco e ginecologia. No piso do Bloco de Partos, encontra-se ainda a Unidade de Neonatologia e Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, a qual tem capacidade para 14 bebés e 8 crianças respectivamente.

O Bloco de Partos tem no seu espaço físico, sete salas de parto, sendo proporcionada às parturientes a possibilidade de ocuparem uma sala com casa de banho individualizada e realizarem o seu trabalho de parto desde o início do primeiro estágio até ao puerpério imediato, sem ser necessário deslocar-se (mesmo que se efectue um parto distócico). Em caso de cesariana são transferidas para o bloco operatório e posteriormente ficam no recobro ( que tem lotação para três camas).

Em relação aos recursos humanos, a equipa é constituída pelo Director do Serviço, por 4 equipas médicas, por um Enfermeiro Coordenador, Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, pela Enfermeiro-chefe, Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, 21 Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, 14 Enfermeiros generalistas, 10 Assistentes operacionais e duas Assistente Administrativa.

Normalmente, a organização da equipa de enfermagem escalada para a prestação de cuidados é constituída por quatro Especialistas em Saúde

Materna e Obstetrícia e dois enfermeiros generalistas, por turno, sendo que um EESMO é previamente designado para a Urgência Ginecológica e Obstétrica.

O método de trabalho é o individual. Enfermeiro especialista é o responsável pela execução de todos os cuidados de forma personalizada e globalizada envolvendo às utentes/famílias, de acordo com a distribuição efectuada no início do turno. Para Hesbeen (2000, p.139) “cada enfermeira é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário”.

O estágio com relatório teve a duração de vinte semanas no bloco de partos e uma semana na unidade de cuidados intensivos neonatais, do referido hospital, com um total efectivo de 580 horas de estágio.

## **APÊNDICE III**

### **MULTIMÉDIA DA ACÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO**

# LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO

Manuela Realista

Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia  
Da  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Estágio Bloco de Partos

Orientadora do Estágio: EESMO Ana Genebra  
Docente Orientador: Mário Cardoso

1

fppt.com

## LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO

### AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

TEMA: LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE O TRABALHO DE PARTO

DESTINATÁRIOS: EQUIPA DE ENFERMAGEM DO BLOCO DE PARTOS DO HOSPITAL DRº JOSÉ DE ALMEIDA/CASCAIS

TEMPO PREVISTO: 20 MINUTOS

DATA: 27 DE JUNHO DE 2011

2

fppt.com

## LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO

### OBJECTIVOS

- REFLECTIR SOBRE A PROMOÇÃO DA LIBERDADE DE MOVIMENTOS E POSIÇÕES DURANTE O PARTO
- CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS A PRESTAR AS PARTURIENTES FAVORECENDO A LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE O TRABALHO DE PARTO
- FACILITAR TROCA DE EXPERIÊNCIAS E OPINIÕES ENTRE OS PARTICIPANTES

3

fppt.com

## LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO

### DEFINIÇÃO

Orientações da OMS (1996) apontam cada vez mais no sentido de uma maior humanização do parto. A OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal:

- "A- Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- C - Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com precaução, até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado."

4

fppt.com

## LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO

### A- Práticas Demonstradamente Úteis devem ser:

- incentivadas e implementadas no atendimento durante o parto,
- proporcionam à mulher uma assistência digna, segura, com qualidade e livre de riscos, garantindo os aspectos fisiológicos do parto.
- Nesta categoria, está preconizada, entre outras a liberdade de movimento e posições durante o 1º e 2º estádios do trabalho de parto.

5

fppt.com

## LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO

O **parto normal** é definido como um processo fisiológico excepcional com o qual a mulher completa a sua gravidez de termo, estando implicados factores psicológicos e socioculturais. O seu início é natural, evolui e finaliza sem complicações, culminando com o nascimento e não implica mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo para que tenha êxito (FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DAS PARTEIRAS ESPANHOLAS, 2006).

6

fppt.com



### LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO

- ❑ A posição afecta as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher no trabalho de parto.
- ❑ A liberdade de movimento, assim como as posições verticais, são importantes para facilitar o nascimento.

#### VANTAGENS

- > utiliza a força da gravidade para auxiliar a descida do feto,
- > aumenta o tamanho e a forma da pélvis,
- > permite responder à dor de uma forma activa,
- > acelera o processo do trabalho de parto
- > o útero responde ao movimento trabalhando com maior eficiência
- > forma de distração dos desconfortos e interação com o acompanhante

7

fppt.com

### LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO

A liberdade de movimentos, a deambulação da mulher e a escolha de posição em todo o desenrolar do trabalho de parto, são formas de cuidado que provavelmente são benéficas à mulher e que deveriam ser encorajadas (Enkin et al., 2000)

Caminhar, sentar, ou permanecer de pé e ligeiramente inclinada para a frente apoiada no acompanhante, muitas vezes torna-se mais confortável que estar deitada e facilita a progressão do trabalho de parto. (Simkin e Ancheta, 2000)

8

fppt.com

### LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO

A posição vertical inclui:

- > Posição em pé/caminhar
- > Permanecer de pé inclinar-se para a frente apoiada no acompanhante, no fundo da cama, nas costas de uma cadeira ou na bola de parto
- > Sentada na cama, numa cadeira, na casa de banho
- > Cócoras

Quando a parturiente assume estas posições:

- ocorre aumento do fluxo sanguíneo ao útero,
- aumenta o aporte de O<sub>2</sub> ao feto,
- as contracções tornam-se mais eficientes,
- permite o alívio da dor.

9

fppt.com

### LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO



#### DE PÉ/CAMINHAR

- ✓ O efeito da gravidade melhora o ciclo das contracções,
- ✓ promove o aumento da pressão hidrostática intramiótica e favorece a descida do feto,
- ✓ exercendo uma maior pressão no colo provoca o seu encurtamento levando ao seu apagamento e dilatação.
- ✓ Este ciclo produz um aumento dos impulsos do colo uterino para a hipófise. Esta induz o aumento da produção e libertação da ocitocina intensificando as contracções - isto facilita o apagamento e a dilatação é menos dolorosa.
- ✓ Reduz o tempo do 1º estágio do trabalho de parto

10

fppt.com

### LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO



#### CÓCORAS E

#### QUATRO APOIOS/GENUFLEXÃO:

- ✓ ajuda o movimento pélvico,
- ✓ facilita a rotação interna do feto
- ✓ aumenta a mobilidade do cóccix,
- ✓ aumenta os diâmetros pélvicos e utiliza a gravidade para virar o dorso do feto e rodar a cabeça.
- ✓ aumento do débito cardíaco favorece o fluxo sanguíneo da unidade útero-placentar e dos rins maternos.
- ✓ alivia a dor lombar.
- ✓ a posição de cócoras é a mais eficaz para a descida e nascimento do feto.
- ✓ no período expulsivo a dor é menor.

11

fppt.com

### LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO



#### SEMI-FOWLER,

- ✓ o peso da parturiente força o sacro movendo o cóccix para a parte anterior,
- ✓ provoca redução do estreito inferior da bacia,
- ✓ no entanto os músculos abdominais funcionam em maior sincronia com as contracções uterinas. Quando esta posição é utilizada no período expulsivo, necessita de maior apoio para ser eficaz.
- ✓ quanto maior o ângulo de elevação, maior é a força da gravidade exercida promovendo a descida do feto, a progressão das contracções e o aumento das dimensões pélvicas

12

fppt.com



**LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO**

**BOLA**  
 Ajoelhada debruçada sobre a bola  
 ✓ Diminui a dor lombar  
 ✓ Promove o relaxamento muscular  
 ✓ Ajuda a rotação fetal

**Sentada**  
 ✓ Movimentos de rotação, de propulsão e balanço  
 ✓ Estimula a mobilidade pélvica  
 ✓ Relaxamento dos músculos da pelve e perineo  
 ✓ Melhora o encravamento, rotação e descida do feto

A utilização da bola favorece as mudanças de posição, alternando as relações entre a gravidade, as contrações uterinas, o feto e a pelve



© 2008 American Birth Experience, Inc. Todos os direitos reservados.

fppt.com

**LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO**

**DECÚBITO LATERAL**  
 ✓ promove um excelente fluxo utero-placentário e renal  
 ✓ aumenta a saturação de oxigênio fetal,  
 ✓ alivia a dor lombar e facilita massagem da região lombar,  
 ✓ alivia a pressão do períneo reduzindo o risco de trauma  
 ✓ é considerada como boa posição para o nascimento.

✓ na posição dorsal aconselha-se a colocação de uma almofada em cunha por baixo de uma anca para evitar que o útero comprima a veia cava e a aorta



© 2008 American Birth Experience, Inc. Todos os direitos reservados.

14 fppt.com

**LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO**

*Caminhando para o parto normal*



A liberdade de movimentos é a principal componente para lidar com o desconforto  
 Não existe uma posição ideal para o trabalho de parto

15 fppt.com

**LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE TRABALHO DE PARTO**

O parto é um processo ativo.  
 Se não existirem restrições, o corpo responderá para facilitar o processo, tanto para a mulher como para o bebê.

(LAMAZE, 2003)



Amanda Greavette 16 fppt.com

**Referências Bibliográficas**

- GARRIÈRE, R. (1999) - Bola Suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica. São Paulo: Ed. Manole.
- ENKIN, M. J et al | (2000) - Guia para a atenção efectiva na gravidez e no parto Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan
- Liberdade de Movimentos Durante o trabalho de Parto - Instituto Lamaze para o parto normal. Lamaze International, Inc. 2003, disponível em <http://www.lamaze.org>
- LOWDERMILK, Debra L; PERRY, Shannon E (2006) - Enfermagem na Maternidade, 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) - Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra
- [http://liverfo.ociencias.ci.com.br/gggs/materia/76\\_o.pdf](http://liverfo.ociencias.ci.com.br/gggs/materia/76_o.pdf), acessado em 06.02.2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) Humanização do Parto, disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto>, acessado em 06.02.2011.
- Imagem da capa: Amanda Greavette, disponível em <http://www.amandagreavette.com>, acessado em 15.06.2011
- [http://www.despertardoparto.com.br/Portals/1/d1/art\\_humaniizado.asp](http://www.despertardoparto.com.br/Portals/1/d1/art_humaniizado.asp), acessado em 15.06.2011

17 fppt.com

# LIBERDADE DE MOVIMENTO E POSIÇÕES DURANTE O TRABALHO DE PARTO



## BOLA

DIMINUI A DOR LOMBAR.  
PROMOVE O ALONGAMENTO DA COLUNA.  
FAVORECE O RELAXAMENTO E O CONFORTO DURANTE AS CONTRACÇÕES.  
PROMOVE A DESCIDA E A ROTAÇÃO DA APRESENTAÇÃO FETAL.



## CAMINHADA

MELHORA A ACTIVIDADE DO ÚTERO  
FAVORECE O APAGAMENTO E DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO DIMINUI O TEMPO DO 1º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO.  
AJUDA A DESCIDA DO FETO.  
FAVORECE MOMENTOS DE DISTRAÇÃO AUMENTA O SEU CONFORTO.



## QUATROS APOIOS

ALIVIA A DOR LOMBAR  
FAVORECE A CIRCULAÇÃO MATERNO-FETAL.  
REDUZ O TRAUMA AO NÍVEL DO PERÍNEO.  
FACILITA A POSIÇÃO CORRECTA DO FETO.



## SEMI-FOWLER

INCLINAR-SE

PARA A FRENTE E SEGURE OS JOELHOS.  
OS MÚSCULOS ABDOMINAIS FUNCIONAM EM MAIOR SINCRONIA COM AS CONTRACÇÕES FACILITANDO O PERÍODO EXPULSIVO.



## BALANÇAR

PARA A FRENTE,

PARA TRÁS E PARA OS LADOS PROMOVE O MOVIMENTO DO FETO AUXILIA NA DESCIDA  
AUMENTA O CONFORTO MATERNO



## CÓCORAS

ALIVIA A DOR LOMBAR  
AUMENTA OS ESPAÇOS DA BACIA FAVORECENDO O ALINHAMENTO, DESCIDA DO FETO.  
CONSIDERADA A MELHOR POSIÇÃO PARA O PERÍODO EXPULSIVO



## DÉ SOBRE CADEIRA

DURANTE A CONTRACÇÃO

INCLINE-SE PARA A FRENTE AUMENTA OS DIÂMETROS PÉLVICOS.  
USA A GRAVIDADE PARA DIRECCIONAR A CABEÇA DO FETO NO ESTREITO PÉLVICO FACILITANDO A DESCIDA DO FETO.



## LATERAL

FACILITA O DESCANSO

AUMENTA A CIRCULAÇÃO ÚTERO-PLACENTAR PODE AJUDAR A RODAR O FETO QUE ESTÁ NUMA POSIÇÃO MENOS CORRECTA.  
QUANDO UTILIZADA NO PERÍODO EXPULSIVO AJUDA A CONTROLAR A VELOCIDADE DE UM NASCIMENTO PRECIPITADO.



## SENTADA/INCLINADA

ALIVIA A DOR NA REGIÃO LOMBAR.

FAVORECE O ALONGAMENTO DA COLUNA  
FACILITA A MASSAGEM NA REGIÃO SAGRADA.

AUMENTA OS DIÂMETROS DA BACIA.

**LEMBRE-SE,  
O IMPORTANTE É ESTAR CONFORTÁVEL EM QUALQUER POSIÇÃO,  
EXPERIMENTE AS POSIÇÕES QUE QUISER E MUDE DE POSIÇÃO SEMPRE QUE LHE APETECER!**

**APÊNDICE IV**  
**DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA**  
**REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

## Discussão dos Resultados da Revisão Sistemática da Literatura

Todos os artigos apresentados avaliam a relação entre a liberdade de movimento e posições da parturiente durante o trabalho de parto. Foram identificados temas / domínio central relacionados com a temática.

- Mudança nas práticas de cuidados
- Efeitos das posições verticais e movimento
- Conforto materno

Um estudo realizado por Gennaro, Mayberry, e Kafulafula (2007), apresenta uma revisão narrativa da pesquisa que se dirige à organização dos cuidados de enfermagem na assistência ao parto, incorporando cinco áreas distintas dos cuidados de enfermagem: a) gestão da admissão e internamento, monitorização, b), avaliação da progressão do trabalho de parto, c) monitorização fetal, d) a prática de cuidados e conforto durante o trabalho de parto e e) a gestão do segundo estágio do trabalho de parto. Referem que a **mudança nas práticas de cuidados** de enfermagem durante o trabalho de parto é baseada em três factores diferentes. Primeiro, é a investigação que tanto determina novas formas de atendimento para as mulheres em trabalho de parto, sustentando a necessidade de eliminar práticas que são ineficaz e só pioram a parturiente. O segundo factor é o conceito da evolução das tendências sociais que contribuem para a nossa compreensão das prioridades das mulheres e necessidades durante o processo do parto impulsionando mudança nas práticas. O terceiro refere o tipo de local da prática em que uma enfermeira trabalha, apresenta um impacto sobre a sua capacidade para incorporar as mudanças na prática de forma atempada. Nas cinco áreas de cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto, há evidências recentes de mudança na prática, existe informação sobre as preferências da parturiente, e de que os enfermeiros têm algum grau de autonomia para programar as mudanças nas práticas. Um dos estudos realizado por Romano e Lothian (2008), descreve a fisiologia do parto natural e a maneira como as práticas de cuidados de enfermagem na maternidade podem afectar este processo. Neste estudo apresentam seis práticas para promover, proteger e apoiar o parto normal (evitar indução desnecessárias do trabalho de parto, permitindo a

liberdade de movimento e posição da parturiente, proporcionando o contínuo suporte no trabalho parto, evitando-se intervenções de rotina e restrições, incentivando o esforço expulsivo espontâneo em posições não supinas, e manter mães e bebês juntos após o nascimento, sem restrições sobre o aleitamento materno). São consideradas intervenções que o EESMO deve promover ao prestar cuidados, elas reflectem e optimizam a possibilidade da mulher conseguir um parto normal. É aqui referido pelas autoras que as políticas restritivas do hospital, a rotina do uso de linhas intravenosas e os monitores fetais restringem o resultado do movimento na maioria das mulheres, passando a maior parte dos estádios na posição supina. Neste estudo a evidência sugere que a interferência com o processo fisiológico normal do parto e nascimento aumenta o risco de complicações materno-fetal. No artigo de Bianche e Adams (2009), é referido que os enfermeiros possuem competências técnicas sofisticadas e competências interpessoais especializadas para atender às exigências do desenvolvimento físico e psicossocial das necessidades da mulher em trabalho de parto. Essas competências e comportamentos asseguram uma experiência de parto positivo. São estratégias não farmacológicas de suporte e conforto que são úteis às mulheres em trabalho de parto e nascimento, são designados - *Labores Support Behaviors* (LSB). Para Bianche e Adams (2009), os *LSB* agrupam-se em quatro categorias: física, emocional, instrução/informação e de defesa. Ao longo do seu artigo estão descritos vinte e um *LSB*. No entanto, refere-se aqui apenas o *LSB conforto físico*: fornecem à parturiente o conforto físico, melhoraram o seu trabalho de parto e aumentam a sua satisfação com o processo de nascimento, nesta categoria, incluem a posição vertical ou lateral para o conforto, num ambiente calmo para alívio do desconforto e dor. As **posições verticais** foram avaliadas em quatro artigos. No estudo de Gennaro, Mayberry, e Kafulafula (2007), as posições verticais não estão relacionadas com qualquer resultado negativo fetal ou neonatal, e os efeitos positivos podem incluir uma redução de hemorragia perineal. Neste artigo é mencionada uma meta-análise que refere uma menor duração do trabalho de parto no segundo estágio quando as parturientes usavam posições verticais neste período. Romano e Lothian (2008), mencionam relativamente à prática de **liberdade de movimento** ao longo do trabalho de parto referem que as mulheres entregues a si próprias vão

escolher uma variedade de movimentos para lidar com o trabalho de parto. Um estudo de coorte prospectivo com grávidas de baixo risco encontrou uma associação entre **deambulação** em trabalho de parto e redução do risco de parto operatório (incluindo parto vaginal e cesariana). Em **pé, caminhando, balançando, inclinando-se**, assumindo a **posição de genuflexão ou cócoras**, são exemplos de movimentos espontâneos que as mulheres instintivamente usam em resposta a sensações de dor durante o trabalho parto. As políticas de incentivo de liberdade de movimento e posições ou ambos podem resultar em trabalho de parto mais curto, aumento da contractilidade uterina, maior conforto e alívio da dor com redução da necessidade de fármacos. Para as autoras algumas complicações do parto podem ser corrigidas com mudanças de posição. Estas incluem o trabalho de parto prolongado, o posicionamento inadequado do feto (como a posição occipitoposterior [OP] ou assinclitismo), vontade prematura de fazer força e lábio persistente do colo do útero. As mudanças de posição são consistentes com os princípios anatómicos (posições de cócoras e genuflexão ampliam a pelve) são seguras e aceitáveis. O estudo realizado por Soong e Barnes (2005) avaliou a associação entre a posição materna no parto e os resultados do períneo em mulheres com partos eutócicos realizados por parteiras. Os resultados mostraram que a maioria das mulheres (65,9%) teve partos na posição litotomia. No geral, 1.679 (44,5%) das 3.756 das mulheres estudadas necessitaram de sutura perineal após parto vaginal eutócico. A **posição de litotomia** foi associada com a necessidade de sutura do períneo, enquanto a posição de genuflexão (de quatro membros), foi associada com a menor necessidade de suturas. Neste estudo, os resultados sugerem que quando o primeiro parto é feito numa posição de litotomia, dois terços das mulheres dão à luz com significativa associação ao trauma perineal necessitando de sutura. O estudo de Stark, Rudell e Haus (2008), sobre as posições e movimentos que as mulheres escolhem quando imersas em água, durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Demonstrou que as mulheres efectuam maior variedade de posições e movimentos na água do que quando estão na cama. As mulheres tiveram mais contracções e fizeram mais movimentos rítmicos enquanto na água do que na cama. A Hidroterapia pode incentivar posições verticais e movimentos que facilitam o progresso de trabalho de parto e auxiliam as



mulheres a lidar com o momento do trabalho de parto evitando intervenções desnecessárias. O efeito sobre o **conforto materno** não é claro, mas a liberdade de movimentos pode beneficiar individualmente as parturientes. Soong e Barnes (2005) referem que deve ser dada à mulher a opção de parir em qualquer posição que a achar confortável. Bianche e Adams (2009) dizem que as mulheres que elegem a analgesia epidural para o seu trabalho de parto apresentam necessidades diferentes do que as mulheres que parem sem anestesia regional. Exigem uma abordagem mais abrangente dos cuidados de enfermagem, implicando intervenções do EESMO que integrem o uso de *LSB* na sua prática. Os *LSB* são separados em quatro categorias: física, emocional, instrução /informação e de defesa.

*LSB conforto físico:* fornecem à parturiente o conforto físico, melhoraram o seu trabalho de parto e aumentam a sua satisfação com o processo de nascimento. Nesta categoria, incluem a posição vertical ou lateral para o conforto, num ambiente calmo para alívio do desconforto e dor.

*LSB Emocional:* Permite que o enfermeiro seja um elemento de apoio aos anseios e sentimentos da mulher em trabalho de parto. Inclui suporte contínuo, atenção às necessidades culturais, tendo um senso sobre o descontrole, oferecendo cuidados que demonstrem boa vontade e sem pressa.

*LSB Instrução /informativos:* Prestar informações precisava à parturiente faz parte do processo de tomada de decisão durante o trabalho e nascimento. Inclui necessidades de informações compreensíveis, informações sobre o curso de trabalho de parto e as instruções relativas aos processos que ocorrem durante o parto.

*LSB Defesa:* Protege a parturiente através do estabelecimento de uma relação terapêutica. Inclui, o pessoal que escuta as suas necessidades, o fornecimento de um ambiente de confiança onde as preocupações podem ser expressas e envolvimento nas decisões sobre o cuidado.

Gennaro, Mayberry, e Kafulafula (2007), referem no seu estudo que as mulheres com analgesia epidural não tem dificuldade em assumir posições verticais durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto. Conforme é ressaltado por Romano e Lothian (2008), a maior parte das posições é viável (ou pode ser modificada) para mulheres com analgesia epidural ou monitorização fetal ou ambos que estejam limitadas a permanecer na cama

por razões médicas. É referido nestes estudos que a técnica de analgesia epidural permite a deambulação e liberdade de movimento. No entanto é necessário que se estabeleçam critérios para a liberdade de movimento, tais como: nenhuma contra-indicação obstétrica, não se verifique hipotensão arterial, não exista comprometimento da propriocepção, nem bloqueio dos membros inferiores, e ter alguém que acompanhe a grávida enquanto deambula. Esta situação pode levar a uma maior necessidade de tempo dispendido por parte dos enfermeiros, a aquisição de medicamentos e equipamentos específicos. A revisão sistemática da literatura realizada por Gennaro, Mayberry, e Kafulafula (2007), referem que dado os mínimos riscos inerentes ao **posicionamento vertical**, e os benefícios identificados, os enfermeiros podem justificar a mudança das práticas para promover as posições verticais, mas de acordo com as preferências das próprias parturientes. Deve ser dada a opção de parir em qualquer posição que a mulher ache confortável Romano e Lothian (2008). As enfermeiras podem encorajar e apoiar as mulheres que não apresentam um bom progresso de trabalho de parto ou apresentem outros desconfortos, a usar hidroterapia antes de recorrer a intervenções médicas.



## **APÊNDICE V**

### **NOTAS DE CAMPO**

NOTAS DE CAMPO		
Nº1	HPP - Cascais/Bloco Partos	18/03/2011 23h-8.30h AESMO M.R
Descrição da situação		Comentários do Observador
<p>Foi admitida no Bloco de Partos, a Sr.<sup>a</sup> G, de origem asiática, com uma gestação de 40 semanas e 3 dias. I.O. 2002. O motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência do referido hospital foi por ter ruptura espontânea da bolsa de águas no domicílio às 21h 45m do mesmo dia, com saída de líquido claro, e algumas contracções, segundo descrição da utente. A admissão foi efectuada durante o turno da tarde, às 22.20, entrou na sala de partos 7, após ter efectuado triagem e ter sido observada pela equipa médica, no serviço de urgência. Ao toque obstétrico apresentava na altura 6 cm de dilatação.</p> <p>Quando entrei para fazer o turno da noite, foi-me atribuída esta Sr.<sup>a</sup>, dirigi-me ao quarto e apresentei-me. A grávida estava sozinha e um pouco ansiosa, referiu-me que o marido estava a trabalhar e não podia acompanhá-la e os outros dois filhos estavam em casa de uma amiga. Referia algumas queixas e dor na região lombar, não queria analgesia e mostrava vontade de deambular, mas desde que entrou na maternidade referiu “já não me deixaram sair da cama estou exausta de estar nesta posição só de lado”. Disse-lhe que a ia observar e depois veríamos qual a posição que queria para ficar mais confortável. O CTG apresentar boa variabilidade e dinâmica uterina regular de alta intensidade, tinha em curso perfusão de ocitocina 5 UI em 500 ml de soro fisiológico a 40 ml/h, ritmo controlado através de bomba infusora. Estava em fase de transição. Após toque obstétrico, apresentava o colo com apagamento total, com cerca de 8/9 cm de dilatação, apresentação apoiada, no plano de Hodge +2. Mantinha saída de líquido amniótico claro em pouca quantidade. Expliquei que poderia ficar na posição de sentada na cama, que acedeu com muita vontade, e falamos sobre técnicas de respiração/posicionamento/esforço expulsivo e contracção. Mantive-me sempre presente e oferecendo suporte durante o estágio de transição. A grávida procurou alternar a posição de sentada com a posição de cócoras sobre o plano inferior da cama. Referia sentir-se bem a fazer força quando tinha contracção. Pouco tempo depois (1/2 h) pediu para se deitar e referiu: “Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> tenho muita vontade de fazer força é agora que ele vai nascer”. Tomou então a posição de semi-deitada com os pés apoiados nos estribos e continuou a fazer força de forma espontânea, iniciando-se a observação da cabeça do bebé no intróito vaginal. O apoio e encorajamento do comportamento materno foram persistentes durante esta fase. De seguida sucedeu a expulsão de um RN, do sexo masculino, com 4.175 gr, I.A.9/10. Não foi necessária episiotomia, apenas aconteceu uma laceração de grau 1, que foi suturada com 3 pontos no períneo. Foi colocado bebé pele a pele e promoção da díada. A puérpera mostrava um sorriso enorme de felicidade, verbalizando agradecimento pelo apoio sentido. O parto foi realizado por mim com acompanhamento da Enf.<sup>a</sup> Orientadora ESMO Ana Genebra.</p>		<p>Acedeu com muita vontade a mudança de posição sugerida.</p> <p>Mostrava dominar o seu TP e observava-se o efeito que as endorfinas estavam a produzir.</p> <p>O apoio contínuo da aluna EESMO durante o TP aumenta a confiança da grávida.</p> <p>A descida do RN foi rápida</p> <p>O empoderamento é um factor motivacional.</p>

Nº2	HPP - Cascais/Bloco Partos	18/03/2011 8.30-16.30h AESMO M.R
Descrição da situação	Comentários do Observador	
<p>Sr.ª I. de 31 anos, primípara e com idade gestacional de 39 semanas e um dia. Foi admitida no bloco de partos às 9.30h, vinha acompanhada pelo marido. Quando observada na triagem apresentava 5 cm de dilatação e contracções regulares. O acolhimento foi feito por mim, falamos sobre algumas rotinas e procedimentos que se iriam realizar e ainda sobre o meu apoio contínuo na sala. A grávida e marido tinham uma boa interação, referiram terem feito preparação nascimento e de terem uma bola de parto em casa, que tinham estado a utilizar até ao momento antes de se dirigirem para a maternidade. A grávida referiu de imediato “sei que também têm uma bola cá, posso utilizá-la?”, respondi de imediato que sim. Não quis utilizar analgesia epidural. Durante o progresso de trabalho de parto utilizou várias vezes o duche como efeito relaxante, e manteve deambulação com alternância de posições verticais escolhida por si própria, o companheiro mostrava-se muito à vontade no apoio interagindo com massagem na região lombar ou incentivando técnicas de respiração e relaxamento. Observei a cumplicidade existente entre ambos, radiavam felicidade e um entusiasmo contagiante. Às 15h apresentava dilatação completa referindo vontade de se deitar e de fazer força.</p> <p>O companheiro continuou a encorajá-la, cometendo as técnicas de respiração em simultâneo com ela, no ânimo de participar referia constantemente para a grávida: “sopra aqui para a minha mão, sopra...” e colocava a mão dele ligeiramente afastado da face da grávida, apoiando com a outra mão as costas da grávida para que conseguisse espreitar o “bebé” que estava a nascer. A posição tomada para o período expulsivo foi semi-deitada, com as pernas soltas e pés apoiados nas perneiras. Às 15.30 dá-se a expulsão de um RN do sexo masculino, com 3.200 gr, I.A. 9/10. O pai cortou o cordão umbilical. O períneo íntegro. No final do parto os jovens pais estavam tão entusiasmados com o parto e com o nascimento do Zé Maria que elogiaram a equipa mencionando: “ estamos tão felizes com este momento, correu tudo de forma tão especial e única. Obrigada por nos proporcionarem um parto como imaginamos assim tão bonito e participativo”.</p>	<p>Utilizou bola de parto com movimentos de propulsão e rotação</p> <p>Utilizou posicionamento de quatro membros apoiada na bola de parto.</p> <p>A hidroterapia resultava como relaxamento</p> <p>No período expulsivo a grávida apresentou um breve momento que parecia não escutar, sendo necessário orientá-la para os esforços expulsivos que a própria assumiu rapidamente.</p> <p>Para o jovem casal a experiência do nascimento foi positiva, todo o desempenho e acontecimentos foram consistentes com as suas expectativas.</p>	

Nº3	HPP - Cascais/Bloco Partos	07/04/2011 23h 8.30h AESMO M.R
Descrição da situação	Comentários do Observador	
<p>A Sr.<sup>a</sup> A., de 31 anos, primípara, com idade gestacional de 38 semanas, foi admitida no bloco de partos pelas 15h desse dia, por início de trabalho de parto. Às 19h inicia fase activa do trabalho de parto pelo que fez analgesia epidural. Quando acabei de receber o turno dirigi-me para o quarto da grávida, como é habitual apresentei-me antes de iniciar os cuidados e referi que iria acompanhar o seu trabalho de parto durante o turno da noite. A grávida estava semi-deitada em posição lateral. Estava acompanhada pela sua mãe. Ambas apresentavam um ar sereno e tranquilo. Naquele momento não tinha qualquer queixa algica. Pedi permissão para fazer o toque obstétrico, ao qual apresentava colo fino, com 9 cm de dilatação. Perguntei se queria sentar-se, mas preferiu manter-se naquela posição lateral.</p> <p>No diálogo que fomos estabelecendo, percebi que não tinha feito preparação para o nascimento, mas tinha uma relação muito próxima com a mãe (parteira, mas já reformada) e por sua vez esta a tinha preparado para aquele momento. A grávida referiu: “sinto-me tranquila com a presença da minha mãe, por isso o meu marido aguarda lá fora, ele também se sente mais calmo assim.” Mantendo o seu estado de controlo, repouso e utilizando técnica de respiração, foi progressivamente avançando para o segundo estágio do TP. As contracções aumentam significativamente (3 a 4/10 min.) surgindo o reflexo de Ferguson, vocaliza alguns gemidos e vontade de fazer força. Procura a mudança de posição, mas apenas pretende ficar semi-sentada com as pernas apoiadas nas perneiras. Inicia esforços expulsivos, fazendo respiração ofegante. Continua a conduzir e a controlar o seu trabalho de parto. No entanto, a dado momento foi necessário assumir um pouco o controlo, encorajando e elogiando a sua capacidade, após o que recuperou rapidamente a sua confiança estabelecendo-se feedback dos esforços expulsivos. Às 00.40 nasceu o Guilherme, com 3.125 gr, IA 9/10. Não necessitou de episiotomia, acontecendo uma laceração de grau 1 que foi suturada.</p>	<p>As medidas de orientação, apoio emocional e conforto recebido pela mãe ajudaram a utilizar a sua energia de forma construtiva relaxando e orientando as suas contracções durante o trabalho de parto.</p> <p>No período das 15h às 19h deambulou no quarto.</p> <p>Após epidural fez todo o trabalho de parto na cama, a posição que assumiu durante mais tempo foi a lateral.</p>	

<p><b>Nº4</b></p> <p><b>HPP - Cascais/Bloco Partos</b></p>	<p>03/05/2011 16h-01.00h AESMO M.R</p>
<p><b>Descrição da situação</b></p>	<p><b>Comentários do Observador</b></p>
<p>A Sr.<sup>a</sup> G. de 35 anos, IO 2002, IG 38semanas e 5 dias, dirigiu-se à urgência obstétrica do hospital às 18h por contracções regulares e intensas. Na admissão foi observada pela equipa médica, apresentando ao toque vaginal um colo em apagamento com 6 cm de dilatação, apresentação bem apoiada, bolsa amniótica íntegra.</p> <p>À entrada para o bloco de partos fiz-lhe o acolhimento. De forma a estabelecer uma relação terapêutica e empática, apresentei-me e fiz uma breve apresentação do espaço físico e dos procedimentos que iriam ser efectuados. Foi fornecida á utente uma toalha, camisa de dormir e chinelos, para na casa de banho trocar as suas roupas pelas da instituição. Foi sugerido que podia tomar um duche, se fosse esse o seu desejo de forma a proporcionar um momento de descontração e relaxamento. Depois de terminados os procedimentos descritos a utente posicionou-se na cama de partos, de forma a estar confortável, foi monitorizada com transdutor e toco, para vigilância da frequência cardíaca fetal e contractilidade uterina. Também foi explicado á utente que teria que ser puncionada uma veia periférica e iniciada soroterapia e perfusão com ocitocica para a necessidade de administração de terapêutica, hidratação e manutenção das contracções uterinas.</p> <p>Neste pequeno percurso a grávida referiu “agora vou ficar toda cheia de fios, como posso fazer para ir à casa de banho.”</p> <p>Expliquei-lhe que poderia levantar-se e ir e poderia manter-se em movimento no quarto, pois não era obrigatório estar deitada, e as posições de pé favoreciam e aceleravam o trabalho de parto. Neste espaço de tempo mandei entrar o seu acompanhante (marido), falei-lhes sobre a utilização e os benefícios da bola de parto. Mostraram interesse em utilizá-la, passando parte da fase activa a exercitar movimentos de propulsão e de rotação alternando com deambulação e períodos de repouso na cama. A grávida referiu-me que “a bola é muito agradável e ajuda a passar este tempo, sinto-me muito bem quando estou aqui sentada...”.</p> <p>O tempo ia avançando e eu permanecia no quarto apoiando o casal no uso de técnicas de respiração e massagem para manter o relaxamento e o bem-estar, pois a opção da grávida era não utilizar analgesia epidural.</p> <p>Às 22h foi realizado toque obstétrico, o colo apresentava um rebordo anterior, dilatação com cerca de 8 cm, apresentação apoiada, no plano de Hodge +1. Nesta altura a grávida optou por ficar na posição sentada na cama com o plano inferior descido. Passado 1h, foi realizada nova avaliação da cervicometria, apresentando dilatação completa do colo e restantes características sobreponíveis às descritas anteriormente, a Sr.<sup>a</sup> G, manifesta vontade de iniciar esforços expulsivos. Sente-se um pouco cansada, mas sente que controla a situação. Procura se pode manter a posição de sentada, sendo-lhe sugerido caso consiga e sintá-se bem, colocar-se em posição de cócoras na base inferior da cama e fazer força assim. Foi encorajada a fazer força como sentisse vontade. Conforme a apresentação ia descendo de plano e se aproximava do intróito vaginal, a grávida foi convidada a colocar-se na posição semi-fowler com os pés apoiados nas pernas (litotomia).</p> <p>Às 23.45 nasceu a Camila, com 3.095 gr de peso, sem malformações aparentes, IA 9/10, por parto eutócico com perineo íntegro.</p> <p>No final do parto e após promoção da relação da tríada, o casal encontrava-se feliz, a Sr.<sup>a</sup> G. agradeceu o apoio ao longo do parto referindo que foi determinante para ajudá-la nos momentos em que sentiu mais desconforto com as contracções, este era o seu 3º filho e ainda não tinha tido a oportunidade de passar tanto tempo a caminhar e em movimento.</p>	<p>É notável a influência positiva que a liberdade de movimentação causa à grávida/casal reflectindo uma maior dinâmica na relação de ambos pela participação do acompanhante e também por proporcionar à grávida tomada de decisão ao longo do trabalho de parto.</p> <p>As mudanças de posição ao longo do 1º estágio são constantes e bem toleradas.</p> <p>No 2º estágio a posição de eleição para o nascimento foi a semi-fowler.</p>

Nº5 0	HPP - Cascais/Bloco Parto	08/05/2011 16h-23.30h AESMO M.R
Descrição da situação		Comentários do Observador
<p>Estava no turno da tarde e o bloco de parto estava muito movimentado, depois da passagem do turno, foi-me entregue a cuidado uma grávida que se encontrava no quarto 9. A grávida tinha 22 anos, IO 1001, com IG 41 semanas. O seu parto anterior tinha sido cesariana. Encontrava-se acompanhada pelo marido. Apresentei-me como habitual e no diálogo que fomos estabelecendo percebi que gostaria de ter um parto eutócico, esta situação causava-lhe alguma ansiedade e medo. Dei-lhe feedback positivo e ofereci-lhe o apoio emocional para que acreditasse na possibilidade de ter um parto por via vaginal. O seu progresso de trabalho de parto estava a decorrer tranquilamente, ela tinha feito epidural no turno anterior, mantendo-se sem dor aumentava a sua segurança. Foi incentivado o levante da cama, no entanto fê-lo apenas para ir ao wc, adoptando algumas posições de lateralidade e semi-fowler na cama, pois eram as de sua preferência. Apresentava perfusão com ocitocina que corria a 20 ml/h.</p> <p>A evolução do TP foi sendo por mim avaliada ao longo do turno, tendo sido necessário efectuar reforço da medicação analgésica, através do cateter epidural 2 vezes, para além da administração inicial. Às 20h, a apresentação estava bem apoiada, o colo fino e com 7 cm de dilatação, dinâmica uterina era regular, frequência cardíaca fetal dentro dos parâmetros normais, com boa variabilidade.</p> <p>Pouco depois de eu ter feito a avaliação anterior a equipa médica entrou no quarto da grávida para fazer observação clínica da mesma, e entre conversa disseram que o bebé era muito grande e possivelmente iria ser cesariana. Quando saíram a grávida começou a chorar, olhando para mim perguntou: "Sr.<sup>a</sup> enfermeira não entende o que está a correr mal, o meu bebé não está bem?". Procurei acalmá-la, e expliquei que estava tudo a correr bem apenas o bebé poderia ser muito grande, teríamos que ir avaliando como progredia o trabalho de parto.</p> <p>Uma hora após ter decorrido esta situação, realizei novo toque obstétrico: apresenta colo com ligeiro rebordo anterior com dilatação total, apresentação apoiada. Neste momento, foi-lhe oferecida uma posição de sentada com o plano inferior da cama modificado e ensinado que se sentisse necessidade de fazer força poderia fazer. Passado pouco mais de 30 minutos entra novamente a equipa médica no quarto muito decidida para levar a Sr.<sup>a</sup> C. para o bloco operatório, questionando o porquê de a grávida estar naquela posição, esclareci qual era a situação clínica no momento, enfatizando o bem-estar materno-fetal. Naquele momento detivemo-nos pelo inicio dos esforços expulsivos da grávida, apelando que tinha muita vontade de fazer força e desencadeando gemidos expiratórios, anunciando as contracções mais intensas. Preparei-me com o apoio da minha orientadora para posicioná-la em semi-fowler com pés apoiados nas perneiras. A cabeça fetal estava visível, encorajou-se a grávida a fazer força de forma espontânea e a respirar profunda e calmamente entre as contracções, verificou-se necessidade de episiotomia. Enquanto tudo isto acontecia, nascia uma menina de 4.760 gr, com IA 9/10, apresentando choro vigoroso, boa vitalidade e sem malformações.</p> <p>A equipa médica manteve-se presente, foi quando ouvi um dos elementos da equipa dizer: "é maior que o meu filho de 3 meses, não pensei que este parto fosse possível".</p> <p>No final de toda a emoção do parto e depois da tríada estar restabelecida, a Sr.<sup>a</sup> C agradeço dizendo: "foi bom as senhoras enfermeiras estarem comigo, percebi que o meu parto foi assim porque me acompanharam e deram muito apoio."</p>		<p>Recebeu analgesia epidural, apresentava alguma insegurança no levante, optando por se manter na cama.</p> <p>Fornecer um suporte contínuo, esclarecer e manter a grávida informada a cada momento da evolução do trabalho de parto aumenta a sua confiança e a segurança para o desenrolar do seu trabalho de parto.</p> <p>A experiência e alguma autonomia que a EESMO orientadora possui foram fundamentais para o sucesso deste parto.</p>

<b>Nº6</b>	<b>HPP- Cascais/Bloco Partos</b>	03/05/2011 16h-23.30h AESMO M.R
<b>Descrição da situação</b>		<b>Comentários do Observador</b>
<p>Sr.<sup>a</sup> F. de 31 anos, IO 1001, IG 39 semanas. Recorreu pelas 21h ao serviço de urgência obstétrica por se apresentar em trabalho de parto. Quando deu entrada no bloco de partos apresentava-se em fase de transição de trabalho de parto. Ao toque obstétrico a apresentação apoiada, colo fino com 9 cm de dilatação, bolsa amniótica íntegra a tufar. Quando lhe fiz o acolhimento vinha acompanhada pelo seu marido e o primeiro pedido dela foi: “Sr.<sup>a</sup> enfermeira eu não quero me deitar se puder estar ainda de pé, sinto-me melhor, e gostaria de não ter episiotomia”. Expliquei que teríamos que a observar e que iríamos fazer todo o possível para evitar a episiotomia.</p> <p>Foi tudo preparado muito rapidamente, pois teve ruptura espontânea da bolsa ainda de pé, saído líquido limpo e claro. Posicionou-se em semi-fowler com pés apoiados nas perneiras, verificou-se que tinha dilatação completa, apresentação apoiada no plano de Hodge +2, iniciando de imediatos esforços expulsivos. Apresentava perineo com cicatriz de episiotomia e não se parecia muito elástico. No entanto esta grávida/casal estava determinada a conduzir até ao final o seu trabalho de parto. Mostrava empenho e encorajamento nos esforços expulsivos espontâneos em sincronia com as suas contracções, as técnicas de respiração saíam em sintonia com as orientações do meu acompanhante. A cabeça fetal começava a coroar e apenas neste momento a enfermeira interferiu para limitar o esforço e controlar o nascimento rápido de forma a preservar o períneo de lesões. Às 21.50h nasceu um menino, com 3.345 gr, IA 9/10, sem malformações. No final do parto a Sr.<sup>a</sup> relatou que não sentiu dor ao longo do seu parto, em casa andou sempre em movimento, tomou várias vezes duche e realizou algumas técnicas respiratórias que tinha aprendido na preparação para o nascimento.</p>		<p>A grávida tinha uma percepção real das suas capacidades e autonomia.</p> <p>A deambulação e movimento, a procura de posições que lhe agradavam, conduziram a menor percepção da dor e favoreceu uma experiência rápida do parto no meio hospitalar.</p> <p>Considera mais uma vez que a experiência que a EESMO orientadora possui foi fundamental para o sucesso deste parto.</p>

## **APÊNDICE VI**

### **DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM**



1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E  
OBSTETRÍCIA

5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA



# I DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

ENSINO CLÍNICO IV - Neonatologia

HOSPITAL DR JOSÉ D'ALMEIDA

CASCAIS

Docente orientador: Mário Cardoso  
Orientadora Local EESMO: Ana Genebra  
Discente: Manuela Realista

Março  
LISBOA 2010

“Acompanhar a pessoa até onde ela poder ir e ainda um pouquinho mais”

W.Reich

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	4
1. Análise da situação à luz do ciclo de Gibbs.....	5
1.1.Descrições da Situação.....	5
...1.2.Sentimentos.....	5
...1.3. Avaliação .....	6
...1.4. Análise.....	7
...1.5. Conclusão.....	7
...1.6. Planear a Acção .....	7
2.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	8

## INTRODUÇÃO

O diário de aprendizagem surge como uma actividade a ser desenvolvida pelo estudante, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório Ensino Clínico IV do 4º semestre, a decorrer no serviço de Neonatologia do Hospital de Cascais.

Tem como finalidade, a exposição de uma situação vivenciada durante a minha prática clínica, elaborando um registo escrito, o qual deve reflectir uma crítica pessoal. Esta reflexão é orientada segundo o ciclo reflexivo de Gibbs.

A situação que vou descrever decorreu no período de 7 a 11 de Fevereiro de 2011.

A elaboração deste diário tem como objectivos:

- Analisar e reflectir sobre as práticas diárias da estudante e da equipa;
- Aprofundar conhecimentos sobre o tema abordado;
- Prover um elemento para a avaliação formal da estudante.

# 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO À LUZ DO CICLO DE GIBBS

## 1.2.DESCRICÕES DA SITUAÇÃO

A situação que vou descrever passou-se com um recém-nascido do sexo masculino, prematuro 34 semanas e 4 dias, tinha entrado no serviço de neonatologia no dia anterior por síndrome de dificuldade respiratória. A mãe, uma jovem de 23 anos, que se encontrava encostada à incubadora, estava com um *facies* assustado, mostrando ansiedade e angústia. O parto tinha ocorrido no dia anterior e ela ainda não tinha tido oportunidade de estar próximo e contemplar o seu recém-nascido. Era notória que o objecto (incubadora) que protegia o seu bebé constituía uma condicionante para poder pegar-lhe ao colo, aconchegá-lo ou embalá-lo. Aproximei-me com a enfermeira orientadora, apresentamo-nos e a colega começou a explicar alguns procedimentos no cuidado do bebé. Falou sobre o estado de saúde, dos equipamentos que o envolvia e como poderia participar nos cuidados, passando de seguida a interacção mãe/bebé incentivou o toque pele a pele. Foi neste momento que ela se mostrou apreensiva e com dificuldade de tocar o bebé receando prejudicar o tratamento. No entanto, com o apoio e segurança transmitida pela enfermeira a mãe foi-se tranquilizando e timidamente pôs as suas mãos dentro da incubadora e acariciou o bebé, referindo de forma chorosa *“não estava nada à espera que o meu bebé nascesse assim e ficasse aqui. isto são tantos fios em volta... será que vou conseguir tratar dele?”*. Foi-lhe dado reforço positivo incentivando também para a extracção e recolha do seu leite e explicado o benefício que tem para o seu prematuro. Apesar de mais tranquila mostrava-se reservada e apreensiva na interacção.

Um pouco mais tarde, surgiu uma visita animadora os “Doutores Palhaços” da operação nariz vermelho, que na sua comunicação e expressão engraçada e mágica conseguiram libertar um sorriso envergonhado desta mãe.

## 1.2.SENTIMENTOS

Uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) apresenta equipamento e tecnologia altamente avançado, constituindo na actualidade um marco na assistência ao recém-nascido prematuro, contribuindo para a manutenção da sua vida, é uma unidade essencialmente voltada para os cuidados biológicos. Mas, de todo durante a gravidez não é um cenário que faça parte dos pensamentos da pré-mamã. Inicialmente, o primeiro sentimento foi constrangedor, pois me transferiu para o papel de mãe a idealizar um

decurso de gravidez tranquila e um parto natural com um bebé saudável. E, de um momento para outro encontrar um ambiente tão assustador e stressante, porque nada é família e securizante, parecendo que se é incapaz. Tive vontade de abraçá-la e dizer que tudo ia correr bem.

Salomé (1995) refere que os aspectos significativos das nossas relações com os outros podem ser abertos ou redutores, úteis ou inúteis, estimulantes ou inibidores, mas nunca são neutros: “serão portadoras de uma corrente de um movimento que as ampliará e ligará a algo de mais vasto do que o universo pessoal dos dois *comunicantes*”

### **1.3. AVALIAÇÃO**

Esta situação reflectiu-se de forma positiva, pois foi proporcionada naquele momento à mãe a informação, a orientação e acompanhamento para a participação nos cuidados do seu prematuro promovendo-se o momento de vínculo e apego. Recebeu o apoio e ajuda da enfermeira no momento em que se encontrava confrontada com um ambiente stressante e confuso, para o qual se sentia impotente para assumir os cuidados do seu bebé que corria risco de vida. A orientação e estímulo que recebeu relativamente à extracção do seu leite, reforçou a sua auto-estima, esta sua contribuição proporcionaria ao seu bebé um bem-estar específico que só ela o poderia fazer.

Relvas (2004) quando se refere aos bebés com problemas de saúde com internamento hospitalar, salienta a importância de ajuda que deve ser dirigida para a mãe ou família. Se os problemas de saúde interferem com a capacidade de agarrar, olhar, dar de mamar, a mãe precisa de ser especialmente ajudada a manter o contacto com o seu bebé. Este contacto directo ou indirecto é determinante na adequação da imagem mental, facilitando o primeiro encontro e o processo de vinculação.

Ainda para Bowlby (1984) e Brazelton (1988), o estabelecimento do vínculo e do apego pode ser prejudicado pela falta de oportunidades da mãe interagir com o seu filho, desencadeando desordens no relacionamento futuro de ambos. O comportamento de apego desenvolvesse durante a vida intra-uterina e que é fundamental o contacto mãe/filho nos momentos iniciais da vida pós-natal.

Outro momento positivo que detectei na UCIN, foi a presença inesperada dos “doutores palhaços”, que proporcionaram a esta (e outras) mãe uma experiência especial com as suas graças e brincadeiras, ajudaram a desdramatizar o momento de espera e contemplação, desconstruindo a realidade dolorosa e assustadora. O sorriso está intimamente ligado ao bem-estar, diminui a dor e o stress. Os prematuros nesta unidade não percebem, mas agradecem mães tranquilas.

## **1.4. ANÁLISE**

A experiência vivida por pais de recém-nascido de pré-termo é assinalada por adaptações psicológicas que antecedem o momento da relação afectiva e que podem interferir no seu papel parental. É fundamental o apoio aos pais e família, favorecendo a sua interacção e progressão nos cuidados possibilitando o toque, e a aproximação com o bebé, a sua participação nos cuidados ajudando-os a assumir progressivamente que serão capazes de cuidá-lo. A participação dos pais ajuda-os a superar a dor de perda do bebé perfeito até adquirirem força que lhes permitirá lidar de forma mais aberta com a sua revolta emocional.

Na opinião de Jorge (2004) a intervenção hospitalar junto dos bebés prematuros deve basear-se no despertar de um vínculo que em todos existe.

## **1.5. CONCLUSÃO**

A permanência da mãe junto do bebé a proximidade da enfermeira no cuidado e na busca constante de estratégias de abordagem para apoio e educação para a saúde da mãe e família desde o primeiro contacto com o bebé, ameniza o sentimento de separação que se instalou do parto até aquele momento. A maneira continua como a enfermeira procurou ensinar, orientar, retirar dúvidas e transmitir informação positiva, favoreceu o desenvolvimento de habilidades da mãe/família no cuidado, realçando a importância da sua participação e facilitando a sua adaptação. Conclui-se que este envolvimento nos cuidados ao bebé desenvolve sentimentos de proximidade e apego.

## **1.6. PLANEAR A ACÇÃO**

Tudo o que constatei nos cuidados de enfermagem dispensados na relação mãe/bebé pareceu positivo e continuar a promover . O vínculo que se procura estabelecer entre equipa de enfermagem e a mãe/família, promove e incentiva a capacidade destes se integrarem progressivamente na participação e no cuidado diferenciado ao prematuro. Considero uma experiência positiva e que deve ter continuidade, pois desenvolve habilidades e competências aos pais promovendo o seu envolvimento emocional com o bebé. O enfermeiro é um agente dinamizador da aprendizagem, promotor de uma relação precoce de qualidade e de interacção do RN/família. A prestação dos cuidados que se pretende promover deve ser cada vez mais, no sentido dos cuidados globais, personalizados, num ambiente de relação eficaz e humanizado.

## 2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOWLBY J. (1984) - **Apego**. São Paulo: Martins Fontes

BRAZELTON BT. (1988) - **O desenvolvimento do apego: uma família em formação** Porto Alegre: Artes Médicas

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) - **Guia Orientador Do Estágio Com Relatório**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa Portugal

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. (2008) - **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-14

JORGE, A. M. (2004) - **Família e Hospitalização da Criança**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-79-7

SALOMÉ, J. (1995) - **Relação de ajuda: guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes. ISBN 85-326-1152-4



1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E  
OBSTETRÍCIA

5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA



## **II DIÁRIO DE APRENDIZAGEM**

ENSINO CLÍNICO IV – BLOCO DE PARTOS

HOSPITAL DR JOSÉ D'ALMEIDA

CASCAIS

Docente Orientador: Mário Cardoso  
Orientadora Local EESMO: Ana Genebra  
Discente: Manuela Realista

Março  
LISBOA 2010

"Há três métodos para ganhar sabedoria: primeiro, por reflexão, que é o mais nobre; segundo, por imitação, que é o mais fácil; e terceiro, por experiência, que é o mais amargo."

Confúcio

# ÍNDICE

Pag.

INTRODUÇÃO.....	4
1. Análise da situação à luz do ciclo de Gibbs.....	5
1.1. Descrições da situação .....	6
1.2. sentimentos .....	6
1.3. Avaliação.....	6
1.4. Análise.....	7
1.5. Conclusão .....	7
1.6. Planear a acção .....	8
2.REFERÊNCIASBIBLIOGRÁFICAS.....	9

## INTRODUÇÃO

No contexto da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no 2º ano do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia/5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a elaboração de dois diários de aprendizagem no contexto de Bloco de Partos, fundamentados segundo o critério do Ciclo Reflexivo de Gibbs.

Este Estágio teve início no dia 17 de Janeiro de 2011, no Bloco de Partos do Hospital Dr. José de Almeida, em Cascais, e decorrerá até um de Julho de 2011. Docente orientador é o Professor Mário Cardoso e a orientadora do local a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Ana Genebra.

Como são referidos por Pereira (2001), os diários de aprendizagem originam o esclarecimento de ideias ou acontecimentos confusamente experienciados, assim como a possibilidade de utilizar a escrita funciona como intermediário da reflexão da acção. A observação de ocorrências durante o período de ensino clínico conduz a momentos que nos exige uma reflexão fundamentada sobre a teoria e a prática que nos pode levar a um desempenho amadurecido e responsável como se pretende do profissional ao nível da especialidade.

“o processo de reflexão é indispensável na caminhada destes estudantes, permitindo-lhes, nos contextos de trabalho, níveis progressivos de desenvolvimento e confrontos, num processo ainda não acabado, conduzindo-os para a autonomia, o desempenho livre e responsável da sua cidadania e actividade profissional” (PEREIRA 2001, p.17)

A elaboração deste diário tem como objectivos:

- Adquirir competências específicas sobre o tema abordado;
- Aprofundar conhecimentos sobre o tema abordado;
- Analisar e reflectir sobre as práticas diárias, da estudante e da equipa;
- Apresentar um dos elementos necessários para a avaliação formal da estudante.

# 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO À LUZ DO CICLO DE GIBBS

## 1.1. DESCRIÇÕES DA SITUAÇÃO

A situação que vou descrever ocorreu numa tarde de um dia útil, estava a decorrer a quarta semana do estágio. O turno estava calmo, com algumas utentes internadas, a previsão de algum parto para esse dia era um pouco duvidosa, pois tinham sido feitas algumas induções no turno da manhã e que se vinham a arrastar com evolução lenta para o progresso do trabalho de parto.

Ao meu cuidado tinha uma grávida de 35 anos IO: 0010 IG: 41sem. + 2dias. O motivo de internamento era Indução de Trabalho de Parto. Deu entrada no serviço por volta das 9h. Tinha sido feito o acolhimento de rotina, esclarecimento e informação sobre todo o processo que iria decorrer. No entanto, quando entrei ao serviço no turno da tarde e me dirigi ao quarto desta grávida (já passava das 17h) para me apresentar e informar que iria acompanhar todo o processo no período da tarde, encontrei a grávida muito ansiosa e o seu acompanhante. A grávida referia que estava muito cansada, que estava lá desde manhã e que o seu bebé nunca mais nascia não conseguia perceber porque tinha “dores” e ainda estava tudo tão demorado. Sentia-se desconfortável, com sede e com fome. E, todo aquele tempo de espera era desesperador, não conseguia imaginar como teria que suportar a lentidão do tempo.

Durante este momento dei espaço à comunicação, permitindo que a grávida e o acompanhante manifestassem os seus receios e ansiedades, proporcionando uma atenção adequada e adequando informação necessária que fortalece para aquele processo. O ambiente foi ficando mais harmonioso, então pedi-lhe autorização para fazer a reavaliação clínica (encontrava-se na fase latente do trabalho de parto – ao toque vaginal o colo apresentava-se centrado, amolecido, com apagamento de 50 a 60%, dilatação de 1 cm, a contractilidade uterina de intensidade 30mm/hg e frequência irregular, mantinha membranas intactas e tinha uma perfusão de ocitocina em curso).

A grávida estava mais descontraída e até mostrou algum sentido de humor referido “*se pudesse comia um bife com batatas fritas*”, ao que respondi que tanto não se conseguia arranjar, mas um chá e uma bolacha seria possível.

Quando providenciei o respectivo pedido à auxiliar, fui abordada por uma enfermeira especialista (não é minha orientadora) que referiu não ser permitido, pois os médicos não gostam de dar líquidos muito menos sólidos para as grávidas ingerirem quando estão internadas e que eu não deveria fazê-lo.

Consultei a opinião da minha orientadora e segundo esta eu estava a proceder de forma correcta, indicando-me para oferecer a dieta que tinha referido à grávida.

## 1.2.SENTIMENTOS

De início senti-me constrangida, como que apanhada a cometer um erro grave, como se estivesse a ultrapassar alguma norma instituída e de que eu não tivesse conhecimento - tinha oferecido a uma grávida líquidos. Mas, na realidade quando efectuei a pesquisa para o Projecto de Estágio com Relatório, encontrei como suporte para esta ocorrência as orientações da OMS (1996), nas quais é apresentado um Manual intitulado “assistência ao parto normal: um guia prático”. Neste, é apresentada uma orientação de práticas obstétricas vigentes e recomendadas, com base em evidências científicas, classificando-as em quatro categorias. Estas dependem da sua utilidade, eficácia e ausência de periculosidade. Relativamente à restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto é considerada na categoria das “*Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado*”.

A gravidez e o parto são actos sociais e culturais que afectam a vida da mulher/casal, o parto no meio hospitalar deixa-os mais vulneráveis e dependentes, entregando-se aos cuidados dos técnicos de saúde que passam a dominar o seu parto. Os profissionais EESMO, que representam “fonte” de confiança e segurança, deverão manter um fio condutor de tranquilidade e harmonia para que o processo de parto seja o mais natural e tranquilo. Questionar a maneira como certas intervenções são aplicadas durante o trabalho de parto, a sua utilidade ou mesmo necessidade, deve constituir um novo posicionamento do EESMO quanto ao seu papel na assistência ao parto normal, desde que o seu conhecimento científico se fundamente nas melhores evidências. O EESMO representa um cuidador responsável e com competência para a assistência ao trabalho de parto, incluindo a avaliação de riscos e complicações.

## 1.3. AVALIAÇÃO

É real o efeito dos procedimentos por rotina impostos no pensamento humano. A restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto foi sempre uma rotina hospitalar amplamente aceite, justificando-se pela preocupação do risco de aspiração do conteúdo gástrico durante a regurgitação. Fazia sentido em décadas passadas quando a grávida era submetida a anestesia geral em situações de cesariana, sendo o jejum a maneira mais usada para reduzir o conteúdo gástrico. As técnicas de anestesia nos últimos anos têm evoluído imenso e a anestesia geral praticamente desapareceu na obstetria actual, dado lugar a anestesia regional.

Como nos diz Enkin et al (2000), manter a grávida em jejum durante o trabalho de parto não garante um estômago vazio. Nenhum período entre a última

refeição e o início de trabalho de parto garante um volume gástrico menor que 100 ml.

O trabalho de parto requer energia e há perda de líquidos durante o mesmo podendo resultar em desidratação e cetose. Segundo Enkin et al (2000) ainda não se tem a certeza se o grau de cetose que acontece em algumas mulheres durante o trabalho de parto é um estado fisiológico inofensivo ou uma condição patológica que interfere com a actividade uterina.

No entanto, como alternativa ao jejum, deve ser considerada a possibilidade de uma dieta pobre em resíduos e gorduras, proporcionando pequenas refeições, atraentes e de sabor agradável. Por exemplo, a dieta deve de consistir em chá, sucos de frutas, torradas, biscoitos simples, caldos claros e frutas cozidas (Enkin et al, 2000).

É considerado que se as necessidades não forem satisfeitas, a progressão do trabalho de parto pode abrandar. A cultura da mulher pode influenciar o seu desejo de comer ou beber durante o trabalho de parto. Os sentimentos de perda de controlo sobre a possibilidade de tomar decisões como no caso de comer ou beber durante o trabalho de parto podem ser identificados como fonte de frustração e gerador de stress.

A Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologistas (ACOG) recomendam que sejam dados líquidos apropriados às mulheres de baixo risco, em trabalho de parto. A tradição de restringir a ingestão de alimentos ou líquidos mudou, visto que novas evidências e novas técnicas médicas emergiram (Lamaze, 2003).

#### 1.4. ANÁLISE

Perante a situação que descrevi, parece-me ser importante compreender o contexto em que cada grávida se sente e entende-la na sua individualidade, para podermos dar respostas adequadas, centradas nas suas necessidades. Na actividade da nossa prática é fundamental que consigamos fazer análise dos nossos procedimentos, clarificando os pontos que estão certos ou não, só assim podemos potenciar a mudança de atitudes, contribuindo de forma lógica para a construção de competências e de desenvolvimento profissional, sempre com o objectivo de adequar os cuidados às necessidades reais e personaliza-los às grávidas que cuidamos.

## 1.5. CONCLUSÃO

É importante que ao acompanhar a grávida durante o trabalho de parto, o enfermeiro deve estar atento aos níveis de energia e hidratação proporcionando apoio e medidas de conforto, deverá seguir e respeitar as orientações e procedimentos do bloco de partos no que refere à ingestão oral de líquidos e alimentos. No entanto, pode defender e contribuir para a mudança de políticas incentivando os outros profissionais de saúde a conhecer resultados de evidências científicas que apoiam a segurança e a eficácia da ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto.

## 1.6. PLANEJAR A ACÇÃO

A minha postura de intervenção quanto ao acompanhamento dos casais em trabalho de parto, é de favorecer a possibilidade de um parto natural, favorecendo tudo o que traduza benefícios, aplicando as rotinas de forma flexível, individualizando-as tendo em conta o percurso do trabalho de parto e as necessidades de cada grávida. A atitude tomada foi aferida, clarificada e segundo a orientação da EESMO que me acompanha no ensino clínico. Conferir à grávida respeito e consideração pelas suas opiniões, preferências e necessidades, beneficia os resultados do processo do trabalho de parto. Numa nova situação seria de manter esta conduta.



## 2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) - **Guia Orientador Do Estágio Com Relatório**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa Portugal.

ENKIN, M. et al. (2000) - **Guia para atenção efectiva na gravidez e no parto**. 3ª ed. Guanabara Koogan

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. (2008) - **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-14

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) **Humanização do Parto**, disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto>.,acedido em 06.02.2011

PEREIRA, Esperança (2001) Diários de Aprendizagem – Promoção da reflexão da prática clínica. **Revista Investigação em Enfermagem**. - ISSN 0874-7695. - Nº 4 (Agosto 2001), p. 12-19

Instituto Lamaze para o parto normal - **Práticas de atenção e cuidados que promovem o Parto Natural # 4. Não realizar intervenções de rotina**. Lamaze International, Inc. 2003, acedido em 06.02.2011  
Disponível em <http://www.lamaze.org>

1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E  
OBSTETRÍCIA

5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA



## **III DIÁRIO DE APRENDIZAGEM**

ENSINO CLÍNICO IV – BLOCO DE PARTOS

HOSPITAL DR JOSÉ D'ALMEIDA

CASCAIS

Docente Orientador: Mário Cardoso  
Orientadora Local EESMO Ana Genebra  
Discente: Manuela Realista

Março  
LISBOA 2011

"Você nunca sabe que resultados virão da sua acção. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados."

Mahatma Gandhi

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO À LUZ DO CICLO DE GIBBS.....	5
1.1 Descrições da Situação.....	5
1.2.Sentimentos .....	6
1.3. Avaliação.....	6
1.4. Análise.....	7
1.5. Conclusão .....	8
1.6. Planear a acção .....	8
2.REFERÊNCIASBIBLIOGRÁFICAS.....	9

## INTRODUÇÃO

No contexto da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no 2º ano do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a elaboração de três diários de aprendizagem. Na continuidade de elaboração dos diários de aprendizagem no contexto de Bloco de Partos, este passará a ser o terceiro e último diário.

O Diário de Aprendizagem constitui um instrumento de registo escrito de situações vividas na prática de cuidados, inscrito no processo de aprendizagem reflexiva vivenciada pelo estudante na observação de ocorrências durante o período de ensino clínico conduz a momentos que nos exige uma reflexão fundamentada sobre a teoria e a prática que nos pode levar a um desempenho amadurecido e responsável como se pretende do profissional ao nível da especialidade.

De acordo com o artigo 88, alínea a), b) e c), do Código Deontológico do Enfermeiro, e de modo a manter a excelência do seu desempenho, o enfermeiro deve analisar o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas, que mereçam mudança de atitude, adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, bem como a actualização continua dos seus saberes, possibilitando a tomada de decisão ética essencial para que os cuidados sejam excelentes.

A elaboração deste diário tem como objectivos:

- Adquirir competências específicas sobre o tema abordado;
- Aprofundar conhecimentos sobre o tema abordado;
- Analisar e reflectir sobre as práticas diárias, da estudante e da equipa;
- Apresentar um dos elementos necessários para a avaliação formal da estudante.

# 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO À LUZ DO CICLO DE GIBBS

## 1.1. DESCRIÇÕES DA SITUAÇÃO

No decurso do ensino clínico, têm surgido momentos de grande aprendizagem, permitindo mobilizar saberes e conhecimentos teóricos aplicados à prática, gerando uma motivadora reflexão, suscitando o desenvolvimento e crescimento, marcando evolução nos cuidados da minha prática. Tem sido possível observar diferentes e diversas posturas profissionais e suas interações na prestação de cuidados. A acção que cada um circunscreve diariamente na melhoria do cuidar da grávida/casal, aperfeiçoando as relações de acolhimento, conforto e bem-estar durante o período de assistência.

Neste diário o que gostaria de descrever, relaciona-se com uma situação que observei durante as primeiras semanas do ensino clínico. Passou-se com uma grávida que estava noutra quarto que eu não estava a acompanhar, quando ia a passar no corredor perto alguém abriu a porta a pedir ajuda. Entrei havia alguma agitação em redor da grávida, esta já encontrava em fase expulsiva deitada na cama de parto e posicionada com os membros inferiores apoiados nas pernas e com a colocação de braçadeiras, a cabeceira ligeiramente inclinada e tinha uma perfusão venosa de ocitocina em curso. A EESMO que realizava o parto procurava manter uma comunicação com a grávida que a motivasse a utilizar as suas forças voluntárias com o momento da contracção, e dizia *“agora tem contracção encha o peito de ar e faça força empurrando cá em baixo... ajude o seu bebé a sair... força... força”*. No entanto, não estava a resultar, a contractilidade uterina parecia menos eficaz e ainda a tornar todo o ambiente mais stressante, a frequência cardíaca fetal apresentava períodos de bradicardia, mas de rápida recuperação. Segundo a EESMO, a apresentação do polo cefálico que estava a coroar, sofria movimentos de vai e vem, pressionando o períneo e recuando. Foi então que decidiu que no próximo momento de conjugação de esforços e contracções e com o auxílio de outra enfermeira, aplicariam em simultânea pressão no fundo do útero (manobra de *Kristeller*). Nesse momento, foi-me pedido que segura-se com toda a determinação a mão da enfermeira que colocou o seu braço sobre o fundo do útero da grávida, e em coordenação com os esforços expulsivos maternos foi aplicada força que acabou por contribuir para a expulsão do recém-nascido. A grávida soltou um grito que acabou descontrolando as suas forças. Após este momento o nível de stress reduziu-se, o recém-nascido tinha uma circular cervical, mas sem problemas de maior foi clampado e cortado o cordão, a mãe mostrava-se exausta e um pouco incomodada com o esforço e a pressão feita no abdómen. Mas, logo que foi promovida a relação da tríada a mãe sorria para o seu bebé.

## 1.2.SENTIMENTOS

Naquele quarto havia um ambiente um pouco stressante, várias pessoas falavam ao mesmo tempo (EESMO, médica, enfermeira de apoio, auxiliar...) o que me deu logo uma sensação de mal-estar. Um ambiente tranquilo modifica muito a forma de bem-estar e de segurança materna. A possibilidade de comunicar e de ser escutada influencia a relação de ajuda, pretende-se que neste momento seja em sintonia com a grávida e com quem está a efectuar o parto. Sabemos que uma mulher em trabalho de parto vivencia uma experiência única que a vai modificar no seu novo papel como mulher, este poderá sofrer alterações positivas ou negativas, sendo por vezes desencadeadas alterações irreversíveis. A necessidade de aplicar pressão no fundo do útero incomoda-me, parece que aquela mãe é incapaz de poder parir por si só. Será esta apenas a alternativa? Qual a melhor actuação do EESMO para privilegiar outros valores ou mecanismos? Como se poderia ter um parto mais suave e gratificante para a mãe/pai/bebé? Naquele momento foram estes os sentimentos e dúvidas que suscitaram no meu pensamento.

## 1.3. AVALIAÇÃO

Distingo de positivo nesta situação, o facto de me ter trazido uma experiência à reflexão sobre a manobra de kristeller, sempre útil para avaliarmos o que pretendemos utilizar melhor num determinado momento das nossas práticas. Por vezes, os parâmetros de avaliação do risco que se associa ao trabalho de parto, adopta com maior ênfase as ameaças do bem-estar fetal, impelindo ou até excluindo outros aspectos que estão ligados ao bem-estar ou até a satisfação emocional da grávida, retirando muitas vezes a estas o controlo dos acontecimentos e procedimentos do parto, este parece-me constituir um potencial a valorizar nos cuidados. Segundo Tereso (2005, p.33) “o corpo privado é considerado como um objecto a ser utilizado de forma terapêutica, em prol da saúde da criança por nasce”. Realmente a grávida acabou por ser manuseada, devido ao tempo que se considerava a prolongar o momento expulsivo e a preocupação com a frequência cardíaca fetal por bradicardias (80/100bpm) mostrando desacelerações precoces em alternância com tardias. No entanto, como resultado final neste procedimento nada correu mal e a situação foi resolvida de forma positiva para o recém-nascido. Para a jovem mãe ficou um registo que é difícil parir e que afinal produz sofrimento.

## 1.4. ANÁLISE

A grávida quando atinge a dilatação cervical completa, deseja fazer força para baixo ou empurrar durante as contracções, permitindo que as forças naturais do trabalho de parto empurrarem o feto. Os esforços expulsivos constituem uma resposta involuntária ao reflexo de *Ferguson*. A força combinada das contracções uterinas e da musculatura abdominal da mãe impulsiona o feto pelo canal de parto. O esforço muscular voluntário inadequado pode determinar um segundo estágio do parto com uma duração prolongada. A grávida ao entrar neste estágio pode sentir que não está preparada para fazer nascer o bebé, é importante que o enfermeiro esteja atento a estes sinais para tranquilizar a grávida e orientá-la de forma eficaz transmitindo segurança e determinação, encorajando-a, a saber, lidar com as suas forças e movimentos respiratórios.

A aplicação de pressão externa no fundo do útero define-se por uma pressão contra o fundo do útero de forma delicada, mas firme que facilite e acelere o nascimento por via vaginal, quando em determinados momentos esta via pode ficar comprometida (LOWDERMILK, 2008).

Resende (2008) pondera que a pressão do fundo do útero, ou manobra de Kristeller, pode ser realizada por um ajudante qualificado, mas adverte que o procedimento não é inofensivo. Afirmar que mal orientada ou impetuosamente praticada pode ocasionar lesões maternas e fetais como descolamento da placenta e embolia amniótica.

Sendo avaliada uma manobra que provoca desconforto materno e pode ser lesiva para o útero, Lowdermilk (2008) citando Simpson e Knox (2001) refere que a sua realização por enfermeiros não é aconselhada, porque não existe uma técnica padronizada para ser efectuada e por não existir nenhuma base legal, profissional ou norma de procedimentos que regularize a sua utilização.

Analisando que a Organização Mundial de Saúde (1996) classifica a pressão no fundo do útero no período expulsivo como prática em relação à qual não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela até que exista mais investigação que a esclareça; parece ser um risco a sua utilização sem um parâmetro que medeie ou salvaguarde qualquer dos actores envolvidos neste momento.

O ambiente que se vivia no momento do período expulsivo era agitado, faltou o silêncio e alguma envolvência de tranquilidade, para que a grávida estivesse em plena sintonia com a enfermeira, os esforços expulsivos não se mostravam suficientes e eficazes, a frequência cardíaca fetal tornava-se pouco tranquilizadora, esta atmosfera aprontou a tomada de decisão da enfermeira na aplicação da manobra de *Kristeller*.



## 1.5. CONCLUSÃO

Numa linha de pensamento positivo e construtivo desta aprendizagem, considero que naquele momento a minha posição de silêncio, observação e seguir apenas as orientações de colaboração que me tinham sido pedidas, corresponderam a medidas mais adequadas para o momento, pois nada mais me seria possível fazer.

## 1.6. PLANEAR A ACÇÃO

Penso que se me acontecer uma situação idêntica, em primeiro lugar pretendia desenvolver com a grávida uma relação empática, proporcionar e colaborar para que o ambiente fica-se mais tranquilo, poder facilitar a comunicação da enfermeira/grávida de forma que a comunicação entre ambas funciona-se numa linha mais limpa e clara, pareciam ser medidas que permitiriam diminuir as interferências e aumentar a autonomia da grávida. Não se pode separar a comunicação da relação de ajuda, assim como não é possível humanizar, tornando os cuidados adequados às características das pessoas, sem haver relação de ajuda personalizada. “Toda a relação de ajuda é comunicação, mas nem toda a comunicação é necessariamente uma relação de ajuda”, LAZURE (1994, p.97).

Ainda, encorajar e influenciar a mulher a tomar decisões para escolher as posições para o parto que a façam sentir mais capaz de dominar os momentos dos esforços expulsivos, seria uma estratégia que teria que ser trabalhada logo desde o acolhimento e acompanhamento ao longo do trabalho de parto, de forma a ser uma mais-valia no período expulsivo.

Segundo Lowdermilk (2008, p.456) citando Gupta e Hofmeryr (2003) “as posições de pé facilitam o nascimento e a descida do feto e reduz a duração do segundo estágio do trabalho de parto e a necessidade de episiotomia, fórceps ou ventosa”.

## 2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, p. 456

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) - **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa Portugal

ENKIN, M. et al. (2000) - **Guia para atenção efectiva na gravidez e no parto**. 3ª ed. Guanabara Koogan

LAZURE; H. (1994) - **Viver a relação de ajuda**. Lisboa, Lusodidacta

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. (2008) - **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-14

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) - **Humanização do Parto**.  
Acedido em 06.02.2011. Disponível em  
<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto>.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. (2008) - **Obstetrícia Fundamental**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-1360-3

TERESO, Alexandra (2005) - **Coagir ou Emancipar?** Edição: Formasau. ISBN: 972-8485-44-1

## ANEXOS

## **ANEXO I**

**Dec. Lei 09/2009**

## 5 — Parteira

5.1 — Programa de estudos para as parteiras  
(vias de formação i e ii)

O programa de estudos para obtenção do título de parteira inclui as duas vertentes seguintes:

## A—Ensino teórico e técnico

Disciplinas de base:

- Noções fundamentais de anatomia e de fisiologia;
- Noções fundamentais de patologia;
- Noções fundamentais de bacteriologia, virologia e parasitologia;
- Noções fundamentais de biofísica, bioquímica e radiologia;
- Pediatria, nomeadamente no que respeita ao recém-nascido;
- Higiene, educação sanitária, prevenção das doenças, rastreio precoce;
- Nutrição e dietética, nomeadamente no que respeita à alimentação da mulher, do recém-nascido e do lactente;
- Noções fundamentais de sociologia e problemas da medicina social;
- Noções fundamentais de farmacologia;
- Psicologia;
- Pedagogia;
- Legislação sanitária e social e organização sanitária;
- Deontologia e legislação profissional;
- Educação sexual e planeamento familiar;
- Protecção jurídica da mãe e da criança.

Disciplinas específicas das actividades de parteira:

- Anatomia e fisiologia;
- Embriologia e desenvolvimento do feto;
- Gravidez, parto e puerpério;
- Patologia ginecológica e obstétrica;
- Preparação para o parto e para a maternidade e paternidade, incluindo os aspectos psicológicos;
- Preparação do parto (incluindo o conhecimento e a utilização do material obstétrico);
- Analgesia, anestesia e reanimação;
- Fisiologia e patologia do recém-nascido;
- Cuidados e vigilância do recém-nascido;
- Factores psicológicos e sociais;

## B—Ensino prático e ensino clínico

Este ensino é ministrado sob orientação apropriada:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação activa em partos de apresentação pélvica — Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos — A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgos simples do perineo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetria;
- Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia — A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos.

O ensino teórico e técnico deve ser ponderado e coordenado com o ensino clínico (parte B do programa), de tal modo que os conhecimentos e experiências previstos neste anexo possam ser adquiridos de forma adequada.

O ensino clínico deve ser efectuado sob forma de estágios orientados nos serviços de um centro hospitalar ou em outros serviços de saúde aprovados pelas autoridades ou organismos competentes — Durante essa formação, os formandos participarão nas actividades dos serviços em causa, na medida em que contribuam para a sua formação, e serão iniciados nas responsabilidades que as actividades de parteira implicam.

## 5.2 — Títulos de formação de parteira

País	Título de formação	Organismo que concede título de formação	Título profissional	Data de referência
Alemanha	Zeugnis über die staatliche Prüfung für Hebammen und Entbindungspfleger	Staatlicher Prüfungsausschuss	- Hebamme - Entbindungspfleger	23 de Janeiro de 1983.
Áustria	Hebammen-Diplom	- Hebammenakademie - Bundeshebammenlehranstalt	Hebamme	1 de Janeiro de 1994.
Bélgica	Diploma van vroedvrouw/Diplôme d'accoucheuse	- De erkende opleidingsinstututen/Les établissements d'enseignement. - De bevoegde Examen-commissie van de Vlaamse Gemeenschap/Le Jury compétent d'enseignement de la Communauté française.	Vroedvrouw/ Accoucheuse.	23 de Janeiro de 1983.
Bulgária	Диплома за висше образование на образователно-квалификационна степен «Бакалър» с професионална квалификация «Акушерка».	Университет	Акушерка	1 de Janeiro de 2007.

## **ANEXO II**

### **AVALIAÇÃO FINAL**



**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
MATERNA E OBSTETRÍCIA  
(5º CPLEESMO)**

**FOLHA DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**LOCAL DO ESTÁGIO BLOCO PARTOS HPP CASCAIS**

**DATAS: INÍCIO 17 JAN 2011 FIM 01 JUN 2011**

**ESTUDANTE MANUELA REALISTA**

**ENFERMEIRO ORIENTADOR ENFª ESMO ANA GENEBRA**

**DOCENTE ORIENTADOR ENFº ESMO MÁRIO CARDOSO**

**ASSINATURAS**

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data 25/03/11	Data 2/05/11	Data 27.06.2011	Data 27.06.2011
Estudante	<i>Realista</i>	<i>Realista</i>	<i>Realista</i>	<i>Realista</i>
Enfermeiro Orientador	<i>Ana Genebra</i>	<i>Ana Genebra</i>	<i>Ana Genebra</i>	<i>Ana Genebra</i>
Docente Orientador	<i>Mário Cardoso</i>	<i>Mário Cardoso</i>	<i>Mário Cardoso</i>	<i>Mário Cardoso</i>

**CLASSIFICAÇÃO FINAL MUITO BOM**



Estudante: **MANUELA REALISTA**

Estágio com Relatório	Docente				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
<b>Nível Atingido</b>					
<b>Indicadores para Avaliação</b>					
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X	
Elabora projecto pertinente e adequado				X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X	
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial</li> <li>• Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento das intervenções</li> <li>• Avaliação/eventual reformulação</li> <li>• Promoção continuidade cuidados</li> </ul>				X	
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>			X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>			X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>• Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>				X	
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados			X		
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas				X	
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X	
Analisa e discute as situações vividas				X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assiduidade e pontualidade</li> <li>• Assertividade</li> <li>• Assunção do seu processo formativo</li> <li>• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>• Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional</li> <li>• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>					X

O DOCENTE: ENF<sup>º</sup> ESMO MÁRIO CARDOSO

Data: 27 / 06 / 2011



DATA: 25 / 03 / 2011

Indicadores para Avaliação	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce. lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce. lente
<b>Nível Atingido</b>										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X					X	
Elabora projecto pertinente e adequado				X					X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades			X					X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial</li> <li>• Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento das intervenções</li> <li>• Avaliação/eventual reformulação</li> <li>• Promoção continuidade cuidados</li> </ul>			X X X X X				X X X X X			
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X				X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>		X X X						X X X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>• Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>• Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>		X	X X				X	X X		
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados			X					X		
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas			X					X		
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.			X					X		
Analisa e discute as situações vividas			X					X		
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assiduidade e pontualidade</li> <li>• Assertividade</li> <li>• Assunção do seu processo formativo</li> <li>• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>• Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>			X X X X X X X				X X X X X X X			

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente  
(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

Ana Beatriz  
Realista  
Mestre

DATA: 12, 05, 2011

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce. lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce. lente
<b>Indicadores para Avaliação</b>										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico				X						X
Elabora projecto pertinente e adequado				X					X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X				X		
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial</li> <li>• Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>• Planeamento das intervenções</li> <li>• Avaliação/eventual reformulação</li> <li>• Promoção continuidade cuidados</li> </ul>				X				X		
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde, diagnóstica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>• Diagnóstica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>• Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>			X					X		
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>• Diagnóstica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>• Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>				X					X	
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados			X					X		
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas				X						X
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X					X	
Analisa e discute as situações vividas				X					X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assiduidade e pontualidade</li> <li>• Assertividade</li> <li>• Assunção do seu processo formativo</li> <li>• Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>• Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>• Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>• Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>				X						X

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente

(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

*Realista*

*Angela*



DATA: 27, 06, 2011

Indicadores para Avaliação	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico					X					X
Elabora projecto pertinente e adequado				X					X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades				X					X	
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados				X					X	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação inicial</li> <li>Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem</li> <li>Planeamento das intervenções</li> <li>Avaliação/eventual reformulação</li> <li>Promoção continuidade cuidados</li> </ul>				X					X	
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família				X					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal				X				X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal</li> </ul>				X						
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido				X				X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina,</li> <li>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN;</li> <li>Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto</li> </ul>				X						
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal				X					X	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</li> <li>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal;</li> <li>Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal;</li> </ul>				X						
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados				X				X		
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas				X					X	
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.				X					X	
Analisa e discute as situações vividas				X					X	
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados					X					X
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assiduidade e pontualidade</li> <li>Assertividade</li> <li>Assunção do seu processo formativo</li> <li>Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde</li> <li>Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional</li> <li>Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica</li> <li>Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão</li> </ul>				X						X

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente  
(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

*Manuela Realista*  
*Ana Guedes*

DATA: 21 de Maio

**APRECIÇÃO GLOBAL**

**ESTUDANTE**

Ver documento suexo

**ENFERMEIRO ORIENTADOR**

A Aluna Manuela Realista demonstrou, durante o Estágio clínico relativamente a competências relacionais, um cariz positivo que ~~relativamente~~ culminou em excelente no seu avaliação global.

A nível de competências técnicas na sala de partos penso que pelas suas características pessoais necessitaria de mais tempo no Estágio clínico para adquirir mais confiança e capacidade de resposta em situações de urgência.

No entanto em termos globais = este nível o percurso foi bom.

Em geral avalia a aluna em Muito-Bom

*Manuela*  
*2024*

## **Avaliação Final do Estágio**

27.06.2011

Este Ensino Clínico IV (EC) permitiu-me no final do percurso realizar uma introspecção da minha postura enquanto pessoa e profissional, bem como avaliar o progresso e aperfeiçoamento da minha capacidade de desenvolvimento de competências numa área tão nobre do cuidar – a maternidade e o nascimento.

Quando vivenciamos situações cheias de emoção que ultrapassam a dinâmica básica das nossas competências, descobrimos um domínio virgem onde a aprendizagem é necessária, conduzindo a um crescimento do saber-fazer orientando-o para uma nova relação da experiência com a prática. As competências não são apenas conhecimentos implicam formação e passagem à acção de forma orientada e reflectida.

Todo o percurso efectuado mostrou-se muito gratificante pois de imediato foi recebido feedback da grávida/casal/família, com o reconhecimento pelos cuidados individualizados, pelo atendimento às necessidades emocionais, pelo apoio e incentivo e empoderamento ao autocuidado. O EC em si mesmo traduziu o meu amadurecimento e capacidade reflexiva quanto ao planeamento e aplicação de conceitos, comportamentos e expectativas para o meu futuro desempenho enquanto Enfermeira Especialista Saúde Materna e Obstetrícia

.

Para o meu processo de aquisição de competências/aprendizagem, a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora - Ana Genebra constituiu um elemento fundamental do percurso que efectuei no bloco de partos, foi um modelo de referência, que vincula o início de um longo caminho a ser percorrido. A sua conduta foi facilitadora para alcançar as actividades que me propus desenvolver relativamente à liberdade de movimentos e posições da grávida/casal, pois a sua atitude na prática diária referencia-se para os aspectos fisiológicos do parto normal e sempre que possível também os promove. Considero ter sido um privilégio a ter como orientadora e mentora, tendo contribuído para a minha aprendizagem e crescimento profissional, impulsionado o desenvolvimento de competências nesta área do saber-fazer. Houve sempre o cuidado de transmitir

e analisar qualquer tomada de decisão relativamente a todas as acções que desenvolvi, desenvolvendo sempre uma reflexão em conjunto.

Agradeço o contributo também dos vários colegas com quem trabalhei, durante estas 20 semanas de estágio, que se mostraram sempre muito disponíveis durante o período de integração, considerando que todo o processo de socialização decorreu sem dificuldades de maior. Quero mencionar o papel que a equipa multidisciplinar desempenhou neste percurso, e que foi igualmente essencial, ao receberem-me com carinho e respeito e permitindo que a minha integração acontecesse com maior facilidade.

O meu processo de integração ao contexto da prática como aluno do EESMO no bloco de partos exigiu algum tempo para a aquisição de uma dinâmica de cuidados especializados, pois constatei que requerem do EESMO capacidade de ser polivalente e dar resposta a várias solicitações, por vezes em simultâneo. É necessária uma plasticidade para uma prestação de cuidados na urgência, no bloco operatório, no recobro ou nas salas de parto, e por vezes, em situações complexas, onde por vezes é necessário mais do que um EESMO para responder às situações. É necessário mais tempo para adquirir este nível de resposta quando se está afastada deste contexto há vários anos. No entanto chegada a esta fase do percurso de aprendizagem do ensino clínico considero ter atingido os objectivos a que me propus inicialmente no Projecto. Considero ter alcançado um legado profissional e pessoal durante este EC, fundado na integridade, na competência e no respeito pelo outro.

Sendo esta a fase final de um percurso de dois anos, não posso deixar de referir aspectos mais integrais de facto, que se referem ao culminar de uma série de aprendizagens, vendo reflectida, nas minhas acções, a construção das minhas competências mais recentes, pela aquisição de novos conhecimentos que sempre constituíram um desejo pessoal.

Muito obrigada

Manuela Realista





**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
MATERNA E OBSTETRÍCIA**

(5º CPLEESMO)

**FOLHA DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**  
LOCAL DO ESTÁGIO BLOCO PARTOS HPP CASCAIS  
DATAS: INÍCIO 17 JAN 2011 FIM 01 JUL 2011

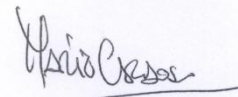
**ESTUDANTE MANUELA REALISTA**  
**ENFERMEIRO ORIENTADOR ENFª ESMO ANA GENEBRA**  
**DOCENTE ORIENTADOR ENFº ESMO MÁRIO CARDOSO**

A estudante Manuela Realista revelou uma muito boa capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico. O seu projecto foi adequado e pertinente. Demonstrou muito boa autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades. Também promoveu a um nível muito bom a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados, assim como processos de educação em saúde ao indivíduo / família. Prestou cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, assim como prestou cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido a um nível de bom. Prestou cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal a um nível muito bom. Demonstra boa autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados. Revelou muito boa capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas, capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem e analisa e discussão das situações vividas. Demonstrou excelentes atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados.

Avaliações Formativas 25 Março 2011 e 12 Maio 2011.

Avaliação Final 27 Junho 2011.

Face ao seu desempenho a classificação final é de Muito Bom.

  
01.07.2011

## **ANEXO III**

**CERTIFICADO CURSO PARTO NA ÀGUA**



# CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

## Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Hospital de São Bernardo  
Hospital Ortopédico Sant' Iago do Outão

Rua Camilo Castelo Branco, n.º 140/2910-446 – SETÚBAL  
NIPC-507606787

## Serviço de Gestão da Formação

Unidade Formativa Acreditada por Despacho de 03/08/2000 do  
Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da Modernização

Certifica-se que **MARIA MANUELA LOPES REALISTA FERREIRA**, natural de **LISBOA**, nascida a **11-01-1964**, com a nacionalidade **PORTUGUESA**, do sexo **FEMININO**, portador/a do **BI**, n.º **6514347**, emitido por **LISBOA**, em **18-04-2007**, frequentou de **19-05-2011** a **21-01-2011**, com a duração total de **21** Horas o Curso de Formação *Contínua*,

## *I CURSO TEÓRICO PRÁTICO PARTO NA ÁGUA*

Setúbal, **21-05-2011**

A Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação



Maria Paula Rodrigues

**Modalidade de Formação:**  
Formação Profissional Contínua

**Área de Formação:**  
723 – Enfermagem  
(Portaria 316/2001, de 2 de Abril – Classificação Nacional de Áreas de Formação)

**PLANO CURRICULAR:**

Designação das unidades temáticas	horas
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uma Abordagem "Diferente" na Obstetria<ul style="list-style-type: none"><li>- A Importância da Gravidez;</li><li>- A dignidade ao nascer;</li><li>- A vinculação mãe / filho / pai;</li><li>- Qual o Modelo a desenvolver - sugestões da OMS;</li></ul></li><li>• A Água e a Obstetria<ul style="list-style-type: none"><li>- História da Utilização da Água na Medicina e no Parto;</li><li>- Utilização da Água na Obstetria - Benefícios na Patologia Obstétrica;</li><li>- Controvérsias sobre o Parto na Água: Apologistas e críticas / Evidência Científica</li></ul></li><li>• Nascer na Água – Visão do Neonatologista<ul style="list-style-type: none"><li>- Fisiologia da Respiração Rn: Diving Reflex;</li><li>- Primeiras Experiências em Portugal; Avaliação do Rn / APGAR modificado?</li></ul></li><li>• A Importância da Alguns Aspectos do Pré e Pós Parto<ul style="list-style-type: none"><li>- A Preparação para o Nascimento;</li><li>- A Preparação Aquática;</li><li>- Ser Pai e mãe / Ser Casal;</li><li>- Amamentação no Pós Parto Imediato;</li><li>- Visitação Domiciliária no Pós Parto</li></ul></li><li>• Condutas Gerais para o Trabalho de Parto e Parto na Água<ul style="list-style-type: none"><li>- Controle da Higiene e Equipamento Necessário;</li><li>- "Guidelines Internacionais para o Parto na Água: Indicações e Contra-indicações / Interrupções da Imersão Aquática</li></ul></li><li>• Documentação e Responsabilidades<ul style="list-style-type: none"><li>- Trabalho de Campo; Dados Clínicos em Estudo</li><li>- Projectos de Estudo e Investigação;</li><li>- Bibliografia e Documentação;</li></ul></li><li>• Benefícios da Água no Trabalho de Parto e no Parto<ul style="list-style-type: none"><li>- Fase Latente, Fase Activa, Expulsão Fetal, Dequitação Placentar;</li><li>- Situações Obstétricas com Risco Controlado</li></ul></li><li>• Water Birth in the 21st Century<ul style="list-style-type: none"><li>- Maternidade Aquática;</li><li>- Partilhar Experiência, Conhecimento e Informação na Conduta Clínica do Trabalho de Parto e Parto na Água</li></ul></li><li>• Trabalho de Parto e Parto na Água<ul style="list-style-type: none"><li>- Proposta de Modelo / Protocolo Para Trabalho de Parto e Parto na Água;</li><li>- Fase Activa / Dilatação;</li><li>- Expulsão Fetal;</li><li>- Diversos Partos na Água</li></ul></li><li>• Avaliação</li></ul>	
<b>Total</b>	<b>21:00</b>

**Observações:**

O Curso prevê Processo de Avaliação