

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

Relatório de Estágio

Porquê parir hoje?

**Cuidado Especializado em Enfermagem na Indução do
Trabalho de Parto**

Sara Henriques de Anunciada

Lisboa

2015



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

Relatório de Estágio

Porquê parir hoje?

**Cuidado Especializado em Enfermagem na Indução do
Trabalho de Parto**

Sara Henriques de Anunciada

Orientador: Maria Teresa Félix

Lisboa

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“O cuidar não é, por conseguinte, apenas uma emoção, atitude ou um simples desejo. Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”

Jean Watson (2002)

AGRADECIMENTOS

Há sempre um conjunto de pessoas que inspiram, motivam, orientam e participam nas nossas realizações e na construção deste árduo percurso.

Desta forma, gostaria de agradecer a todos os que se envolveram, de forma direta ou indireta, neste trabalho, nomeadamente:

- a todos os enfermeiros, generalistas e especialistas, dos ensinamentos clínicos pelo apoio, disponibilidade e partilha de experiências;
- à enfermeira especialista de saúde materna Paula C. Pereira, pela disponibilidade, compreensão, estímulo, dedicação e partilha e ainda pela motivação para que não desistisse deste percurso;
- às Professoras Luísa Sotto-Mayor e Teresa Félix, pela disponibilidade, apoio, motivação e orientação ao longo deste percurso;
- a todos os meus familiares e amigos por todo o incentivo e apoio;
- a todas as mulheres/casais/famílias/recém-nascidos a quem prestei cuidados, que possibilitaram o meu crescimento profissional e pessoal;

Por último, e aqui os últimos são mesmo os primeiros, não poderia deixar de fazer uma especial referência àqueles a quem mais devemos, aos que sempre me encorajaram, que jamais deixaram de acreditar no meu sucesso e sempre me proporcionaram todas as condições para que este momento pudesse chegar – ao meu filho Francisco, ao meu marido e aos meus pais. A eles, dedico este trabalho, agradecendo por nunca me deixarem desistir neste (per)curso.

A Todos, o meu Muito Obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

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

CPP – Contacto Pele a Pele

CST – Cesariana Segmentar Transversal

CTG - Cardiotocografia

DGS – Direção-Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

EESMOG - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HIG – Hipertensão Induzida pela Gravidez

HTA – Hipertensao Arterial

IA – Índice de APGAR

IG – Idade Gestacional

ICM – International Confederation of Midwives

ICN – International Council of Nurses

ILA – Índice de Líquido Amniótico

ITP – Indução do Trabalho de Parto

LFD – Linha Flexível de Defesa

LND – Linha Normal de Defesa

LR – Linhas de Resistência

MF – Movimentos Fetais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PE – Pré-Eclampsia

PTE – Parto Termo Eutócico

PUPPP - Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy

RCEEEESMOG – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

RCIU – Restrição de Crescimento Intra-Uterino

RCM – Royal College of Midwives

RN – Recém-Nascido

RPQCEESMOG – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

RPPM – Rotura Prematura Pré-termo de Membranas

SAAF – Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídico

SMMF – Serviço de Medicina Materno-Fetal

TA – Tensão Arterial

TEP – Tromboembolismo pulmonar

TP – Trabalho de Parto

TPE – Trabalho de Parto Espontâneo

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

RESUMO

O presente Relatório de Estágio representa o percurso formativo inserido no 5º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, realizado em vários contextos de prestação de cuidados de enfermagem, particularmente numa sala de Partos de um Centro Hospitalar. Tem como finalidade fornecer um relato sintético e objetivo das atividades realizadas e sua reflexão, no âmbito do desenvolvimento das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia.

Tive como objetivo primordial deste relatório, apresentar o aprofundamento teórico e o desenvolvimento de competências realizados na prestação de cuidados de enfermagem especializados, tendo como foco a satisfação da grávida submetida a Indução do Trabalho de Parto, mobilizando os contributos da evidência científica. Para dar resposta aos objetivos delineados e à questão de partida, foi adotada a metodologia de trabalho de projeto. Neste sentido, recorreu-se à revisão narrativa da literatura, através de pesquisa bibliográfica acerca da temática em livros e obras de referência, monografias, periódicos científicos, sites oficiais de entidades de referência; através de pesquisa na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e em plataformas eletrónicas, seguindo as etapas da revisão sistemática da literatura, em particular para a pesquisa na plataforma EBSCOhost. Estas pesquisas permitiram conhecer a evidência científica de referência sobre a Indução do Trabalho de Parto, que suportaram a Prática Baseada na Evidência, desenvolvida nos Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório.

Vários estudos concluíram que se devem sensibilizar os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia para dar resposta às mulheres que têm que realizar Indução do Trabalho de Parto, devendo utilizar esse conhecimento para educar e preparar o sistema cliente (mulheres/casais) para as mudanças necessárias no seu plano de parto quando a indução é

aconselhável, evitando que esta se constitua um stressor negativo, o que procurei concretizar ao longo do meu percurso formativo.

Assim, a educação para a saúde demonstra-se essencial à mulher para que melhor conheça os efeitos da Indução do Trabalho de Parto e possa participar na decisão sobre a respetiva realização. Se por motivos de saúde da grávida e/ou do feto a Indução do Trabalho de Parto for recomendada, o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia é responsável por dotar o seu sistema cliente (mulher/casal) de instrumentos que possibilitem a melhor experiência de parto possível através de intervenções primárias, secundárias e terciárias e, assim, minimizar a invasão das linhas ou do “core” do sistema, traduzidas em complicações descritas na literatura e que igualmente ocorreram em algumas das situações em que intervimos.

Palavras-chave: Cuidado de enfermagem, Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, Indução do Trabalho de Parto e Satisfação.

ABSTRACT

This Training Report is the training path inserted in the 5th Master's degree Maternal Health Nursing and Obstetrics, School of Lisbon Nursing, held in various contexts of nursing care, particularly in a delivery room of a Hospital. It aims to provide a synthetic and objective reporting of activities and a reflection, at the development of competencies defined by the Order of Nurses for obtaining the title of Midwife.

I had as primary objective of this report the theoretical deepening and developing skills in providing skilled nursing care, focusing on promoting the satisfaction of the pregnant submitted to the induction of labour, mobilizing the contributions of scientific evidence. To meet the defined objectives and the initial questions, I adopted the design work methodology. In this regard, I appealed to the narrative review of the literature through books and reference works, monographs, journals, official websites of reference entities related to the theme; by searching the library at the Nursing School of Lisbon and electronic platforms. The research on the EBSCOhost platform was guided by the methodology of systematic review of the literature. This research allowed me to know the evidence reference on the Labour Induction, which bore the Evidence Based Practice, developed in Clinical Teaching and Training with Report.

Several studies have concluded that it should raise the awareness of Midwives to meet women who have to perform Induction of Labour, and they should use this knowledge to educate and prepare the client system (women / couples) for the necessary changes in their birth plan when induction is advisable, preventing this to become a negative stressor. I tried to achieve these goals during my formation path.

Thus, health education proves to be essential for women to better know the effects of labour Induction and participate in the decision. If for reasons of health of pregnant and / or fetus the woman is obliged to have an Induction of labour, the midwife is responsible for providing their client system (woman / couple) tools that enable best labour experience through primary, secondary

and tertiary operations and, therefore, to minimize the invasion of the lines or of the core system, materialized in complications described in the literature and that also happened in some situations in which I acted.

Keywords: Nursing Care, Midwife, Induction of Labour and Satisfaction.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. PLANO DE TRABALHO	18
1.1. Para a Revisão da Literatura	18
1.2. Para a Prática de Cuidados	20
1.3. Considerações Éticas	22
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	26
2.1. Da Revisão da Literatura	26
21.1. Indução do Trabalho de Parto	26
21.2. Cuidado de Enfermagem Especializado	29
2.1.3. Satisfação	31
2.1.4. Cuidado de Enfermagem Especializado para a satisfação da grávida submetida a Indução do Trabalho de Parto.....	33
2.2. Da Prática de Cuidados	36
2.2.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.....	36
2.2.2. Indução do Trabalho de Parto: Competências do EESMO.....	56
3. LIMITAÇÕES	64
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	

Anexo I – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Anexo II – International Confederation of Midwives: Essential competencies for basic midwifery practice

APÊNDICES

Apêndice I – Resumo dos artigos da Revisão da Literatura

Apêndice II – Competências do EEESMO desenvolvidas ao longo dos
EC do CMESMO

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Quadro resumo relacionado com a ITP.....	58
---	-----------

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio surge no âmbito do plano de estudos do 5º CMESMO da ESEL. Para a sua realização é proposta uma reflexão acerca da aquisição e desenvolvimento das competências EESMOG para aquisição do título de EESMO e do grau de Mestre. Esta análise, centrada essencialmente no ER, realizado em Sala de Partos, resultou de uma evolução contínua, realizada ao longo de todo o CMESMO e nos diferentes EC.

Esta reflexão pretende espelhar também o interesse pessoal no desenvolvimento de competências na área da ITP. Este interesse adveio da minha perceção, enquanto enfermeira que trabalhou num serviço de puerpério de um hospital privado de Lisboa, e até por experiência pessoal enquanto mãe, de que a grande maioria das mulheres realiza ITP. Além das inquietações profissionais, outra das minhas inquietudes adveio da minha perceção de que a literatura existente em enfermagem ainda é algo escassa no que se refere a esta temática.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p. 2) o enfermeiro especialista

(...) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

A OE (2009) definiu um conjunto de competências comuns aos enfermeiros especialistas, são elas: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão de Cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A mesma entidade acrescentou ainda um domínio específico para cada especialidade, sendo o do EESMO, cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério, na vivência de processos de saúde/doença ginecológica e cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010a).

Assim, o ER, foi orientado pelas competências comuns e específicas estabelecidas para o EESMO, pela OE (2010, 2010a), assim como pelas competências definidas pela International Confederation of Midwives (ICM, 2013).

O ER estabelece a aquisição, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de um conjunto de competências específicas definidas pelo RCEEEESMOG, da OE (2010a, p. 2) das quais selecionei aquelas em que o meu desempenho incidiu:

- H2 – “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”;
- H3 – “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”;
- H4 – “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”.

Para o mesmo estágio, a ICM (2013) regulamenta:

- Competency # 1 – “midwives have the requisite knowledge and skills from obstetrics, neonatology, the social sciences, public health and ethics that form the basis of high quality, culturally relevant, appropriate care for women, newborns, and childbearing families”;
- Competency # 4 – “midwives provide high quality, culturally sensitive care during labour, conduct a clean and safe birth and handle selected emergency situations to maximize the health of women and their newborns”;
- Competency # 5 – “midwives provide comprehensive, high quality, culturally sensitive postpartum care for women”.

A elaboração deste relatório vai, assim, ao encontro do desenvolvimento de competências do EESMO, preconizadas pelas OE, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família ao longo do seu ciclo de vida, com enfoque no TP.

O presente relatório visa, por um lado, responder à necessidade de desenvolvimento de competências de EESMO e, por outro, responder à inquietação individual, profissional e académica relacionada com o cuidado de enfermagem especializado na ITP.

Neste sentido, a sua principal finalidade é o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família ao longo dos períodos pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, em situação de saúde ou doença, tendo sempre em vista a promoção da saúde e o bem-estar da mulher/RN/família. Esta finalidade vem, portanto, ao encontro da construção do perfil de EESMO preconizado pela OE e pela ICM.

Como objetivo geral, tracei o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, tendo como foco a satisfação da grávida submetida a ITP, mobilizando os contributos da evidência científica.

Quanto aos objetivos específicos, poderão ser elencados os seguintes:

- Conhecer os riscos maternos, fetais e neonatais associados à ITP;
- Identificar os stressors das mulheres que realizam ITP;
- Identificar as intervenções especializadas em enfermagem para a satisfação da grávida submetida a ITP.

Evoluindo na minha prática de cuidados, foi importante relacionar de uma forma mais estruturada os conhecimentos teóricos com a prática, dando-lhe sentido, pois só assim é possível fundamentar as minhas intervenções.

Como futura EESMO, optei por assentar a minha atuação nos pressupostos do modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman, pois este modelo permite-me atuar vendo a pessoa inserida num sistema, seja ele a família, a comunidade ou uma instituição hospitalar, em que no seu processo saúde-doença está em permanente interação com o meio ambiente, sendo por vezes afetadas as linhas protetoras do “core”, causando desequilíbrio do

sistema cliente. As minhas intervenções vão ter lugar quer neste desequilíbrio (potenciando os recursos do cliente e trabalhando com ele para que atinja novamente o equilíbrio do seu sistema), quer na fase de equilíbrio (permitindo ao cliente manter a sua homeostasia por um período de tempo mais prolongado).

Com o intuito de possibilitar um acompanhamento do trajeto e objetivos determinados, pretendo que este relatório possibilite uma leitura fácil e contínua da minha linha de pensamento e ação, permitindo a concretização desta etapa formativa. A sua estrutura inicia-se com o desenho da metodologia para a revisão da literatura efetuada que contribuiu para o planeamento da PBE e as considerações éticas. No capítulo dos resultados obtidos apresenta-se o referencial acerca da temática central que guiou a prática de cuidados especializados, passando pela sua interligação e incontornabilidade na disciplina de enfermagem. Segue-se a reflexão e discussão do trabalho desenvolvido ao longo do estágio. Por fim apresentarei as limitações e considerações finais deste trabalho.

1. PLANO DE TRABALHO

No presente capítulo irei abordar o planeamento efetuado para a revisão da literatura que sustentou a minha prática de cuidados nos EC e ER.

1.1. Para a Revisão da Literatura

Para a fundamentação da temática escolhida, ITP, utilizei como metodologia a revisão narrativa da literatura, através da pesquisa bibliográfica em livros e obras de referência, monografias, periódicos científicos, sites oficiais da: OMS; DGS; OE; Unicef; ACOG; RCM e ICM; através da pesquisa na biblioteca da ESEL e plataformas eletrónicas, seguindo as etapas da revisão sistemática da literatura, em particular para a pesquisa na plataforma EBSCOhost. Estas pesquisas permitiram conhecer a evidência de referência sobre a ITP, que suportaram a PBE, desenvolvida nos EC e ER.

A PBE foi definida por Sackett et al (1997), citado por Craig e Smith (2004, p. 8), como “o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde aos doentes”. De igual modo, a OE (2006, p. 1), descreve como PBE “(...) a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis”.

A construção do corpo de conhecimentos subjacente a este trabalho assenta nos resultados da revisão da literatura. A questão formulada para a orientação da pesquisa foi: **“Quais os cuidados de enfermagem especializados para a satisfação da grávida submetida a ITP?”** Decompondo a questão de acordo com a terminologia PICO, identifica-se como população (P) a grávida submetida a ITP, como fenómeno de interesse (I) os cuidados de enfermagem especializados para a satisfação da grávida, e como contexto (Co) sala de partos.

Deste modo, e indo ao encontro do primeiro pressuposto - encontrar a melhor evidência científica, realizei uma pesquisa na plataforma EBSCOhost, através do sítio da ESEL. Assim, realizei a pesquisa selecionando as seguintes bases de dados: CINAHL Plus with full text; MEDLINE with full text; Cochrane

Database of Systematic Reviews; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Psychology and Behavioral Sciences Collection e Academic Search Complete. Utilizei como descritores em linguagem natural: “nursing care”, “midwife”, “induction of labour” e “satisfaction”, conjugadas com o operador booleano AND. As palavras-chave para este trabalho foram: cuidado de enfermagem, EESMO, ITP e satisfação. Desta pesquisa resultaram em primeira instância 11 artigos, dos quais analisei inicialmente os títulos e resumos, com a finalidade de perceber o seu interesse para o tema em estudo, tendo retido 3 artigos após esta primeira análise. Foi realizada nova pesquisa na mesma plataforma, acrescentando apenas uma nova base de dados, Library, Information Science & Technology Abstracts, com os mesmos descritores. Desta pesquisa resultaram 8 artigos, tendo desta vez retido 3 artigos, sendo que dois deles eram repetidos da pesquisa anterior. No apêndice I encontram-se os resumos dos 4 artigos.

Os artigos, foram todos classificados segundo o seu nível de evidência, de acordo com a Classificação de Oxford Centre for Evidence-Based-Medicine (2009):

- Nível 1 – Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaio Clínicos Controlados e Randomizados; Ensaio Clínicos Controlados e Randomizados com Intervalo de Confiança Estreito;
- Nível 2 – Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte; Estudos de Coorte (incluindo Ensaio Clínicos Randomizados de Menor Qualidade); Observação de Resultados Terapêuticos (autcomes research) e Estudos Ecológicos;
- Nível 3 – Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-Controle e Estudos Caso-Controle;
- Nível 4 – Relatos de Casos (incluindo Coorte ou Caso-Controle de menor qualidade);

- Nível 5 – Opiniões desprovidas de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudos fisiológicos ou estudos com animais).

O nível de evidência identificado encontra-se nos resumos dos respetivos artigos - anexo I.

1.2. Para a Prática de Cuidados

Para a realização do ER foi adotada a metodologia de trabalho de projeto, suportada numa PBE e na reflexão sistemática/prática reflexiva. O trabalho de projeto permite dar resposta a problemas identificados, através de trabalho de pesquisa, planificação e intervenção. (Leite, Malpique & Santos, 2009).

O trabalho de projeto, segundo o que defende Dewey (1968), concede ao seu construtor uma liberdade idêntica ao autocontrolo, referindo como trabalho de inteligência a conceção dos fins e a organização dos meios. O mesmo autor defende ainda que na construção do projeto existem determinadas premissas a ser envolvidas e etapas a percorrer. Deste pressuposto advém que, inicialmente, deverão ser estudadas as condições do ambiente, assim como procurar conhecer o que já foi produzido anteriormente neste mesmo ambiente. Depois, materializar-se-á o impulso/desejo de produção individual, visando a elaboração de um plano e método de ação através da previsão de consequências em determinadas condições, no sentido de uma determinada direção. Na mesma linha de pensamento, Mateus (2011, p. 3), refere que “o trabalho de projeto é uma metodologia investigativa centrada na resolução de problemas (...), que permite criar uma nova relação entre a prática e a teoria (...)”. Assim, o projeto realizado antecipadamente à realização do estágio, submetido a aprovação em Fevereiro de 2015 na ESEL, constituiu um instrumento orientador e simultaneamente indutor de um compromisso metodológico. Serviu de pilar e também de fio condutor ao meu percurso.

A prática reflexiva é descrita por Santos e Fernandes (2004), citando vários autores, como a capacidade de prestar atenção a algo, a ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão

sobre a reflexão na ação; as atividades afetivas e intelectuais que os indivíduos dedicam para explorar as suas experiências de modo a atingir uma nova compreensão. Esta tem vindo a ser um importante instrumento de capacitação dos estudantes e profissionais na aquisição de um conhecimento dos seus saberes e das suas práticas. Neste sentido, durante a prestação de cuidados e no sentido de melhor identificar as intervenções de enfermagem especializadas mais adequadas à finalidade referida, assim como identificar os stressors negativos e positivos das clientes através da observação direta e participante, planeie realizar o registo das interações de modo informal que segundo Carmo e Ferreira (1998), em estudos de investigação, o investigador pode acumular esse papel explicitamente com outro (neste caso de prestador de cuidados de enfermagem), que o faz participar na vida dos observados. Apesar de não ser esse o objetivo, os registos permitiriam refletir sobre a prática e replanear cuidados à mesma e a outras parturientes.

Em conjunto com a observação, recorri ainda à entrevista não estruturada, também durante a prestação de cuidados especializados que visassem a satisfação e a promoção da relevância do papel da mulher sujeita a ITP, o que normalmente designamos por empoderamento - “a entrevista não estruturada é utilizada principalmente (...) quando o entrevistador quer compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva dos participantes” (Fortin, 2003, p. 247). Ainda que as entrevistas realizadas não sejam estruturadas, ocorreram no contexto da prestação de cuidados e visaram compreender o modo como cada uma das mulheres vivenciava a experiência da ITP, a sua opinião face à sua satisfação global, sem recurso a indicadores específicos e, assim, conhecer várias perspetivas sobre realidades semelhantes.

Com o intuito de mobilizar informação numa lógica de PBE, para integrar a melhor evidência científica (adveniente da investigação), a perícia clínica, a integração das necessidades e perspetivas dos clientes no processo de tomada de decisão (Craig & Smith, 2004), procurei delinear os métodos, estratégias e recursos que me serviram de instrumentos na consecução dos objetivos delineados. Certamente, esta é a melhor filosofia no que respeita ao

enquadramento dos objetivos a que me propus, considerando que apenas posteriormente a este trabalho de mobilização da teoria na prática conseguiria conhecer melhor os stressors negativos e positivos das mulheres sujeitas a ITP, assim como identificar as intervenções especializadas em enfermagem para a satisfação da grávida submetida a ITP, fortalecendo a sua LFD.

No que concerne aos objetivos do ER, vêm materializar a intenção de aprofundar o conhecimento e orientar o desenvolvimento de competências relacionadas com a ITP e com o cuidado de enfermagem especializado a esta população específica, ao longo dos diferentes EC e ER.

Assim, para a realização do ER propus-me desenvolver:

- competências técnicas, científicas e relacionais que permitam a promoção da saúde da mulher e sua família durante o período de trabalho de parto, parto e puerpério imediato;
- competências técnicas, científicas e relacionais que permitam cuidar da mulher e sua família submetida a ITP durante os 4 estádios do TP.

1.3. Considerações Éticas

Na enfermagem não existem cuidados sem uma componente ética, apelando aos valores humanísticos, estando estes no centro da sua existência e atividade (OE, s.d.).

Assim, afigura-se essencial definir “ética”, de modo a que o conceito seja claro e apreendido em todas as suas dimensões. Segundo Thompson, Melia, e Boyd (2004, p. 5), “a ética diz respeito ao estudo e à prática daquilo que é bom e correcto para os seres humanos”, sendo portando uma disciplina que pretende formular regras que permitam distinguir o certo ou errado, o correto do incorreto, bem como permitir a “(...) classificação de valores gerais e dos meios práticos necessários para assegurar o bem-estar, a saúde, a prosperidade e a felicidade das pessoas (...)” (Thompson, Melia, & Boyd, 2004, p. 5).

No que se refere ao contexto específico dos cuidados de saúde, existem princípios éticos fundamentais que devem estar presentes invariavelmente nos

processos de tomada de decisão. Tal implica que qualquer tomada de decisão e, conseqüentemente, cada ação, tenha subjacente: respeito pelas pessoas - todo e qualquer cliente, independentemente da idade, sexo, credo, orientação sexual, raça, estado de saúde, é detentor dos direitos universalmente consagrados reconhecidos em documentos como a Declaração Universal dos Direitos do Homem ou a Constituição da República, que devem ser preservados e protegidos; justiça - dever de justiça universal e da equidade, o que se materializa também em imparcialidade; beneficência - responsabilidade de cuidar e ajudar, características que são tão comumente apontadas como sendo essenciais ao exercício da profissão de enfermeiro (Thompson et al., 2004).

Como direitos humanos gerais, Thompson et al. (2004) apontam os seguintes direitos como essenciais ao cliente dos cuidados de saúde: direito à verdade, à privacidade e ao tratamento. Ainda que, no exercício comum da minha profissão já reconheça a relevância destes direitos, no contexto da prática de cuidados pude ter sempre presente esta realidade em cada tomada de decisão, considerando que são direitos alienáveis e inquestionáveis do cliente.

Questão conexa e que levanta algumas questões do ponto de vista ético é a da educação para a saúde, atividade fulcral do papel de um EESMO. Segundo Thompson et al. (2004, p. 192), o facto de a educação para a saúde “procurar alterar comportamentos das pessoas, levanta também questões de ordem ética”. Os mesmos autores referem que as questões éticas relacionadas com esta temática estão relacionadas com os meios e métodos utilizados. No contexto da Saúde Materna e Obstetrícia a educação para a saúde tem um papel da maior relevância e, ao longo do EC, procurei sempre prestar cuidados respeitando os direitos e autonomia dos clientes, de modo a não impor decisões e atitudes ofensivas da autonomia dos clientes, das suas convicções e poder de decisão sobre os seus estilos de vida e opções pessoais. A educação para a saúde, contudo, em confronto com outros direitos terá necessariamente que ceder, não se podendo sobrepor aos direitos à verdade e ao tratamento (Thompson et al., 2004).

Existem princípios deontológicos da profissão de enfermagem que regem a prática de cuidados no que diz respeito à educação para a saúde, que foram tidos em conta. Como forma de zelar pelo respeito da autonomia e autodeterminação, destaca-se o dever de informar e a defesa do direito ao consentimento informado (OE, 2005).

Segundo o ICN citado por Nunes (2013, p. 6), “(...) os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações”. De igual modo é obrigação do enfermeiro “(...) assegurar que os doentes recebem informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos, incluindo a participação na investigação” (Nunes, 2013, p. 6). Todos estes propósitos foram considerados ao longo do EC.

É essencial reconhecer-se o “primado do ser humano”, a prevalência do indivíduo enquanto pessoa singular detentora de direitos, ou seja, “o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência.” (Diário da República, 2001, p. 27).

De acordo com Nunes (2013), existem seis princípios éticos definidos pelo ICN, que foram incontornáveis na realização deste trabalho e na prática de cuidados, alguns já enunciados. A beneficência, ou seja, “fazer o bem” para o próprio participante e sociedade. Avaliação da maleficência, isto é, avaliar os potenciais riscos e benefícios no sentido de não causar dano. A fidelidade, estabelecendo uma relação de cuidados baseada na confiança. A justiça, estabelecendo uma prestação de cuidados sem qualquer diferenciação de grupos, persistindo uma política de equidade nos mesmos. O princípio da veracidade também foi salvaguardado, ao garantir o consentimento informado providenciando informação efetiva.

Além destes princípios enunciados anteriormente, o respeito pelos direitos dos participantes também foi uma preocupação deste trabalho, nomeadamente o direito ao conhecimento pleno, à autodeterminação, à intimidade e o direito ao anonimato e confidencialidade (Nunes, 2013).

Ao longo do relatório foram igualmente omitidas quaisquer informações que pudessem identificar a instituição em causa, procurando assim garantir a

máxima confidencialidade quanto à identidade e informações dos clientes e das instituições e o seu anonimato.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

2.1. Da Revisão da Literatura

21.1. Indução do Trabalho de Parto

Hoje em dia, nalguns contextos, parece banalizar-se a ITP, o que pode levar a graves consequências para a mãe e para o RN. Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2015), a ITP está associada a maior risco de complicações, como a hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina levando a hipoxia fetal e rotura uterina. A mesma entidade refere também que a ITP provoca maior desconforto à grávida relativamente àquelas que entram em TPE, restringe a mobilidade da grávida, pois necessita de monitorização fetal prolongada, está associada a uma maior utilização de analgesia epidural, maior taxa de partos instrumentados e cesarianas urgentes.

As taxas de ITP têm aumentado ao longo das últimas duas décadas na maioria dos países desenvolvidos (Henderson & Redshaw, 2013). Segundo os dados não publicados da Pesquisa Global da OMS sobre Saúde Materna e Perinatal, que inclui 24 países, 9,6% dos partos foram induzidos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011) Já segundo Mozurkewich, Chilimigras, Koepke, Keeton, e King (2009), nos Estados Unidos 24% dos partos entre as 37 e 41 semanas de idade gestacional foram induzidos. Com percentagens similares, no Reino Unido, 20% de todas as gravidezes são sujeitas a ITP (BirthChoiceUK, 2012 citado por Jay, 2013; Henderson & Redshaw, 2013).

A ITP define-se como o processo de estimular artificialmente as contrações uterinas de forma a desencadear o trabalho de parto, antes do seu início espontâneo, a partir das 22 semanas de gestação (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2015; OMS, 2011). É uma intervenção comum em obstetrícia, sendo que as razões são variadas - médicas, obstétricas e sociais (Shetty, Burt, Rice, & Templeton, 2005).

Segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2012, p. 1), a ITP pode ser definida como sendo a prática que consiste em “estimular as contrações do útero tendo em vista um parto vaginal. Indução do parto pode ser recomendada se a saúde da mãe ou do feto estiver em risco.

Em situações especiais, o trabalho de parto é induzido por razões não médicas, como viver longe do hospital. A isto chama-se indução eletiva. A indução eletiva não deve ocorrer antes de 39 semanas de gravidez”. A DGS (2015) defende que a ITP não deve ser considerada em gestações de baixo risco como forma de abreviar a duração da gravidez, por motivos psicológicos ou sociais, ou para agendar a data do parto.

Nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), estão descritas a gravidez após o termo (41 semanas), diabetes gestacional, macrossomia fetal e rotura prematura de membranas. A OMS apenas recomenda fortemente a ITP por rotura prematura de membranas. Nas restantes razões a recomendação é fraca, pois a qualidade da evidência científica é baixa.

Nas orientações da DGS (2015, p. 1), “a indução do trabalho de parto deve ser avaliada caso a caso, considerando-se o estado de saúde materna e fetal, os riscos que o prolongamento da gravidez acarretam para ambos, a idade gestacional, a avaliação do colo (...) e da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação [fetal]”. A mesma entidade refere como contraindicação absoluta para a ITP a existência de duas ou mais cesarianas anteriores, ou uma cesariana anterior com incisão não segmentar, cirurgia uterina prévia envolvendo o miométrio e todas as situações que contraindicam o parto vaginal.

Segundo o estudo de Mozurkewich et al. (2009), a ITP é recomendável em situações de gravidez pós-termo, pois reduz a morte perinatal e aspiração de mecónio; de rotura prematura de membranas a termo, reduzindo a incidência de corioamnionite, endometrite e internamento dos RN nas unidades de neonatologia; em casos de rotura prematura de membranas pré-termo, pois pode reduzir a corioamnionite sem agravamento da morbidade neonatal entre as 30-36 semanas de gestação; de restrição de crescimento intrauterino, reduzindo as taxas de morte fetal intrauterina. Este estudo refere que a ITP, nos casos de grávidas diabéticas insulino dependentes, com oligoâmnios, gravidez gemelar, suspeita de macrossomia fetal, colestase gravídica, doença cardíaca materna e gastrosquise fetal é inconclusiva ou seja, não existem

estudos clínicos com relevância estatística e resultados maternos e neonatais importantes. Da mesma forma, nas mulheres com pré-eclampsia grave deve ter-se uma atitude expectante face à ITP, pois tal leva a melhores resultados neonatais. A realização de ITP devido a esta patologia está associada a altas taxas de cesariana.

O estudo de Henderson e Redshaw (2013), refere que as principais indicações para a ITP são a gravidez pós-termo, pois está associado a um aumento de risco de morte fetal, macrossomia, traumatismos no parto e de aspiração de mecónio; rotura prematura de membranas e distúrbios hipertensivos. Referem ainda que a ITP está associada a maior necessidade de alívio da dor, partos instrumentais e possivelmente com o aumento de taxas de cesariana.

Os métodos mais comuns para a ITP são a administração de ocitocina, prostaglandinas ou a realização da rotura artificial das membranas (OMS, 2011), no entanto, a mesma entidade realizou um estudo sobre os métodos mais recomendados e os resultados referem que quando não existem prostaglandinas disponíveis é recomendada a utilização de ocitocina endovenosa para a ITP; a amniotomia por si só não é recomendada; é recomendada a administração de misoprostol oral; baixas dosagens de misoprostol ou de prostaglandinas também são recomendadas; ITP com misoprostol em grávidas com cesarianas anteriores não está recomendada; está também recomendada a utilização de cateter de Foley e o descolamento de membranas, ou stripping, sendo que este último reduz a indução formal do trabalho de parto.

Para que ocorra uma ITP é necessário que a grávida esteja internada e sob vigilância materno-fetal. Para isso é necessário que os EESMO estejam capacitados para cuidarem do sistema cliente (grávidas/feto/RN/casal) submetido a ITP.

21.2. Cuidado de Enfermagem Especializado

Segundo a OE (2010a), a mulher é o foco de atenção desta especialidade, sendo explícito que deve ser entendida numa perspetiva individual e holística, que considere igualmente a sua relação com os conviventes significativos e o ambiente em que vive e se desenvolve, mas também numa perspetiva coletiva, com o objetivo de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir estados de doença. Do mesmo modo, Neuman e Fawcett (2011) defendem uma visão holística da pessoa, perspetivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de stress. É neste sentido que surge o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, como orientação à conceptualização dos cuidados de enfermagem na ITP. Trata-se de um modelo que é adaptável e por isso, útil em todos os contextos da enfermagem, da prática à investigação e ensino, dado que em qualquer destes contextos o Modelo de Sistemas de Neuman enfatiza o cliente como um todo.

De acordo com os pressupostos deste modelo, o principal objetivo da prática de enfermagem é contribuir para o bem-estar do cliente (Neuman & Fawcett, 2011), sendo que Pearson e Vaughan (1992, p. 111) defendem que “a força deste modelo está na ênfase dada à prevenção, educação para a saúde e bem-estar, assim como para o tratamento da falta de saúde e para a abordagem interdisciplinar”.

Para Neuman e Fawcett (2011) existem quatro conceitos fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem à luz do seu modelo de sistemas - pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. A pessoa ou cliente é um sistema aberto em constante interação com o seu ambiente interior, exterior e com o seu ambiente criado, composto por cinco variáveis: a fisiológica (estrutura e funções do organismo), a psicológica (processos mentais e relacionamentos), a sociocultural (expectativas e atividades socioculturais), a de desenvolvimento (desenvolvimento durante o ciclo de vida) e a espiritual (crenças espirituais) (Pearson & Vaughan, 1992; George, 2000; Neuman & Fawcett, 2011). O sistema em si mesmo engloba o núcleo ou estrutura básica (“core”) e as linhas de defesa concêntricas, correspondendo do centro para a periferia

respetivamente as LR, a LND e a LFD (Pearson & Vaughan, 1992; Neuman & Fawcett, 2011).

As LR caracterizam-se por proteger a estrutura básica, tornando-se ativas quando a LND é invadida pelos stressors ambientais. A LND representa a estabilidade ao longo do tempo, sendo considerada como o nível habitual de estabilidade para o sistema ou o estado de bem-estar normal. Já a LFD caracteriza-se pela proteção do sistema contra os stressors, impedindo que estes invadam o sistema, ou seja, protege a LND e age como um escudo para o estado normalmente estável do sistema do cliente (George, 2000).

Nesta constante troca de energia com o ambiente pressupõe-se a manutenção de um certo grau de estabilidade/ harmonia correspondendo então ao estado de saúde, podendo essa estabilidade ser afetada por stressors (Pearson & Vaughan, 1992; Neuman & Fawcett, 2011).

Os stressors são fatores ambientais de ordem intrapessoal (ocorrem na própria pessoa), interpessoal (entre um ou mais pessoas) ou extrapessoal (fora da pessoa) com capacidade de afetar a estabilidade do sistema e conduzir a estados de doença, com maior ou menor impacto, assim o cliente possua as ferramentas necessárias para lidar com o stressor (Coping). (Pearson & Vaughan, 1992; Freese, 2004; Neuman & Fawcett, 2011). Neuman defende que os agentes stressors na sua ausência são neutros, mas a interação com os mesmos pode ser benéfica ou nociva, ou seja, podem ser positivos ou negativos, dependendo da resposta da pessoa à invasão da LFD e da LND.

Segundo Freese (2004), Neuman descreve três principais tipos de intervenção de enfermagem, que são usadas “para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema”, nomeadamente a prevenção primária (intervenção antes da ocorrência de reação a fatores de stress, visando a identificação de fatores de risco de modo a prevenir possíveis reações); secundária (tratamento de sintomas após a reação a fatores de stress para reduzir os seus efeitos nocivos) e terciária (reconstituição e manutenção do bem-estar do sistema após o tratamento).

Assim, ao assumir

(...) no seu exercício profissional intervenções autônomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autônomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2010a, p. 1),

o EESMO deve ser competente na identificação dos stressors negativos intra, inter e extrapessoais que põem em risco a estabilidade do sistema das suas clientes, promovendo intervenções de prevenção primária, secundária ou terciária de acordo com a pertinência identificada. Para tal, é fundamental que adequa a sua intervenção às necessidades das clientes que cuida, bem como ao ambiente em que vivem e ao contexto em que presta cuidados.

Enfermagem, segundo Neuman, é uma “profissão única”, que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de stress. O principal objetivo da enfermagem é prestar assistência à pessoa, de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, obtendo um nível máximo de bem-estar. Para atingir esse bem-estar são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de stress e condições adversas que podem afetar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a pessoa (George, 2000; Freese, 2004), facilitando a sua satisfação.

2.1.3. Satisfação

A satisfação dos clientes é um importante indicador para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sendo frequentemente incluída na avaliação e planeamento em saúde (Özsoy, Özgür, & Akyol, 2007; Wagner & Bear, 2008). Lopes (2012, p.16), refere que a satisfação é um conceito de difícil operacionalização, devido à sua natureza multidimensional, “(...) pois existem vários fatores que influenciam o grau de satisfação, tais como: as características do indivíduo, as experiências anteriores, as variáveis do contexto sociocultural e as expectativas dos sujeitos sobre as diferentes dimensões da satisfação.”

Segundo a OMS (2000), citado por Lopes (2012), a satisfação dos clientes referente aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador. A sua avaliação integra o quadro de referência para a construção de indicadores de produtividade e qualidade na enfermagem.

De acordo com Caljouw, Beuzekom, e Boer (2008), os elevados níveis de satisfação dos clientes serão relacionados com cuidados de saúde de alta qualidade. A satisfação do cliente, segundo Sodani, Kumar, Srivastava, e Sharma (2010), depende de muitos fatores como: a qualidade dos cuidados, a disponibilidade dos medicamentos, o comportamento dos profissionais de saúde, o custo dos serviços, as infraestruturas do hospital, o conforto físico, o apoio emocional e o respeito pelas preferências do cliente.

Segundo OE (2005a, p.52), “(...) o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, com o objectivo permanente da excelência no exercício profissional.” Segundo este autor, são elementos importantes para a satisfação dos clientes: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual; a procura da empatia das instituições; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento dos cuidados; o envolvimento das pessoas significativas do cliente no processo de cuidados e por fim, o empenho dos enfermeiros, com vista a minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pela mudança de ambiente forçado pela necessidade do processo de assistência na saúde.

Assim, o enfermeiro deve garantir ao sistema cliente, uma assistência livre de danos, quer sejam físicos ou morais, devendo atuar como ponte facilitadora, sendo capaz de compreender as necessidades do mesmo; reconhecer valores e esclarecer dúvidas estabelecendo uma relação de confiança. O cliente deve sentir-se valorizado e confiante, capaz de manifestar as suas próprias críticas e sugestões com clareza e sem medos, transmitindo uma verdadeira opinião em relação ao serviço oferecido (Lopes, 2012).

2.1.4. Cuidado de Enfermagem Especializado para a satisfação da grávida submetida a Indução do Trabalho de Parto

De acordo com a definição genérica do papel do EESMO, referida no RCEEEESMOG (anexo I), há então que apurar o papel específico que o enfermeiro pode desempenhar no que diz respeito aos cuidados a prestar à mulher sujeita a ITP, geradores de satisfação.

Segundo o RCEEEESMOG da OE,

define-se mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a identidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (OE, 2010a, p. 1).

Como já foi referido anteriormente, a ITP, pode levar a um risco aumentado de ansiedade ou depressão relativamente ao trabalho de parto espontâneo (Cartwright, 1979 citado por Jay, 2013), levando a um desequilíbrio do seu sistema. Acresce que, segundo o estudo de Delaney e Young (2003), que comparou os resultados maternos e neonatais no TPE versus ITP, a ITP está associada a um aumento de taxa de hemorragia pós-parto, cesariana e internamentos neonatais em unidades de cuidados intensivos. Considerando todos estes fatores, é fundamental que a mulher grávida tenha consciência de todas as implicações da ITP, para que possa decidir de forma esclarecida e informada.

As mulheres (sistema cliente) que têm que tomar uma decisão relativamente à ITP, devem ter disponível a melhor evidência científica para ajudá-las a fazer uma escolha informada sobre os riscos (stressors negativos) e benefícios do processo (stressors positivos). Já os médicos e os EESMO têm que conhecer a melhor evidência científica para apoiar o sistema cliente na tomada de decisão (Mozurkewich, Chilimigras, Koepke, Keeton, & King, 2009).

Um estudo de Austin e Benn (2006), descreve que a tomada de decisão deve ser um processo partilhado e que devem ser fornecidas às mulheres as informações necessárias para a decisão de ITP. Também Gatward, Simpson, Woodhart, e Colleen Stainton (2010), sugerem que as mulheres que realizam

ITP devem ser sujeitas a educação pré-natal, indo ao encontro do referido por Neuman, no que diz respeito à intervenção de enfermagem ao nível da prevenção primária. Acrescentam ainda que se deve educar e preparar as mulheres e os seus parceiros (sistema cliente) para as mudanças necessárias no seu plano de parto, ajustando assim a LFD, quando a indução é recomendada evitando que esta se constitua um stressor negativo. Os mesmos autores, recomendam ainda que os EESMO possam ajudar as mulheres a adaptar o seu plano de parto durante o processo de ITP. Um outro estudo de Rice-Simpson, Newman e Chirino (2010), mostrou que as mulheres que frequentavam aulas de preparação para o parto eram menos propensas a optar pela ITP por razões sociais. Isto sugere que a educação pré-natal (intervenção primária) tem uma influência positiva na compreensão e na decisão das mulheres relativamente à ITP, reforçando assim a LFD.

O estudo de Gatward et al. (2010) refere ainda que as vozes dessas mulheres são um lembrete, para os EESMO e para os outros profissionais de saúde, de que as mulheres precisam de informação que seja relevante para o seu comportamento no processo de indução.

Considerando a importância da educação pré-natal, há então que apurar qual o papel do enfermeiro neste processo específico. Shetty, Burt, Rice, e Templeton (2005) concluíram que no grupo de mulheres que realizaram ITP, 50% referiram que as enfermeiras foram a fonte mais importante relativamente à sua ITP. No mesmo estudo, quando realizaram o questionário ao mesmo grupo de mulheres que foram submetidas a ITP mas no pós-parto, 18% das mulheres consideraram que a informação que lhes tinha sido transmitida acerca da ITP foi insatisfatória/inadequada/incorrecta e 82% dessas mulheres referiram que a sua melhor fonte de informação tinha sido o EESMO.

No que concerne ao EESMO, a área da educação para a saúde (intervensões primárias) está intrinsecamente objetivada nas suas competências específicas. Assim, cuida da mulher, família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto e pós-natal (OE, 2010a), exatamente os momentos que me propus acompanhar. De entre os vários critérios de avaliação das unidades de competência, permito-me sublinhar a

promoção do plano de parto, aconselhando e apoiando a mulher nesta decisão atuando de acordo com o mesmo durante o trabalho de parto, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado e um ambiente seguro; concepção, planeamento e implementação de intervenções de promoção do conforto, bem-estar, suporte emocional e psicológico à mulher em trabalho de parto e pós-parto, (OE, 2010a) potenciando mais uma vez, na mulher a sua tomada de decisão esclarecida.

No que diz respeito à satisfação das mulheres sujeitas a ITP, o estudo de Shetty et al. (2005) concluíram que 34,7% das mulheres que foram sujeitas a ITP, não estavam satisfeitas com a informação que lhes foi dada acerca da indução e dos seus procedimentos. No mesmo estudo referem ainda que os índices de satisfação foram maiores nas mulheres que entraram em TPE. Noutro estudo (Henderson & Redshaw, 2013), mas com resultados semelhantes, concluiu que a ITP e as intervenções com o nascimento estão associadas a uma experiência negativa de parto, o que leva a índices de satisfação mais baixos. As mulheres sujeitas a ITP identificam-se como estando mais preocupadas com o TP e o nascimento do RN do que com as mulheres que entraram em TPE. As mulheres sujeitas a ITP ficaram menos satisfeitas com os cuidados prestados (Henderson & Redshaw, 2013).

De um modo sintético, a minha busca de conhecimentos pode resumir-se a uma vontade de melhor conhecer os stressors positivos e negativos identificados pelas mulheres que realizam ITP para a satisfação das mesmas, devendo o EESMO ser uma mais-valia na facilitação deste processo.

Neste contexto, os pontos seguintes pretendem refletir a ligação entre a prática clínica em contexto de estágio, o desenvolvimento das competências específicas inerentes ao perfil de EESMO e o fenómeno em estudo.

2.2. Da Prática de Cuidados

Considerando as áreas de intervenção definidas pela OE, no que se refere às competências específicas do EESMO (OE, 2010a), poderei concluir que, durante a realização do estágio, tive oportunidade de prestar cuidados especializados na totalidade das referidas áreas de atividade. Assim, a presente análise do desenvolvimento de competências pretende explicitar a reflexão do percurso de aprendizagem durante a realização do ER.

2.2.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

A PBE promoveu a aquisição e desenvolvimento de competências do EESMOG preconizadas pela OE (2010a) e pela ICM (2013) ao longo de todo o CMESMO, principalmente nos diferentes EC.

O percurso de aprendizagem culminou com a realização do estágio em contexto de sala de partos, onde puderam ser demonstrados conhecimentos e habilidades anteriormente adquiridos, bem como adquiridos novos conhecimentos, técnicas e vivências.

O apêndice II apresenta de forma resumida as competências desenvolvidas nos EC do CMESMO, considerando as competências definidas pela OE (2010a) para o EESMOG e a missão do EESMOG definida no RPQCEESMOG da OE (2011) em assegurar cuidados de enfermagem especializados, nesta área, nos contextos onde os clientes se encontram, garantir acessibilidade, contribuir para a satisfação do sistema cliente, produzir ganhos em saúde relacionados com a saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, promovendo autonomia nas decisões, contribuindo para o máximo potencial possível do sistema cliente, capacitando para o autocuidado e autovigilância e promovendo a vivência positiva dos processos fisiológicos nas diferentes áreas de intervenção que contribuiriam para a sua satisfação.

Neste ER, a aquisição e desenvolvimento das competências científicas, técnicas e relacionais do EESMOG definidas pela OE (2010a) no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho

de parto, parto e pós-natal (puerpério imediato), efetuando o parto em ambiente seguro e otimizando a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina, foi orientada por uma filosofia de cuidados centrados na família e na promoção do parto normal. A competência H2, definida pela OE (2010a), que se caracteriza por cuidar da mulher durante o período pré-natal, foi desenvolvida mais profundamente no EC III e IV. Neste ER, desenvolvi mais especificamente a unidade de competência H2.2. e H2.3. (Anexo I).

Assim, ao longo deste estágio foi possível deparar-me com inúmeras experiências que favoreceram a aprendizagem de novos conhecimentos e competências.

Segundo Graça (2005, p. 271), o trabalho de parto é “o 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 quatro estádios, que segundo Bobak, Lowdermilk, e Jensen (1999), implicam cuidados de enfermagem específicos para cada um deles.

O primeiro estágio do trabalho de parto caracteriza-se pela dilatação, ou seja pelo início das contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo (Graça, 2005). Friedman (1978) citado por Graça (2005), dividiu este estágio em duas fases, a fase latente e a fase ativa, e dividiu a fase ativa em três períodos, o período de aceleração, declive máximo e desaceleração. É neste estágio que a maioria das mulheres é admitida nas Salas de Parto. O segundo estágio do trabalho de parto caracteriza-se pelo período expulsivo, ou seja, inicia-se na dilatação completa do colo uterino e termina com a expulsão do feto (Graça, 2005). O terceiro estágio denomina-se de quitadura, isto é, decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e das membranas fetais (Graça, 2005). Por último, o quarto estágio, caracteriza-se pelo puerpério imediato e tem início após a saída da placenta, terminando duas horas após este momento. Caracteriza-se pelo reajustamento dos órgãos maternos para o estado não gravídico e o início da estabilização dos sistemas orgânicos (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999).

Para cada mulher o ato de “parir” constitui, sem sombra de dúvida, uma nova etapa na sua vida, repleta de emoções e sensações que diferem mesmo que a experiência se repita. É um momento único, mágico e de mútua intimidade entre a tríade e que o EESMO deve fomentar e promover. Segundo Kitzinger (1987) citado por Lopes, Donelli, Lima, e Piccinini (2005, p. 247), “o parto é uma experiência extremamente importante na vida duma mulher. A experiência de [parir] é tão marcante que, durante anos, o evento e os sentimentos experimentados durante o nascimento do bebê serão lembrados nos mínimos detalhes.” Inerente a este ato “único” existe sempre uma relação estabelecida entre a parturiente e a equipa de profissionais de saúde. São nestes profissionais que a mulher/família espera encontrar prestadores de cuidados sensíveis, para que possam acolhê-los e confortá-los ao longo dos 4 estádios do TP. Veladas (1997, p. 38), no seu trabalho de mestrado afirma que

é na Sala de Partos que a grávida, agora parturiente, se confronta com a experiência vivencial do trabalho de parto e, por certo, busca nos profissionais de saúde e, em especial, na enfermeira a ajuda que pensa necessitar, para que o processo termine da melhor maneira possível.

No 1º, 2º e 3º estádios do TP desenvolvi a competência H3 (Anexo I) descrita pela OE (2010) e a competência nº 4 (Anexo II) do ICM (2013).

O acolhimento da grávida e eventual acompanhante, a pessoa significativa por si escolhida para permanecer na sala de partos, tem início com a apresentação do serviço e uma breve, mas clara, explicação das normas de funcionamento do mesmo. Este é o momento oportuno para que a grávida e o acompanhante (sistema cliente) possam, desde logo, colocar questões, clarificar as dúvidas existentes e desmistificar receios injustificados. É, também, um momento que o EESMO deve aproveitar para iniciar educação para a saúde contribuindo para o bem-estar do sistema cliente (grávida/família) O EESMO deverá demonstrar disponibilidade para responder a todas as questões que lhe sejam dirigidas, procurando demonstrar empatia e compreensão com a eventual inexperiência e/ou sentimento de insegurança, de modo a propiciar um acolhimento tranquilo e hospitaleiro, fortalecendo a LFD.

O acolhimento na sala de partos é, efetivamente, um dos cuidados do EESMO, pois é na admissão que se estabelece o primeiro contato entre enfermeiro-cliente e onde se procura acompanhar e acolher as mensagens transmitidas pelo sistema cliente (mulher/casal), transmitindo respeito e compreensão empática, promovendo a manutenção do seu equilíbrio e bem-estar, fortalecendo assim a LFD. No seu estudo, Silva (2010, p. 6), refere que “o acolhimento [entendido como a admissão] é um momento único, pois é o início de um processo de inter-relação entre enfermeiro-doente, em que a comunicação é um elemento fundamental”. A mesma autora defende que “a forma como se processa o acolhimento, deverá adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher.” Na mesma linha de pensamento Castro (s.d), refere que o acolhimento representa um momento importante possibilitando o início do processo de socialização, permitindo este, o conhecimento da estrutura física, os profissionais e o enfermeiro de referência, constituindo-se como stressor positivo no processo.

Em todos os momentos procurei adotar uma postura de apoio e acompanhamento contínuo durante os quatro estádios do TP, tal como defende a OMS (1996), uma vez que este apoio traz benefícios. De acordo com Federación de Asociaciones de Matronas de España e Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (FAME e APEO, 2009, p.71),

o apoio contínuo da mulher durante o trabalho de parto já demonstrou ter benefícios, como seja uma menor utilização de analgesia farmacológica e do número de partos vaginais instrumentais e cesarianas; assim como, as mulheres sentem-se mais satisfeitas com a sua experiência de parto.

Este apoio pode ser cumprido por várias pessoas, profissionais ou não (enfermeiros, EESMO, doula, pessoa significativa, ou o companheiro) (OMS, 1996; Hodnett, Gales, Hofmeyr, & Sakala, 2012; Lamaze, 2009b). A escolha do acompanhante deverá recair apenas na parturiente, pois é importante que a mulher seja acompanhada por alguém com quem se sinta confortável e em quem confie (OMS, 1996, Lamaze, 2009b), funcionando assim como um stressor positivo.

Em todas as intervenções procurei esclarecer a cliente quanto ao direito a estar permanentemente acompanhada e pela pessoa eleita exclusivamente por si, facilitando os stressors positivos interpessoais. A grande maioria das mulheres alvo de cuidados optou por ser acompanhada pelo pai da criança, tendo havido situações em que o acompanhante foi um familiar próximo (mãe ou irmã) e, mais residualmente, uma amiga.

Em todas as situações procurou-se abordar e conhecer os planos da mulher/casal para os quatro estádios do TP. Exploraram-se as expectativas acerca dos quatro estádios do TP, desejos pessoais do sistema cliente (mulher/casal) e avaliou-se a exequibilidade dessas pretensões, tendo por vezes sido necessário sugerir ligeiros ajustamentos, de modo a que a condução do 1º e 2º estádios do TP não fossem afetados, promovendo assim o equilíbrio do sistema, fortalecendo a LFD. Esta negociação foi feita em conjunto com o EESMO orientador e o sistema cliente. A elaboração do plano de nascimento, definido pela FAME e APEO (2009, p. 25) é uma das formas de expressão dos desejos do sistema cliente (mulher/casal) e é descrito como “um documento escrito em que a mulher gestante manifesta e deixa claro os seus desejos e expectativas para o momento do parto e nascimento do seu bebé”. A OE (2011), no RPQCEESMOG, defende que a informação que gera novas aprendizagens deve ser mobilizada numa relação terapêutica, levando ao empoderamento do sistema cliente (mulher/casal) na realização do seu plano de parto, obtendo assim, níveis elevados de satisfação. Durante o estágio, apenas prestei cuidados a duas mulheres/casais que trouxeram esse documento escrito. Pude igualmente constatar que a maioria dos sistemas cliente (casais) desconhecia, até, a existência do plano de nascimento e a possibilidade de o desenharem. Assim, e por considerar tratar-se de um documento de grande relevância e uma preciosa ferramenta auxiliar do papel do EESMO, este deveria ser revelado e divulgado no decurso das consultas de vigilância da gravidez.

Aquando da leitura dos planos de nascimento do sistema cliente (mulheres/casais), foi-lhes transmitido que iríamos sempre ao encontro das respetivas pretensões, mas salientando que poderiam ocorrer alterações ao

longo dos quatro estádios do TP, o que poderia implicar alterações ao plano anteriormente delineado. FAME e APEO (2009) defendem que o EESMO deve evitar a obsessão pelo “parto perfeito”, informando o sistema cliente (mulher/casal) que as expectativas e os planos de nascimento estão sujeitos à situação clínica, podendo ocorrer desvios se a evolução do parto o exigir.

O plano de nascimento destas duas parturientes foi cumprido, exceto quanto à analgesia, ou seja, as mulheres tinham a intenção de não serem submetidas a analgesia epidural, apenas analgesia não farmacológica, mas com o decorrer da evolução do 1º estágio do TP as próprias parturientes solicitaram a realização de analgesia epidural, ou seja, a intensidade da dor tornou-se um stressor negativo intrapessoal, invadindo assim a LND.

Todas as outras mulheres/casais a quem prestei cuidados ao longo do estágio, apesar de não terem realizado plano de nascimento, foram questionadas sobre as suas expectativas acerca do parto, procurando a satisfação do sistema cliente (mulher/casal). Promovi a tomada de decisão das parturientes segundo os seus próprios desejos, opiniões, vontades e crenças, fortalecendo assim as LR e/ou LND. Tudo isto vai ao encontro ao que defende OE (2005a), quando refere que o respeito pelas capacidades, crenças, valores, desejos individuais e o estabelecimento de parcerias com o sistema cliente (mulheres/casal), é importante para a satisfação do mesmo.

No primeiro estágio do trabalho de parto, as intervenções realizadas reportam-se à avaliação física da grávida. Segundo Bobak et al. (1999), a avaliação física inicial inclui a avaliação geral de todos os sistemas, a realização das Manobras de Leopold (para determinação da apresentação e posição fetal e os pontos de intensidade máxima para a auscultação da FCF), a avaliação das contrações uterinas e o exame vaginal (para avaliação da dilatação e apagamento do colo, descida do feto e estado das membranas/líquido amniótico).

Para a avaliação do bem-estar fetal recorreu-se à realização de cardiotocografia. A cardiotocografia, vulgarmente chamada de CTG, consiste no registo gráfico da “frequência cardíaca fetal, das contrações uterinas e dos

movimentos fetais activos” (Conselho de Enfermagem, 2010, p. 3). Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012, p. 3), “a cardiocotografia é um processo que contribui para a monitorização do bem-estar e da actividade uterina pelo que é considerado da exclusiva competência dos EEESMO sendo que, não é possível descontextualizar a sua interpretação de todo o procedimento envolvido na sua realização desde a identificação correcta, no abdómen materno, do fundo uterino e do foco fetal, à colocação dos transdutores e à realização dos respectivos ensinios à grávida.”

Neste serviço, a monitorização CTG, durante este estágio do trabalho de parto, é contínua, apesar da OMS (1996), FAME e APEO (2009) e Lamaze (2009c), defenderem que a monitorização CTG deve ser intermitente no 1º estágio do TP considerados de baixo risco. Quando não existiam sinais de sofrimento fetal, complicações ou ITP através de perfusão ocitócica, a monitorização era interrompida para ida ao WC, no sentido de aumentar o conforto e bem-estar do sistema cliente (parturiente), promovendo assim o fortalecimento da LFD. Foi questionado aos EESMO o motivo pelo qual as parturientes realizam monitorização contínua, visto que para a grande maioria dos sistemas cliente é identificado como stressor negativo, tendo a resposta sido a de que uma grande maioria das parturientes realiza analgesia epidural e que devido aos efeitos que a mesma pode provocar na parturiente e feto, têm que se encontrar em vigilância contínua. Além disso, neste serviço, a grande maioria das parturientes, principalmente após a realização da analgesia epidural, prosseguem a condução do 1º estágio do TP com ocitocina. Fui então pesquisar acerca desta temática e a OMS (1996) refere que a analgesia epidural tem tendência para alongar o 1º e 2º estágio do TP, fazendo com que a ocitocina seja usada com mais frequência. No que diz respeito à monitorização contínua e analgesia epidural, um estudo de Tomás, Danko, e Dókus (2001), concluiu que a analgesia epidural não é responsável pelo aumento dos padrões de CTG patológicos. No que diz respeito à ocitocina, segundo o Infarmed (2008), os efeitos secundários possíveis são hiperestimulação uterina que pode causar sofrimento fetal, asfixia e morte e pode conduzir a hipertonicidade uterina e rutura uterina, o que justifica a

decisão dos EESMO da instituição, ao decidirem manter a monitorização CTG contínua ao sistema cliente (parturiente) com perfusão ocitócica.

Por outro lado, para algumas parturientes, o facto de realizarem monitorização CTG contínua era um stressor positivo, pois referiam que assim estavam sempre a ouvir o batimento cardíaco do seu filho e sentiam-se mais tranquilas por saberem que estavam em constante vigilância, o que vai ao encontro do referido pelo grupo de comparação, do estudo de Gatward et al. (2010), acerca da preocupação sobre o impacto que a indução provoca no feto.

A alteração dos padrões normais da FCF foi sempre acompanhada de avaliação criteriosa da própria alteração e do contexto em que a mesma ocorreu. Deste modo, a interpretação dos dados demonstra ser mais fidedigna e fiável, possibilitando a prestação de cuidados adequados à situação (intervenções secundárias). A monitorização permitiu identificar situações em que foi necessário proceder a mudanças no decurso das atividades, como a introdução de oxigenoterapia, pesquisa de prolapso do cordão umbilical, mudança de decúbito, interrupção da perfusão ocitócica, ou correção da hipotensão materna (intervenções ao nível da prevenção secundária do sistema cliente). Nestas situações, a comunicação eficaz com o sistema cliente foi essencial para que este compreendesse a necessidade e as razões subjacentes à tomada de decisão dos profissionais de saúde, proporcionando uma intervenção protetora do “core”, minimizando a ação dos stressors negativos e fortalecendo as LR e/ou LND, justificando, deste modo, as intervenções e tranquilizando-o.

Algumas destas competências descritas na avaliação inicial da grávida, já tinham sido adquiridas e desenvolvidas noutros EC, sendo que neste estágio foram alvo de aperfeiçoamento.

Um aspeto a salientar prende-se com a alimentação durante o 1º estágio do TP. Esta questão prende-se com o facto de nalguns contextos se recear a aspiração de vómito, descrito por Mendelson, aquando da realização de anestesia geral (Federación de Asociaciones de Matronas de España & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [FAME & APEO], 2009). A

OMS (1996), FAME e APEO (2009) e Lamaze (2009c), acreditam que não existe risco aumentado de morbidade (lesão do “core”) por aspiração, em gravidezes de baixo risco, com a ingestão alimentar durante este estágio do TP. FAME e APEO (2009, p. 53), referem ainda que “a restrição de comida e bebida pode resultar em desidratação e cetose” o que corresponde a alteração da LR do sistema cliente. Assim, e de acordo com as normas do serviço, foi oferecido às parturientes uma bebida (água ou chá), de preferência açucarada, atendendo à importância da prevenção primária e/ou correção de desequilíbrios nutricionais (prevenção secundária) prevenindo a ocorrência de desidratação e cetoacidose, devido aos elevados níveis energéticos gastos no trabalho de parto (OMS, 1996; FAME & APEO, 2009).

Durante a prestação de cuidados, e partindo dos temas diretamente abordados pelo sistema cliente (mulher e/ou casal), procurei desmistificar e apaziguar determinados receios infundados associados ao parto, bem como dar a conhecer algumas técnicas promotoras de bem-estar. À medida que o sistema cliente se familiariza com os profissionais de saúde, tende a adotar uma postura menos reservada e sente-se com maior à vontade para colocar questões e apresentar dúvidas, o que é compreensível, pois com o tempo estabelece uma relação de maior confiança, criando assim um ambiente mais propício a que se exponha usando os recursos interpessoais como variável, promotora do fortalecimento da LFD. De acordo com Coutinho (2004, p. 31), “o enfermeiro deve confortar a grávida, estabelecendo uma relação de ajuda no sentido de aliviar o seu sofrimento, a sua dor [quando o stressor afetou as LR], respeitando-a e proporcionando-lhe a privacidade desejada (...)”. Um estudo de Capilé, Azevedo, Silva, Bittencourt, e Azevedo (2011) citando Moura e Silva (2004) e Diniz (2005) revela que para a promoção do bem-estar do sistema cliente (parturiente), a enfermeira deve assegurar continuamente o conforto físico e emocional, tornando o ambiente o mais adequado e acolhedor possível, intervindo ao nível da prevenção primária, prevenindo assim possíveis reações à LND.

A minha atuação durante o estágio procurou seguir fielmente as recomendações da OMS (1996), tendo procurado fomentar o envolvimento do

casal em todo o processo, dando especial relevo à liberdade de escolha da mulher e do casal, procurando transmitir-lhes confiança. No decorrer dos quatro estádios do TP a mulher vivencia grandes transformações quer físicas, quer psicológicas. Assim, cabe aos profissionais de saúde e em especial ao EESMO, estar alerta para as inúmeras transformações psicossomáticas que vão surgindo ao longo dos quatro estádios do TP, bem como ao estabelecimento de uma verdadeira e eficaz relação de ajuda, protegendo o “core” do sistema. De acordo com Silva, Cunha, e Okasaki (2001, p. 19), “é importante salientar que a enfermeira obstetra deve estar atenta à vertente psico-emocional da gestante e priorizar a assistência humanizada durante o parto.” Indo mais além, uma assistência de qualidade à mulher durante os quatro estádios do TP deve priorizar a individualidade, singularidade e o respeito mútuo, devendo esta estar centrada nos direitos da mulher enquanto Ser Humano, bem como ter em conta os seus stressors negativos, nomeadamente, anseios, medos, limitações e angústias no momento do parto (Capilé, Azevedo, Silva, Bittencourt, & Azevedo, 2011). Por outro lado, é necessário o bem-estar físico e emocional da mulher, favorecendo a redução dos riscos (stressors negativos) e complicações (invasão das LR ou lesão do “core”) ao longo dos quatro estádios do TP. Para Moura et al. (2007), o que transforma o nascimento num momento único e especial é o respeito ao direito da mulher à privacidade, segurança e conforto, com uma assistência humana de qualidade, aliado ao apoio familiar durante os quatro estádios do TP, portanto o recurso a stressors positivos, reforçando assim a LFD.

A dor é “(...) um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo” (DGS, 2008, p. 5), considerado um stressor negativo que afeta a LND ou até mesmo as LR, levando ao sofrimento e redução da qualidade de vida provocando alterações fisiopatológicas no organismo (DGS, 2008), afetando o “core”. No que diz respeito à dor sentida pela parturiente e o seu controlo durante o 1º e 2º estágio do TP, pude constatar que esta variável fisiológica está intrinsecamente conexas com a mulher que a experiencia, variando significativamente de mulher para mulher sem que me fosse possível aperceber de um padrão de comportamento de acordo com variáveis fisiológicas ou socioculturais, dependendo a sua

adaptação, dos seus padrões de resposta à linha flexível e normal de defesa. Corroborando com esta ideia, FAME e APEO (2009, p.65), referem que,

a dor experimentada pelas mulheres durante o trabalho de parto é o produto de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais. As sensações diferem substancialmente de uma mulher para a outra em cada um dos seus partos.

Neste sentido, o alívio da dor durante o 1º e 2º estágio do TP contribui para o aumento do bem-estar físico e emocional da mulher, devendo ocupar o lugar prioritário nos cuidados do EESMO (FAME & APEO, 2009).

A grande maioria dos sistemas cliente conhecia a analgesia epidural, pretendendo que esta fosse administrada logo que possível. Contudo, e ainda que em muito menor número, de carácter residual, cuidei de clientes que se opuseram à utilização deste tipo de analgesia. De entre as clientes que manifestaram oposição à administração de analgesia epidural, algumas mantiveram a sua vontade constante durante todo o 1º estágio do TP, mas outras houve que alteraram tal intenção em virtude do aumento da intensidade da dor, acompanhada de cansaço físico e psicológico (stressors negativos que invadiram a LFD e LND). Em algumas situações, constatei que a oposição à administração da analgesia se relacionava com desconhecimento. De facto, embora a quase totalidade das mulheres referisse conhecer a analgesia epidural, a grande maioria tinha conhecimentos superficiais, desconhecendo aspetos importantes, quer da técnica de administração, quer dos seus efeitos secundários ou modo de atuação.

Realizei educação para a saúde sobre este tipo de analgesia, tendo explicado às clientes o modo de atuação da analgesia epidural, com ênfase no facto desta técnica permitir a manutenção da deambulação e a alternância de posicionamentos (stressors positivos), bem como a maior eficiência relativamente aos opióides sistémicos. Foram também explicados os efeitos (stressors positivos) e os riscos da analgesia e as potenciais complicações (stressors negativos).

Foram prestados cuidados durante o procedimento, nomeadamente a ajuda no posicionamento e na assessoria ao anestesista, tendo este momento

sido ainda aproveitado para tranquilizar e confortar a mulher em TP. Procurou-se ainda contribuir para a comunicação entre a cliente e o anestesista, bem como estimular estratégias de relaxamento que permitissem manter o posicionamento correto durante o procedimento, não obstante o desconforto inerente à contratilidade uterina.

O fármaco mais administrado antes dos 4 cm de dilatação cervical foi a Petidina, que é também o medicamento mais utilizado mundialmente no alívio da dor no TP (OMS, 1996). A sua administração implica necessariamente a implementação de cuidados de educação e orientação acerca dos potenciais efeitos adversos, entre os quais as náuseas, tonturas, vômitos, entre outros, que invadem as linhas do sistema cliente provocando desequilíbrio do sistema, manifestado por, confusão mental e sonolência, hipotermia, prurido, retenção urinária, sudorese, distúrbios visuais, rubor facial, urticária, bradicardia, insuficiência respiratória, palpitações, hipotensão ortostática e depressão (Infarmed, 2007). Para além disso, a Petidina pode ainda provocar depressão respiratória ao RN (invasão do “core”), bem como alteração de comportamentos à nascença, nomeadamente, reflexos inatos menos ativos (reptação, sucção e pontos cardeais) levando ao atraso no processo de amamentação e interação com o sistema cliente (puérpera/casal) (OMS, 1996), confirmando a invasão das linhas do sistema RN e uma necessidade de ajuda suplementar do EESMO. Estes stressors negativos que invadem as LR e por consequência invadem o “core” do sistema cliente (parturiente/RN/família), podem ocorrer se a Petidina for administrada 2 a 3 horas antes do nascimento do RN, pois a Petidina tem uma semi-vida de 2,5 horas na parturiente e de 18 a 23 horas no RN (Lança, 2003). Segundo Lança (2003, p. 13), nas primeiras 2 horas após administração da Petidina, “(...) a captação tissular fetal limita a concentração plasmática da petidina. Após 3 horas, o feto começa a eliminar o fármaco dos seus tecidos”. Assim, a melhor altura para o RN nascer após administração de Petidina é na primeira hora ou após 4 horas (Lança, 2003).

As clientes foram alertadas para o perigo inerente à realização de movimentos bruscos que, portanto, devem ser evitados, bem como para os perigos resultantes de se levantarem da marquesa sozinhas. Foram ainda

incentivadas a descansarem por alguns períodos caso sentissem sonolência. Os momentos de repouso revelaram-se de extrema utilidade, uma vez que as mulheres no 1º estágio do TP se encontram muitas vezes em estado de cansaço extremo, beneficiando de momentos de repouso, promovendo assim o fortalecimento da LFD.

Tal como referido pela OMS (1996) e por Jones et al (2013), os métodos não farmacológicos servem fundamentalmente no auxílio às mulheres para melhor lidarem com a dor, devendo ser o EESMO a ajudá-las (prevenção secundária). Podem ser utilizados em paralelo com estratégias farmacológicas, uma vez que diminuem a necessidade de analgesia farmacológica, aumentando a satisfação relativa ao 1º e 2º estágio do TP (Jones et al, 2013).

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, utilizados durante o 1º e 2º estádios do TP, são intervenções que envolvem conhecimentos quanto ao desenvolvimento das práticas de cuidados de enfermagem nas salas de parto (Gayeski & Brüggmann, 2010). As mesmas autoras referem que apesar destes métodos basearem-se em conhecimentos estruturados, estes não necessitam de equipamentos sofisticados, podendo mesmo ser o acompanhante da parturiente a executá-los favorecendo o fortalecimento da LFD.

A OMS (1996), defende que para além do apoio durante o 1º e 2º estádios do TP, existem outros métodos para o alívio da dor durante estes estádios, como possibilitar à parturiente a posição que ela deseje e se sinta confortável, o duche, o toque ou massagem, e tudo o que possa ativar os recetores periféricos para o alívio da dor, adjuvando no controlo, a nível da LND ou das LR.

Os métodos não farmacológicos que mais implementei, foram a liberdade de movimentos, o duche, a massagem compressiva na região sagrada, a bola Suíça e a realização dos esforços expulsivos na posição de cócoras, promovendo assim o relaxamento da parturiente, produzindo uma regularização da frequência das contrações, levando a uma diminuição da dor,

proporcionando uma intervenção favorecedora do “core”, fortalecendo assim a LFD. O mesmo defende a FAME e APEO (2009, p.65), referindo que

(...) mover-se livremente durante o trabalho de parto ajuda a mulher a enfrentar a sensação dolorosa. (...) a utilização da água quente durante a dilatação induz a mulher ao relaxamento, reduz a ansiedade estimulando a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina e encurta o período de dilatação, e aumenta a sensação de controlo da dor e a satisfação. (...) a utilização da massagem durante o parto melhora o relaxamento e reduz a dor porque melhora o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.

As posições verticalizadas melhoram a estática fetal e diminuem a percentagem de posições anómalas da cabeça fetal. Acresce que estas posições, em especial a de cócoras, melhoram os diâmetros pélvicos (FAME & APEO, 2009). Já a bola Suíça tem como objetivo a estimulação da posição vertical, possibilitando o relaxamento, o alongamento e o fortalecimento da musculatura do assoalhado pélvico. O recurso à bola Suíça promove ainda a liberdade de mudanças de posição à mulher (sistema cliente), assim como a participação desta no processo do nascimento e, portanto, no fortalecimento da LFD (Silva, Oliveira, Silva & Alvarenga, 2011).

Também Lamaze (2009a), refere que a liberdade de movimentos leva a uma menor intensidade da dor, menor necessidade de medicalização, redução do tempo do TP e menos cesarianas.

Pude constatar que as parturientes durante os quatro estádio do TP procuram o apoio por parte da pessoa que a acompanha, indo ao encontro do citado pela FAME e pela APEO (2009, p.65), ao dizer que “(...) as mulheres que contaram com apoio contínuo durante os seus partos tiveram menos necessidade de analgésicos e ficaram mais satisfeitas com a experiência.” Assim, cabe ao EESMO promover estas técnicas para o alívio da dor e assegurar a presença do acompanhante. De uma forma geral, durante o estágio, quando foram propostas às parturientes este tipo de técnicas, aliadas ou não aos métodos farmacológicos, a grande maioria delas aderiu, compreendendo a importância do fortalecimento das suas linhas e proteção do “core”.

No decorrer do estágio, fui desenvolvendo e aprofundando competências promotoras do conforto e bem-estar durante os quatro estádios do TP, assim como, a promoção de um ambiente calmo e seguro. A privacidade, redução do ruído e luminosidade, foram algumas das variáveis extrapessoais que promovi para que o sistema cliente (mulher/família) se sentisse seguro e confortável, reforçando assim, a LFD. Segundo Carraro et al. (2006, p. 98), “ a condição essencial para que ocorra o conforto é proporcionar um ambiente favorável, ou seja, um ambiente em que a pessoa seja cuidada e sinta que está sendo cuidada, pois lhe foi oferecido/ofertado afeto, calor, atenção e amor e estes favorecerão o alívio, a segurança e o bem-estar”. O mesmo corrobora a FAME e APEO (2009, p. 33), quando refere que “(...) cuidar do ambiente em que se encontra a parturiente, assim como das suas necessidades individuais, pode contribuir para que o parto se desenvolva de um modo mais satisfatório para a mulher”, contribuindo para o bem-estar do sistema cliente. As mesmas entidades referem que as mulheres que desejam ter um parto de baixa intervenção, necessitam de um ambiente favorável, de modo a que possam expressar-se livremente, sem os olhares discordantes dos profissionais, ou seja, “a mulher deve sentir-se segura no local onde se desenrola o seu parto, desde o início até ao final” (FAME & APEO, 2009, p. 33). Em modo de conclusão “cuidar é olhar, enxergando; ouvir, escutando; observar, percebendo; sentir, empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro” (Carraro et al, 2006, p. 98).

O segundo estágio do trabalho de parto, como já foi referido anteriormente, caracteriza-se pelo período em que o feto nasce, ou seja, “começa com a dilatação cervical completa (10 cm) e termina com o nascimento do bebé” (Bobak et al., 1999, p. 306).

Durante o período expulsivo, o posicionamento da mulher revela grande importância, pelo que foi objeto de atenção mesmo antes do período expulsivo. Assim, foi explicado ao sistema cliente (parturiente/família) as alternativas existentes no que respeita ao posicionamento, as vantagens de cada uma das posições, com demonstração do posicionamento sempre que necessário, procurando ir ao encontro da vontade das parturientes e ao que o seu próprio

corpo ia pedindo. Isto vai ao encontro ao que defende Lamaze (2009d, p. 1), quando refere que “escolher as posições que se sente mais confortável, pode contribuir para uma experiência de parto globalmente mais positiva, tanto mais, que fazê-lo contribui para o progresso do trabalho de parto”, promovendo assim o reforço das LR e/ou LND.

A autonomia da cliente não deve ser esquecida nesta fase, pelo que procurei respeitar a sua vontade sempre que possível, encorajando os seus comportamentos e atitudes e, igualmente relevante, valorizando as suas emoções e formas de experienciar o momento, reforçando assim as LR e/ou a LND. Segundo a FAME e a APEO (2009), as posições que as mulheres adotam durante o parto, dependem de alguns fatores, especialmente o cultural. Contudo, está demonstrado que a posição de litotomia é a mais comum nas instituições hospitalares (Lamaze, 2009d). Em alternativa a esta, existem outras posições e “está demonstrado que as posições verticais no [período] expulsivo têm benefícios evidentes” (FAME & APEO, 2009, p. 85).

As vantagens das posições verticalizadas (posição vertical de pé, de cócoras, 4 apoios, posição semi-sentada ou posição lateral (Sims)), estão vastamente descritas como contribuir para: o encurtamento do segundo estágio do trabalho de parto, diminuição da dor e da necessidade de analgesia, melhor dinâmica uterina, menor percentagem de padrões anómalos da FCF, menor número de partos instrumentados e cesarianas e diminuição da percentagem de episiotomias (FAME & APEO, 2009).

A variedade de posições escolhidas pela mulher durante o período expulsivo (semi-sentada, em decúbito lateral, de cócoras) permitiu a aquisição de competências no acompanhamento da parturiente, o que constituiu indubitavelmente uma mais-valia. Nesta instituição, devido às condições físicas da sala de partos, que por sua vez leva à insegurança do EESMO, o momento da exteriorização do corpo fetal foi realizado em posição de litotomia. Até à coroação da apresentação fetal, as parturientes puderam sempre escolher o posicionamento que mais lhes era confortável. Esta atuação, (promover a decisão da mulher sobre o posicionamento) vai ao encontro do consenso

plasmado por vários autores (OMS, 1996; Bobak et al., 1999; FAME & APEO, 2009; Lamaze, 2009a).

Neste estágio do TP, desenvolvi competências que me permitiram criar um ambiente protetor, nomeadamente, assistir e colaborar com a parturiente em partos eutócicos proporcionando um ambiente calmo e seguro (stressor positivo), com recurso a material e vestuário estéril, com avaliação: do períneo (intervenção primária) e da necessidade de realização de episiotomia (intervenção secundária) e respetiva episiorrafia (intervenção terciária), proteção da musculatura perineal durante o parto, controlo da descida da cabeça fetal e pesquisa de circular cervical, após a expulsão da cabeça do feto, intervenções primárias, prevenindo situações de lesão do “core”, reforçando assim a LFD.

No que diz respeito aos cuidados relativos à integridade perineal, foram realizadas episiotomias seletivas, como defendido pela OMS (1996). Esta prática comporta benefícios para a mulher como foi concluído por uma revisão da literatura da Cochrane, citada pela FAME e APEO (2009), como um menor risco de morbilidade, incluindo traumatismos perineais posteriores, necessidade de sutura e complicações na cicatrização dentro dos sete primeiros dias.

Foi realizada episiotomia apenas no caso de baixa elasticidade perineal, macrossomia fetal (cabeça fetal grande relativamente à distensão do períneo), exaustão materna ou necessidade de agilizar o período expulsivo devido a alterações da FCF (invasão das LR), tal como defendido pela OMS (1996), prevenindo invasão do “core” (laceração de grau III ou IV ou hipoxia fetal).

A conduta de proteção ativa do períneo (Hands on), ou seja, a colocação de uma das mãos a apoiar a parte posterior do períneo e a outra a apoiar a cabeça fetal, evitando a deflexão rápida, foi realizada a todas parturientes no período expulsivo (OMS, 1996; FAME & APEO, 2009), reforçando assim a LFD e/ou LND. Durante o período expulsivo não adotei a conduta expectante (Hands poised), ou seja, mantendo-se as mãos preparadas, mas sem tocar na cabeça fetal, esperando a saída espontânea dos ombros. A FAME e APEO (2009, p.

91) referem que não existem diferenças nos resultados dos estudos e que “o profissional de saúde deve usar um ou outro dependendo da sua habilidade”. A conduta Hands on foi a adotada visto ter sido a que o EESMO orientador me transmitiu e que possuía mais habilidade.

As intervenções terciárias de episiorrafias e sutura de lacerações (1º ou 2º grau), foram efetuadas imediatamente após o terceiro estágio. Foi utilizada uma abordagem por planos, ou seja, mucosa vaginal e músculo (no caso de episiotomia ou lacerações de 2º grau), através de sutura contínua (Benson & Pernoll, 2003; Graça, 2005; Kettle, Doswell, & Ismail, 2012). Este tipo de sutura leva a menor necessidade de analgesia durante o procedimento, menor quantidade de material de sutura e menos dor no pós-parto (Kettle et al., 2012).

No que respeita à promoção da vinculação do sistema cliente (díade/tríade), foi sempre negociado previamente com a puérpera ou acompanhante, o corte do cordão umbilical após este ter deixado de pulsar, como preconizado pela FAME e APEO (2009), bem como realizei algumas manobras de estimulação (remoção de secreções da cavidade oral e estimulação tátil), promovendo assim uma ventilação adequada, adaptação ao meio extrauterino e CPP, promovendo o fortalecimento da LFD.

No que respeita ao terceiro estágio do trabalho de parto foi possível adquirir e desenvolver competências nesta área, nomeadamente na expulsão da placenta de forma eficaz e segura, através de intervenções primárias e secundárias.

Adquiri competências na identificação de sinais de descolamento da placenta, ou seja, descida do cordão, pequena perda de sangue por via vaginal, útero firme e globoso à palpação (FAME & APEO, 2009); realização de tração controlada do cordão e identifiquei o mecanismo de descolamento da placenta (Baudelocque-Schultz ou Duncan).

Após a dequitação, os cuidados principais centraram-se na administração de ocitocina, no sentido da prevenção da hemorragia vaginal (stressor intrapessoal fisiológico negativo), como defendem Westhoff, Cotter, e Tolosa (2013). Outro dos cuidados que assegurei foi o exame da integridade da

placenta e das membranas, assim como a verificação da contratilidade uterina, através da verificação do Globo de Segurança de Pinard.

No exame da integridade da placenta e suas membranas é importante que se proceda à verificação da face materna e face fetal (OMS, 2005). Dos 43 partos em que participei, foram identificadas 3 situações de retenção placentar ou de membranas (stressor intrapessoal fisiológico negativo), o que condicionou a uma atuação com a equipa médica (intervenção secundária), a fim de diminuir a ocorrência de hemorragia pós-parto.

Por último, o quarto estágio, caracteriza-se pelo puerpério imediato, com duração de 2 horas após o parto (Bobak et al., 1999). Neste estágio desenvolvi a competência H4 (Anexo I) descrita pela OE (2010) e a competência nº 5 (Anexo II) do ICM (2013).

Após o nascimento é necessária a prestação de alguns cuidados ao RN (intervensões, primárias e/ou secundárias). Estes cuidados são prestados por um enfermeiro de cuidados gerais ou EESMO e consistem na (1) verificação do estado da criança, (2) secar o RN e colocá-lo em CPP com a mãe (nas situações em que o RN não necessita de outros cuidados específicos) e (3) identificação do Índice de APGAR (OMS, 1996; Royal College of Midwives, 2012). Durante este estágio, o CPP com a mãe foi efetuado em todas as situações em que tive intervenção, promovendo o reforço da LFD.

O CPP foi descrito pelas mulheres como uma experiência muito positiva e extremamente gratificante e compensadora (stressor positivo). Segundo a OMS (2003) é importante o CPP precoce, contínuo e prolongado entre a mãe e o bebé. Segundo a mesma organização as vantagens deste método são extremamente importantes para o RN e para a mãe. A manutenção da temperatura, a regularização do padrão respiratório, assim como o contributo para o sucesso do aleitamento materno, são algumas das vantagens do CPP (OMS, 2003) verificadas ao longo deste período.

Após os cuidados de higiene e conforto imediatos, foi feita uma avaliação da condição física e emocional da puérpera. Sempre que possível,

promoveu-se o alojamento conjunto, favorecendo a relação da tríade. Estas intervenções primárias tiveram como objetivo o fortalecimento da LFD.

Outro aspecto importante durante este estágio é a educação para a saúde (intervenção primária) sobre os sinais de alarme, relativos à puérpera e RN. Os mais abordados nesta fase dizem respeito ao aleitamento materno. A instituição onde realizei o estágio é considerada “Hospital Amigo dos Bebês”, por isso, sempre que fosse desejo da mãe foi realizada educação para a saúde (intervenção primária) no sentido de aquisição de conhecimentos e estratégias para o aleitamento materno com sucesso, promovendo assim o fortalecimento da LFD.

A OMS e UNICEF (1989) descreveram uma série de medidas para o sucesso do aleitamento materno, sendo que nesta fase do estágio do trabalho de parto foi promovida a medida nº 4 (intervenção primária). Esta medida enuncia que devemos ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento.

De acordo com RCEEEESMOG da OE (2010a), ao longo de todo o estágio procurei identificar os stressors negativos e alterações físicas ou funcionais (invasão de linhas ou do “core”), e atuar ao nível da intervenção primária, secundária e terciária, referenciando as situações que estavam para além da minha área de atuação.

O EESMO ao atuar de forma humanizada nos cuidados ao sistema cliente (parturiente e sua família) contribui para uma experiência de parto gratificante, promovendo assim o equilíbrio e bem-estar do mesmo.

Assim, é essencial que o EESMO estabeleça uma relação de confiança com o sistema cliente (grávida/família) de forma a atuar nos três níveis de prevenção, com o objetivo de prevenir ou readquirir o equilíbrio do sistema e proporcionar a vivência positiva do TP.

2.2.2. Indução do Trabalho de Parto: Competências do EESMO

O estudo aprofundado da temática da ITP constituiu uma área de interesse pessoal, e um recurso importante para o desenvolvimento desse mesmo perfil de competências.

Neste sentido, e em conjunto com o desenvolvimento de competências já analisado, surge a intenção de explicitar o papel do EESMO na definição de intervenções especializadas, autónomas e interdependentes, com vista a alcançar o melhor estado de bem-estar/equilíbrio possível às clientes que experienciam a ITP, em cada momento do seu percurso.

Assim, e tanto resultante da reflexão e confronto entre a evidência científica e a experiência prática, como de um olhar mais aprofundado sobre a temática, pretendeu-se contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia.

Importa atentar na experiência prática que obtive durante o ER e confrontá-la com a evidência científica, quanto à temática específica da ITP. Porém, e por igualmente se revelar um exercício útil e que enriquecerá este confronto, há que, primeiramente, abordar as experiências obtidas nos EC anteriormente realizados.

No EC I, em contexto de ginecologia, não tive a oportunidade de articular as aprendizagens com a ITP, visto que nem nas consultas de ginecologia, nem no internamento de ginecologia, cuidei de mulheres com alterações do foro ginecológico com perturbações causadas por ITP.

Já no EC II, em contexto de Puerpério, prestei cuidados a 32 puérperas. Destas, 21 entraram em TPE, 7 realizaram ITP e 4 realizaram cesariana eletiva. No que respeita às 7 puérperas que realizaram ITP, 3 delas tiveram PTE, ficando a indução a dever-se nestas 3 situações de RCIU, HIG e idade gestacional (41 semanas e 5 dias). Por outro lado, 3 das puérperas que realizaram ITP, o parto foi distócico por fórceps, devido a suspeita de sofrimento fetal e distócia de progressão. Estas puérperas foram sujeitas a ITP por PUPPP (duas delas) e por oligoâmnios (ILA=6). Por fim, prestei cuidados a

uma puérpera que após ITP por diabetes gestacional foi submetida a cesariana por suspeita de sofrimento fetal.

Estes resultados vão ao encontro do que a literatura defende sobre o tema, veja-se Henderson e Redshaw (2013) quando mencionam que a ITP está associada a um maior número de partos instrumentais e possivelmente a um maior aumento de taxas de cesarianas.

A puérpera que foi sujeita a cesariana após ITP referiu má experiência de parto para ambos os membros do casal e fadiga associada ao trabalho de parto (stressors intrapessoais). Estes stressors vão ao encontro de um dos resultados do estudo de Shetty et al. (2005), onde se refere que a ITP resulta em índices de satisfação mais baixos, em comparação com o TPE.

Em relação ao EC III, em Cuidados de Saúde Primários, das 51 grávidas a quem prestei cuidados, durante a realização da consulta de enfermagem foi possível, de modo informal, questionar a grávida sobre as suas expectativas em relação ao parto, poder educar no sentido da promoção do plano de parto, informar acerca das vantagens e desvantagens da ITP, para poderem decidir de forma esclarecida caso fosse colocada a hipótese de terem que realizar ITP, atuando no fortalecimento das LFD através de intervenções primárias. As intervenções realizadas vão ao encontro ao que defende Gatward et al. (2010), que sugerem que as mulheres que realizam ITP devem ser sujeitas a educação pré-natal. Austin e Benn (2006), também defendem que devem ser fornecidas às mulheres as informações necessárias para a decisão de ITP.

No EC IV, em Medicina Materno-Fetal cuidei de 6 grávidas na ITP, os motivos para ITP destas foram RCIU, diabetes gestacional, idade gestacional (40 semanas e 6 dias), hidrâmnios, feto com dilatação pielocalicial grave e trombocitopenia (Plaquetas: $95 \times 10^3/\mu\text{L}$). Pude constatar que todas elas estiveram pelo menos 2 dias a realizar ITP, desencadeando ansiedade (stressor negativo) relativamente à chegada do 1º estágio do trabalho de parto. Constatei que não foi realizado o Índice de Bishop, para avaliação do colo, às grávidas a quem prestei cuidados, fator relevante para a decisão de ITP.

Relativamente ao EC V, em contexto de Enfermagem Neonatal não pude aprofundar esta temática, pois de todos os RN a quem prestei cuidados nenhum nasceu após ITP, apesar dos estudos referirem que a ITP está associada a um aumento de internamentos neonatais em unidades de cuidados intensivos neonatais (Delaney & Young, 2003).

Relativamente ao Estágio com Relatório, pude prestar cuidados a 111 mulheres nos diferentes estádios do trabalho de parto. Deste universo, 33 das clientes foram sujeitas a ITP, sendo que tive oportunidade de participar ativamente no parto de 10 mulheres/casais. Não participei de forma ativa no 2.º estágio de TP de 23 das clientes sujeitas a ITP, uma vez que estes foram realizados com recurso a intervenção médica.

Quadro nº 1 – Quadro resumo relacionado com a ITP

Motivo ITP	Idade Gestacional	Tipo de Parto	Observações
Oligoâmnios (ILA 3)	40+5	PTE	Episiorrafia Membranas fragmentadas
CTG pouco reativo e Oligoâmnios (ILA 4,6)	39+3	PTE	Mais de 24h a induzir sem TP, muito queixosa na ITP
RCIU	39+1	PTE	
Alteração de fluxos	37+3	PTE	Indução no SMMF TP muito rápido
SAAFeTEP	38	PTE	Episiorrafia
RCIU e Oligoâmnios (ILA 7,9)	36+4	PTE	Indução no SMMF durante 2 dias
RCIU	39+6	PTE	Muito queixosa Episiorrafia
RCIU	39+1	PTE	Ligeiramente queixosa
Diminuição dos MF e Hidrâmnios	39+4	PTE	
Aumento da TA e SAAF	39	PTE	Episiorrafia
Oligoâmnios (ILA 3,5) e RCIU	37+4	PTE	Muito queixosa
HTA crónica agravada	39	Fórceps + Ventosa	ITP mecânica (balão de algália) Episiorrafia IA do RN: 3/8/9
Diabetes Gestacional	40+5	Vigilância ITP	
RCIU, Oligoâmnios e	38+5	Vigilância ITP	

Percentil 19			
Oligoâmnios (ILA 6)	39	Vigilância ITP	
Sem motivo	39+2	Vigilância ITP	
Oligoâmnios (ILA 7,9) e IG	40	Vigilância ITP	
HTA	40	Vigilância ITP	ITP no SMMF durante 3 dias. Muito queixosa e cansada.
RCIU e Alteração de fluxos	39+2	Vigilância ITP	Percentil 10-25
HIG e PE (?)	40+2	Ventosa	Episiorrafia Hemorragia pós-parto
Diminuição dos MF	40	Vigilância ITP	Muito queixosa
RPPM	34+1	Fôrceps	RN internado na UCIN
Aumento TA	40+5	Vigilância ITP	
Suspeita de macrossomia fetal e CST anterior	40	Vigilância ITP	
IG prolongada	41+1	Vigilância ITP	ITP no SMMF
Risco hipertensivo e CTG não tranquilizador	39+1	Vigilância ITP	Muito queixosa
IG prolongada	40+4	Vigilância ITP	
CTG não tranquilizador	40+3	Vigilância ITP	ITP há pelo menos 2 dias. Muito cansada.
Sem motivo	39+1	Vigilância ITP	
PE ligeira e Oligoâmnios	39+3	CST	CST por descolamento placentar. IA do RN:7/8
RCIU grave	38	Vigilância ITP	Percentil 1,6
HIG e RCIU	39	PTE	Percentil 10 Episiorrafia IA do RN:7/8
IG prolongada	41+3	Ventosa	ITP no SMMF. Desacelerações tardias após administração de misoprostol

Através do universo de situações em que intervimos, pude constatar que as mulheres que entram em TPE apresentam melhor tolerância à dor, em comparação com as mulheres sujeitas a ITP. De facto, a grande maioria das mulheres sujeitas a ITP solicita a administração de analgesia na fase latente do 1º estágio de TP. Esta percepção vai ao encontro das conclusões plasmadas no estudo de Fleissing (1991) citado por Jay (2013) que refere que as mulheres que foram submetidas a indução eram mais propensas a necessitar de

analgésia e sentiam-se mais ansiosas, impotentes, menos propensas a sentirem-se dominadoras dos seus próprios comportamentos e menos confiantes nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Também Henderson e Redshaw (2013) mencionam que a ITP está associada a uma maior necessidade de alívio da dor. Lamaze (2009) refere igualmente que as contrações induzidas artificialmente atingem o pico de intensidade mais cedo e permanecem intensas durante mais tempo, do que as contrações naturais, levando ao aumento da necessidade de analgesia.

Algumas mulheres sujeitas a ITP referiram extremo cansaço físico e psicológico (invasão da LND) pelo facto de estarem a induzir (stressor negativo extrapessoal), algumas delas, por períodos superiores a 24 horas. Numa das situações em que prestei cuidados, a parturiente estava em ITP há 3 dias. Esta mulher referiu não ter noção que uma indução poderia demorar tanto tempo, referindo que estava a ficar muito ansiosa (stressor negativo), face ao lapso temporal decorrido. A importância da educação pré-natal (intervenção primária) acerca desta temática é, conforme se constata dos exemplos supra referidos, de extrema relevância, pois na maioria das situações as mulheres induzem sem conhecerem os respetivos efeitos, vantagens, desvantagens, não lhes sendo transmitida a informação de que, desde o início da indução até ao 1º estágio do TP, poderem decorrer várias horas, ou até alguns dias, revelando-se necessária intervenção primária que fortaleça a LFD. Também Shetty et al. (2005) concluíram que no grupo de mulheres que realizaram ITP, 18% das mulheres consideraram que a informação que lhes tinha sido transmitida acerca da ITP foi insatisfatória/inadequada/incorrecta e 82% dessas mulheres referiram que a sua melhor fonte de informação tinham sido os elementos da equipa de enfermagem. Indo ao encontro do que este estudo indica, pude também constatar que as mulheres sujeitas a ITP referiram que os médicos que deram indicação para realizar a ITP, apenas marcaram a hora e data para estarem no hospital, tendo sido os EESMO a explicarem os cuidados e riscos da ITP (intervenção primária). Souza, Costa, Coutinho, Neto, e Amorim (2010) recomendam que antes de iniciar a ITP, as mulheres devam ser informadas quanto aos cuidados e riscos do tratamento como parte integrante do processo

de tomada de decisão, com o objetivo de fortalecer as linhas do sistema, evitando assim a invasão do “core”.

Como podemos observar no quadro nº 1, tive oportunidade de prestar cuidados a parturientes em que ocorreu hemorragia pós-parto, (invasão das LR), membranas fragmentadas (stressor intrapessoal fisiológico negativo), RN internados na UCIN (stressor interpessoal negativo) e cesariana (invasão das LR pelo stressor intrapessoal negativo), nas mulheres sujeitas a ITP. Tal como a DGS (2015) refere a ITP está associada a maior risco de complicações, como a hemorragia peri-parto (Delaney & Young, 2003), cesarina (Delaney & Young, 2003), hiperestimulação uterina levando a hipoxia fetal e rotura uterina, levando a uma fraqueza da LFD. Também Delaney e Young (2003), relacionam a ITP com o internamento do RN em UCIN.

A revisão da literatura realizada por Souza et al. (2010), recomenda que durante a ITP haja um EESMO a cuidar de cada grávida, de modo a fornecer-lhe um cuidado contínuo. Referem também que o apoio contínuo intraparto se associa a uma redução da incidência de cesariana e da necessidade de analgesia, além de uma menor duração do trabalho de parto e maior satisfação materna. No local onde realizei o estágio, o EESMO é responsável por 3 parturientes, o que leva a que, na maioria das vezes, o EESMO não possa estar presente durante todo decurso da ITP. De facto, sendo responsável por mais do que uma parturiente, é impossível ao EESMO prestar cuidados contínuos a todas elas, o que poderá ter consequências no que respeita à dor e controlo do TP, a título de exemplo, levando por vezes ao enfraquecimento da LFD e, conseqüentemente, a uma possível invasão da LND. No entanto, o facto de ser estudante fez com que pudesse cuidar de apenas 1 parturiente em cada turno, ao contrário do que sucede com os EESMO que são responsáveis por 3. Em linha com o que acima é referido, pude constatar que os níveis de confiança, segurança e conforto das parturientes (sistema cliente) se mostravam mais fortalecidos, o que acabava por ter reflexos, por exemplo, no controlo da dor e satisfação das clientes com a experiência de parto, com naturais conseqüências positivas no fortalecimento da LFD. Tal foi expressamente transmitido pelas clientes, por diversas vezes.

Pude ainda constatar que as mulheres que realizam ITP no SMMF, comparadas com as que a realizam na sala de partos, apresentam maior mobilidade, podendo, por exemplo, alimentar-se de forma autónoma (stressor positivo), pois a grande maioria realiza ITP mediante a administração de misoprostol. Nestas situações é necessário proceder à monitorização de CTG durante aproximadamente 20 a 30 minutos após administração do medicamento. Já na sala de partos, a maioria das ITP são realizadas através de perfusão ocitócica, o que implica a monitorização de CTG contínua, com naturais consequências a nível de mobilidade, ficando circunscritas ao espaço do quarto. A DGS (2015) também refere que a ITP provoca maior desconforto à grávida relativamente àquelas que entram em TPE, uma vez que restringe a mobilidade da grávida, pois necessita de monitorização cárdio-fetal prolongada, o que muitas vezes leva a que a mulher não tenha a possibilidade de deambular (stressor negativo) ou mudar de posição em resposta às contrações (stressor negativo) ao longo do 1º estágio do TP, atrasando possivelmente a progressão do mesmo (Lamaze, 2009) e assim fragilizando a LFD.

Pude ainda verificar que as mulheres que foram sujeitas a ITP apresentaram maiores níveis de preocupação e ansiedade (stressors intrapessoais negativos), colocando mais questões acerca do TP e evolução do mesmo do que as que entraram em TPE. O estudo de Henderson e Redshaw (2013) concluiu que as mulheres que foram sujeitas a ITP mostraram-se mais preocupadas com o TP e nascimento, quando comparadas com as mulheres que entraram em TPE. As mulheres do estudo de Gatward et al. (2010) referiram o impacto que a ITP teve em si próprias e as do grupo comparação o impacto que a ITP tinha no feto, revelando ambos os grupos preocupação, mas com focos distintos, o que não me foi possível identificar nas mulheres que cuidei.

Em suma, os stressors negativos, que invadiram as linhas do sistema cliente (parturientes) que cuidei sujeitas a ITP foram: a dor, cansaço físico e psicológico, fadiga, preocupação e ansiedade, o que vai ao encontro de alguns sintomas referidos pelos autores de referência. Ao identificar estes stressors, pude planear os meus cuidados de forma a contribuir para o bem-estar do

sistema cliente (mulher/família), ou seja, as minhas intervenções primárias, secundárias e terciárias tiveram como objetivo a manutenção e o restabelecimento da harmonia do sistema cliente promovendo o reforço da LFD e da LND e a sua satisfação.

A educação para a saúde (intervenção primária) demonstra-se essencial à mulher para que melhor conheça os efeitos da ITP e possa participar na decisão sobre a respetiva realização. A intervenção do EESMO neste aspeto, face à sua relevância, mereceu destaque neste relatório. Se por motivos de saúde da grávida e/ou do feto a mulher tiver que realizar uma ITP, o EESMO é responsável por dotar o seu sistema cliente (mulher/casal) de instrumentos que possibilitem a melhor experiência de parto possível através de intervenções primárias e secundárias, assim como Gatward et al. (2010) referem que o EESMO deve preparar o sistema cliente para a necessidade de uma eventual ITP, quando esta é aconselhável, promovendo assim o ajuste da LFD. Recomendam ainda que os enfermeiros ajudem as mulheres a adaptar o seu plano de parto durante o processo de ITP. O mesmo recomenda Henderson e Redshaw (2013), referindo no seu estudo que uma boa comunicação, o poder de escolha, amabilidade e respeito são essenciais e devem ser considerados como cuidados standardizados. Sustentam ainda que as mulheres devem ter acesso à informação para poderem tomar uma decisão informada e esclarecida ao longo do seu trabalho de parto, evitando assim a invasão de stressors na LFD e/ou LND.

Os cuidados de enfermagem especializados, no que diz respeito à ITP, são todos aqueles que vão ao encontro da resolução dos stressors negativos (intervenção secundária). Também são cuidados especializados todas as intervenções primárias relacionadas com a ITP, com o objetivo de fortalecer a LFD e/ou LND, mantendo o equilíbrio do sistema cliente, reforçando a LR e promovendo assim a satisfação do sistema cliente aquando da ITP.

Entendo que tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos que conduziram a uma melhor compreensão das consequências da ITP, de divulgar esse conhecimento e de o mobilizar na prática, contribuindo assim para uma melhoria na prestação de cuidados especializados em enfermagem.

3. LIMITAÇÕES

Na realização do presente relatório foram surgindo dificuldades (stressors negativos) e limitações que tiveram influência no respetivo desenvolvimento, pelo que é relevante proceder a uma análise das referidas limitações. Desde logo, a carga horária inerente ao ensino clínico, a acrescer à atividade normal enquanto enfermeira de cuidados gerais, provocou algum cansaço acumulado, o que exigiu cuidados redobrados, de modo a que o cansaço não conduzisse a desmotivação.

A elaboração do presente relatório coincidiu ainda com uma novidade na minha vida pessoal e que, naturalmente, teve repercussões no que respeita à disponibilidade de tempo e energia – a maternidade (stressor positivo). Ainda assim, terei que reconhecer que apesar das limitações inerentes a uma mãe recente, a experiência própria do parto permitiu-me adquirir conhecimentos e experiências relevantes para a realização do estágio e do relatório, tendo em conta que me deu a possibilidade de vivenciar na primeira pessoa todo o percurso, de uma perspetiva diferente, e assim abordar de outra perspetiva a relevância do papel do EESMO.

Acresce que na instituição onde realizei o EC não se realizam os partos em posições verticalizadas, apenas na posição de litotomia. Esta lacuna ocorreu devido às condições físicas e falta de material da sala de partos, o que levou à insegurança do EESMO que me orientou, pelo que me foi transmitido que colocasse sempre o sistema cliente (parturiente) em posição de litotomia, apesar da evidência científica referir que o sistema cliente (parturiente) deve escolher o posicionamento que mais se sinta confortável (OMS, 1996; Bobak et al., 1999; FAME & APEO, 2009; Lamaze, 2009a).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo este percurso a aquisição e desenvolvimento de competências foi inquestionável. Ao assumir e interiorizar a complexidade dos cuidados especializados de enfermagem em saúde materna, obstétrica e ginecológica, percecionei que o EESMO pode e deve ser um parceiro incontornável em todas as áreas de intervenção.

A elaboração do presente relatório revelou-se uma mais-valia, tendo em conta que foi essencial na compreensão, organização e concretização dos objetivos traçados e que permitiu adquirir uma nova e mais fundamentada perspetiva no que se refere à complexidade da PBE.

A prestação de cuidados no âmbito da Saúde Materna e Obstétrica exige que estejam reunidos vários requisitos, entre os quais um domínio absoluto de um conjunto de conhecimentos específicos que não podem ser negligenciados, pois só desse modo a intervenção da Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, e o desempenho do Enfermeiro enquanto profissional de saúde, se poderão revelar eficazes e eficientes.

No decurso do processo formativo aqui em apreço, que o presente relatório acaba por registar, adquiri experiências e conhecimentos que, indubitavelmente, contribuíram de forma muito significativa para a aquisição e/ou aperfeiçoamento de competências técnico-científicas e para o desenvolvimento das competências relacionais, não menos relevante em obstetrícia que nas outras áreas da enfermagem. Ainda que o necessário registo escrito do relatório e, eventualmente, a falta de inspiração não permita reproduzir de forma fiel as vivências experienciadas durante o estágio, pretendi demonstrar que se tratou de um período enriquecedor e certamente profícuo no que respeita ao desenvolvimento e aquisição de experiências e conhecimentos que serão úteis no exercício da minha profissão, com os níveis de excelência expectáveis.

Durante a realização dos ensinamentos clínicos procurei ter um desempenho caracterizado por uma atitude positiva e construtiva, que procurou ser criativo, pró-ativo, confiante, mas simultaneamente cauteloso, de modo a refletir

criticamente sobre cada ação, o que me permitiu adquirir e desenvolver as competências específicas do EESMOG, definidas pela OE. As competências adquiridas permitiram-me cuidar da mulher no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, período pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal, climatério, bem como no âmbito de processos de saúde/doença ginecológica, contribuindo para a promoção da saúde e do bem-estar da mulher e recém-nascido ao prestar cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades do grupo-alvo (OE, 2010).

Este relatório pretendeu também reforçar a importância do EESMO na capacitação/formação das grávidas/parturientes no processo de tomada de decisão relativamente ao seu TP, algo que constatei não ter ocorrido nas parturientes que cuidei e foram submetidas a ITP. Identifiquei os métodos de ITP, os stressors, as complicações (invasão e proteção das linhas) nos sistemas cliente tal como referidos na evidência científica. Considero igualmente relevante, e tentei refletir no relatório sobre a importância dos EESMO na implementação de práticas que promovam um parto natural onde a mulher seja o sistema central da parceria do cuidado e não um mero sujeito passivo. Assim, o EESMO pode e deve assumir uma posição primordial na promoção de um parto natural em que a mulher desempenha um papel central e ativo, sensibilizando as grávidas para o parto natural desde o início da gravidez, nas consultas de vigilância pré-natal, e nos cursos de preparação para o nascimento. No contexto dos EC em que estive inserida, procurei sempre desempenhar este papel.

Assim, é possível centrar a atuação do enfermeiro especialista nos três níveis de prevenção citados por Neuman e reforçar numa primeira fase a Linha Flexível de Defesa, a Linha Normal de Defesa e, por último, a Linha de Resistência, de modo a garantir a estabilidade, o equilíbrio e a harmonia do sistema.

Pelo exposto, o EESMO tem à sua disposição diferentes estratégias que lhe possibilitam desempenhar as suas funções de forma significativamente mais rica e completa, otimizando a condição de saúde da grávida e o bem-

estar na sua dimensão holística e promovendo um ambiente mais calmo e tranquilo, o que se materializa numa vivência mais positiva do trabalho de parto.

A elaboração deste Relatório de Estágio permitiu a reflexão sobre as atividades e competências adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo do ER, mas também de todo o processo de formação do CMESMO.

Uma vez que este trabalho se insere no processo de formação enquanto futura EESMO importa referir que a formação tem como principal objetivo, segundo Botelho (1993, p. 75), “a produção de conhecimentos, competências, qualificações e mesmo de mudanças (...). O mesmo autor, citando Oliván, Rufo et al (1992), acrescenta ainda, que a formação contínua “é (...) uma necessidade extensiva à maior parte das profissões como forma de melhorar o nível pessoal de auto-estima, o estatuto sócio-económico em que o profissional está inserido e a qualidade dos serviços prestados” (Botelho, 1993, p. 80).

Visto que a formação se relaciona com a prática profissional, segundo Nóvoa (1991) citado por Moreira (2006, p. 22), a formação não se constrói apenas com a acumulação de cursos, mas através de “todo um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de (re)construção permanente de uma identidade pessoal”, permitindo que o adulto se sinta mais motivado quando aplica na prática os saberes por ele produzidos (Moreira, 2006).

A formação contínua em enfermagem é segundo Domenjó (1990) citado por Moreira (2006, p. 23) “(...) um processo dinâmico de desenvolvimento global da personalidade em áreas como, a cognitiva, a afectiva e a psicomotora e dirigida às necessidades vivenciadas pelo enfermeiro, na sua prática diária”, com o objetivo de melhorar a competência profissional. Na mesma linha de pensamento, Botelho (1993), defende que a formação constrói-se através de um trabalho de reflexão, por parte de cada indivíduo, sobre as suas práticas e da permanente construção da sua identidade pessoal. Acrescenta ainda, que a formação só tem sucesso se existir uma reflexão posterior às ações. Assim, com a elaboração deste relatório pretendeu-se um crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal.

A elaboração deste relatório demonstra a necessidade de mudança a vários níveis, nomeadamente nos cuidados de enfermagem, gestão dos cuidados, ensino e investigação. A investigação nesta área de cuidados deve procurar investigar mais sobre os cuidados de enfermagem. No que diz respeito aos cuidados e gestão dos cuidados de enfermagem, proponho a implementação de estratégias que defendam o parto como um acontecimento natural, fisiológico e familiar. Os EESMO devem estar dotados de informação acerca desta temática para ajudarem/informarem o sistema cliente a empoderar-se, para que este possa tomar decisões informadas e esclarecidas. Este empoderamento poderá ser realizado através dos cursos de preparação para a parentalidade, consultas de vigilância da gravidez, internamento de medicina materno-fetal e sala de partos.

O percurso que conduziu à apresentação do presente relatório veio a revelar-se extremamente gratificante e enriquecedor, sendo este relatório a materialização do caminho traçado, e a concretização e reflexo dos objetivos, ambições, interesses, características pessoais, sociais e profissionais enquanto futura enfermeira especialista. Creio que todo o percurso terá sido um instrumento essencial na minha aprendizagem e no desenvolvimento e aperfeiçoamento de aptidões pessoais e profissionais, tendo provocado uma reflexão e análise das atividades, tarefas e conhecimentos com que me fui deparando, tendo indubitavelmente contribuído para a aquisição das competências técnicas, científicas e relacionais características do EESMO, tendo em vista a conclusão do CMESMO.

Sendo a Enfermagem também uma arte, e como futura enfermeira especialista pretendo exercer as funções de enfermeira especialista de forma íntegra, científica, consciente e humanizada, tal como é expectável, e assim oferecer um pequeno contributo para que o modo como se nasce em Portugal atinja níveis cada vez mais próximos da excelência e assim fazer a diferença na vida de tantas crianças, mães e famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists (2012). *Frequently Asked Questions Labor, Delivery and Postpartum Care*. Acedido a 15-05-2013. Disponível em <http://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq154.pdf?dmc=1&ts=20130724T1045519763>
- Austin, D. & Benn, C. (2006). Induction of labour: the influences on decision making. *New Zealand College of Midwives Journal*, 34, 6-10. Acedido 24-11-2015. Disponível <file:///C:/Users/SH/Downloads/JNL%2034%20April%2006.pdf>
- Benson & Pernoll (2003). *Obstetricia y Ginecología*. (10nd ed). México: Mc Graw Hill.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L. & Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. (4^a ed.). Loures: Lusociência.
- Botelho, J. R. (1993). *A formação profissional contínua do enfermeiro*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação. Área de Especialização: Pedagogia na Saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Caljour, M. A. A., Beuzekom, M. V. & Boer, F. (2008). Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*, 100 (5), 637-644. DOI: 10.1093/bja/aen034
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação – Guia para a Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carraro, T.E., Knobel, R., Rodünz, V., Meincke, S. M. K., Fiewski, M. F. C., Frello, A. T., Martins, M. S., Lopes, C. V. & Berton, A. (2006). Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 15 (Esp), 97-104. Acedido 13-09-2015. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11>

- Capilé, C.S., Azevedo, A.L., Silva, A.S., Bittencourt, C.S.S. & Azevedo, P.C. (2011). Enfermagem e Humanização no Cuidado à Mulher durante o Parto. *Revista Baiana de Enfermagem*. 25 (2) 155-160. Acedido 25-06-2015. Disponível <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4963/4468>
- Castro, M. (s.d). *Sou o seu enfermeiro...* Madeira: Ordem dos Enfermeiros. Acedido 27-08-2015. Disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Sou%20o%20seu%20enfermeiro,%20por%20Enf%C2%AA%20Marina%20Castro.pdf>
- Conselho de Enfermagem (2010). *Parecer Nº 275/2010. Realização de Cardiotocografia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10-01-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20275_11%2003%202010_realiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20cardiotocografia_ceesmo%20docx_PARECER%20SITE_RevASLN.pdf
- Coutinho, E. C. (2004). A Experiência de Ser Cuidada na Sala de Partos. *Millenium*, 30, 29-37. Acedido 27-08-2015. Disponível <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf>
- Craig, J., Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Delaney, T. & Young, D. C. (2003). Spontaneous Versus Induced Labor After a Previous Cesarean Delivery. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 102, 1, 39-44. DOI: 10.1016/S0029-7844(03)00355-7.
- Dewey, J. (1968). *Expérience et éducation*. Paris: E. Colin [Documento polifotocopiado]
- Diário da República I Série A, Nº 2 (03-01-2001) 14-36. Acedido 17-09-2015. Disponível <https://dre.pt/application/file/235068>

- Direção-Geral de Saúde (2008). Circular normativa nº 11/DSCS/DPCD. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Direção-Geral da Saúde. Acedido 28-08-2015. Disponível <file:///C:/Users/SH/Downloads/i009864.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Orientação nº 002/2015 de 19 de Janeiro de 2015. *Indução do trabalho de parto*. Direção-Geral da Saúde.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento Consenso*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Tomey, A. M. & Alligoog, M. R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 335-375). Loures: Lusociência.
- Gayeski, M. E. & Brüggemann, O. M. (2010). Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*, 19 (4), 774-782. Acedido 10-09-2015. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>
- Gatward, H.; Simpson, M.; Woodhart, L. & Colleen Stainton, M. (2010). Women's experiences of being induced for post-date pregnancy. *Women and Birth*, 23, 3-9. Acedido a 13-07-2013. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519209000493#>
- George, J. B. (2000). Betty Neuman. In George, J. B. *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (pp. 225-240). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno-Fetal*. (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Henderson, J. & Redshaw, M. (2013). Women's experience of induction of labour: a mixed methods study. *Acta Obstret Gynecol Scand*, 92, 1159-1167. DOI: 10.1111/aogs.12211

- Hildingsson, I.; Karlstrom, A. & Nystedt, A. (2011). Women's experiences of induction of labour – Findings from a Swedish regional study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 51. 151-157. **DOI:** 10.1111/j.1479-828X.2010.01262.x
- Hodnett ED., Gates S., Hofmeyr GJ. & Sakala C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 10. Art. No.: CD003766. **DOI:** 10.1002/14651858.CD003766.pub4.
- Infarmed (2007). *Folheto informativo – petidina injectável*. Acedido 04-09-2015. Disponível http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=10732&tipo_doc=fi
- Infarmed (2008). Folheto informativo - Oxitocina GENERIS 5 U.I. Solução injectável. Acedido 15-11-2015. Disponível http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6565&tipo_doc=fi
- International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice 2010*. Revised 2013. Acedido 22-09-2015. Disponível <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- Jay, A. (2013). Experiencing induction. *Midwives magazine*. 2. Acedido a 13-07-2013. Disponível em <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/experiencing-induction>
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T. & Neilson, J. P. (2013) Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3. Art. No.: CD009234. **DOI:** 10.1002/14651858.CD009234.pub2.

Kettle, C.; Dowswell, T. & Ismail, K. M. K. (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 11. Art. No.: CD000947. **DOI:** 10.1002/14651858.CD000947.pub3

Lamaze International (2009). Práticas de Nascimento Saudáveis # 1: *Deixe o trabalho de parto iniciar-se por si*. Acedido 04-09-2015. Disponível [file:///C:/Users/SH/Downloads/HBP1Portuguese%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/SH/Downloads/HBP1Portuguese%20(3).pdf)

Lamaze International (2009a). Práticas de Nascimento Saudáveis # 2: *Liberdade de movimentos durante o trabalho de parto*. Acedido 04-09-2015. Disponível <file:///C:/Users/SH/Downloads/Healthy%20Birth%20Practices%202%20Portuguese.pdf>

Lamaze International (2009b). Práticas de Nascimento Saudáveis # 3: *Traga alguém significativo para si, uma amiga, ou uma doula para fornecer apoio contínuo*. Acedido 04-09-2015. Disponível <file:///C:/Users/SH/Downloads/Healthy%20Birth%20Practice%203%20Portuguese.pdf>

Lamaze International (2009c). Práticas de Nascimento Saudáveis # 4: *Evitar intervenções de rotina*. Acedido 04-09-2015. Disponível <file:///C:/Users/SH/Downloads/Healthy%20Birth%20Practices%204%20Portuguese.pdf>

Lamaze International (2009d). Práticas de Nascimento Saudáveis # 5: *Evite dar à luz de costas e siga a necessidade, do corpo, de fazer força*. Acedido 04-09-2015. Disponível [file:///C:/Users/SH/Downloads/Healthy%20Birth%20Practice%205%20Portuguese%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/SH/Downloads/Healthy%20Birth%20Practice%205%20Portuguese%20(2).pdf)

Lamaze International (2009e). Práticas de Nascimento Saudáveis # 6: *Mantenha Mãe e bebê juntos – É melhor para a mãe, bebê, e amamentação*. Acedido 04-09-2015. Disponível

<file:///C:/Users/SH/Downloads/Healthy%20Birth%20Practices%206%20Portuguese.pdf>

Lança, F. (2003). Analgesia sistémica do trabalho de parto. In Bismarck, J. A. (autor). *Analgesia em Obstetrícia* (pp. 10-22). Lisboa: Permanyer Portugal.

Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Reflexão RH*. Junho 2006. 60-63. Acedido 09-08-2015. Disponível <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>

Leite, E., Malpique, M. & Santos, M. R. (2009). *Trabalho de Projecto – Aprender por projectos centrados em problemas*. Edições Afrontamento: Porto.

Lopes, J. S. (2012). *Satisfação dos clientes com os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: contributo para a adaptação e validação do Questionário de Satisfação SNQ-10*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de Mestrado. Coimbra. Acedido 20-12-2015. Disponível file:///C:/Users/FJSA/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/GT/HQ20U3/D2011_10001222017_2810002_1.pdf

Lopes, R. C. S., Donelli, T. S., Lima, C. M. & Piccinini, C. A. (2005). O Antes e Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 18 (2), 247-254. Acedido 10-09-2015. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>

Mateus, M. N. E. (2011). Metodologia de trabalho de projecto: nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *EDUSER: revista de educação*. 3(2). Acedido 12-08-2015. Disponível em <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/viewFile/76/50>

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012). Parecer nº 13/2012 – *Realização de Cardiocotografia*. Lisboa: OE. Acedido a 10-01-2014. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer13_MC EESMO.pdf

Moreira, I. S. N. S. (2006). *As crenças de auto-eficácia nos papéis de vida, as necessidades motivacionais e a formação contínua dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Área de Especialização em Psicologia da Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.

Moura, F.M.J.S., Crizostomo, C.D., Nery, I.S., Mendonça, R.C.M., Araújo, O.D. & Rocha, S.S. (2007). A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60 (4) 452-455. Acedido a 25/06/2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>

Mozurkewich, E., Chilimigras, J., Koepke, E., Keeton, K. & King, V. J. (2009). Indications for induction of labour: a best-evidence review. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 116. 626-636. DOI: 10.1111/j.1471.0528.2008.02065.x

Neuman, B. e Fawcett, J. (2011) *The Neuman Systems Model* (5ªed.) s.l.: Pearson.

Nunes, L. (2013) *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Acedido 17-08-2015. Disponível <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (s.d). *A Ética na Enfermagem*. Acedido 13-08-2015. Disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/A%20etica%20na%20enfermagem%20de%20Carlos%20Freitas%2006%20junho%202013.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2005a). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 16, p.52. Acedido 20-12-2015. Disponível em file:///C:/Users/SH/Documents/MESMO/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio/ROE_16_Mar%C3%A7o_2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido 12-08-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido 22-09-2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Acedido 26-08-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido 08-07-2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 29-11-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaterinaObstetricaGinecologica.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Geneva: Department of reproductive health and research.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Kangaroo mother care: a practical guide*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido 15-09-2015. Disponível <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42587/1/9241590351.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Hemorragia pós-parto: Manual para professores de enfermagem obstétrica*. Gráfica Maiadouro.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *WHO recommendations for Induction of labour*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde & UNICEF (1989). *Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: the special role of maternity services*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Acedido 15-09-2015. Disponível <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf?ua=1&ua=1>
- Oxford Centre for Evidence-based Medicine. (2009). Acedido a 10-11-2015. Disponível <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
- Özsoy, S. A., Özgür, G. & Akyol, A. D. (2007). Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. *International Nursing Review*, 54 (3), 249-255. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2006.00534.x

- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992) Modelos para o Exercício de Enfermagem. Lisboa: ACEPS.
- Rice-Simpson, K., Newman, G. & Chirino, O. R. (2010). Patient Education to Reduce Elective Inductions. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35 (4), 188-194. Acedido 24-11-2015. Disponível http://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=1034429&an=00152258-201301000-00010&Journal_ID=&Issue_ID=
- Royal College of Midwives (2012). Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Immediate Care of the Newborn. Acedido 15-09-2015. Disponível <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immediate%20Care%20%20of%20the%20Newborn.pdf>
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, 11 (Março), p.59-62. Acedido 12-08-2015. Disponível https://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2064&pesquisa
- Silva, A.S., Cunha, I.C.K.O. & Okasaki, E.L.J. (2001). Humanização do parto: o papel do enfermeiro especialista em obstetrícia. *Rev Enferm UNISA*. 2 18-21. Acedido a 25/06/2015. Disponível em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-04.pdf>
- Silva, M. A. D. R. (2010). *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento de Enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto. Acedido 27-08-2015. Disponível <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertacao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>
- Silva, L. M., Oliveira, S. M. J. V., Silva, F. M. B. & Alvarenga, M. B. (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paul Enferm*, 24 (5), 656-662.

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf>

- Shetty, A., Burt, R., Rice, P. & Templeton, A. (2005). Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour – A questionnaire-based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 123. 56-61. **DOI:** 10.1016/j.ejogrb.2005.03.004
- Sodani, P. R., Kumar, R. K., Srivastava, J. & Sharma, L. (2010). Measuring Patient Satisfaction: A Case Study to Improve Quality of Care at Public Health Facilities. *Indian Journal of Community Medicine*, 35 (1), 52-56. **DOI:** 10.4103/0970-0218.62554
- Souza, A. S. R., Costa, A. A. R., Coutinho, I.; Neto, C. N. & Amorim, M. M. R. (2010). Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *FEMINA*. 38 (4). 185-194.
- Thompson, I. E.; Melia, K. M. & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4ªed.). Loures: Lusociência.
- Tomás, S., Danko, J. & Dókus, K. (2001). Epidural obstetrical analgesia and cardiotocography. *Ceska Gynekol.* 66 (5) 349-351. Acedido a 15-11-2015. Disponível <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11732234>
- Veladas, M. M. N. C. (1997). *Ajudar na sala de partos*. Lisboa: Lidel.
- Wagner, D. & Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (3), 692-701. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2008.04866.x
- Westhoff, G., Cotter, A. M. & Tolosa, J. E. (2013). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 10. Art. No.: CD001808. **DOI:** 10.1002/14651858.CD001808.pub2.

ANEXOS

**Anexo I – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e
Ginecológica**



**REGULAMENTO DAS
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

**APROVADO POR UNANIMIDADE EM
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010**

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 11/09/2010

Lisboa, 20 de Outubro de 2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS



REGULAMENTO

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Preâmbulo

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusic; 6. Ginecologia - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade – assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Artigo 1º
Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Artigo 2º
Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3º
Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4º
Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica

1. As competências do enfermeiro especialista e enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:
 - a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
 - b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
 - c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
 - d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
 - e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
 - f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
 - g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I)

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica realizada no dia 11 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Enf.ª Irene Cerejeira



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

ANEXO I

1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo:

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional. H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade. H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional. H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional. H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher. H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis. H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro. H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e/ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos. H1.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos. H1.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo:

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal. H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto. H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez. H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade. H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno. H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação
H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante. H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica. H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte. H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto. H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina	H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. H3.1.1. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H3.1.1. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido	H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto. H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto. H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto. H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina. H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência. H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais. H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto	H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos. H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto. H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina. H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto. H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o o período pós-natal

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade:

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida. H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto. H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.:

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério., incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.

6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação	H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.
---	---

7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população:

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de "empowerment" para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

**Anexo II – International Confederation of Midwives: Essential
competencies for basic midwifery practice**



INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES
Essential competencies for basic midwifery practice
2010
Revised 2013

PREFACE

The International Confederation of Midwives (ICM) is a federation of midwifery associations representing countries across the globe. The ICM works closely with the World Health Organization, all United Nations agencies, and governments in support of safe motherhood and primary health care strategies for the world's families. ICM takes the leadership role in development of the definition of the midwife, and the delineation of the midwifery scope of practice (the essential competencies). ICM also promotes standards and guidelines that define the expected structure and context of midwifery pre-service education programs; provides guidance for the development of regulations for midwifery practice; and assists countries to strengthen the capacity of midwifery associations and to develop leaders of the midwifery profession worldwide.

Throughout this document the term "competencies" is used to refer to both the broad statement heading each section, as well as the knowledge, skills and behaviours required of the midwife for safe practice in any setting. They answer the questions "What is a midwife expected to know?" and "What does a midwife do?" The competencies are *evidence-based*.

The majority of the competencies are considered to be *basic* or *core*, i.e., those that should be an expected outcome of midwifery pre-service education. Other items are designated as *additional* knowledge or skills. Additional skills are defined as those that could be learned or performed by midwives under either of two circumstances: a) midwives who elect to engage in a broader scope of practice and/or b) midwives who have to implement certain skills to make a difference in maternal or neonatal outcome. This allows for variation in the preparation and practice of midwives throughout the world, depending on the needs of their local community and/or nation.

The competencies are written in recognition that midwives receive their knowledge and skills through several different educational pathways. They can be used by midwives, midwifery associations, and regulatory bodies responsible for the education and practice of midwifery in their country or region. The essential competencies are guidelines for the mandatory content of midwifery pre-service education curricula, and information for governments and other policy bodies that need to understand the contribution that midwives can make to the health care system. The *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* is complemented by ICM standards and guidelines related to midwifery education, regulation and clinical practice.

The *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* is a living document. The competency statements undergo continual evaluation and amendment as the evidence concerning health care and health practices emerges and evolves, and as the health care needs of childbearing women and families change.

KEY MIDWIFERY CONCEPTS

There are a number of key midwifery concepts that define the unique role of midwives in promoting the health of women and childbearing families. These include:

- partnership with women to promote self-care and the health of mothers, infants, and families;
- respect for human dignity and for women as persons with full human rights;
- advocacy for women so that their voices are heard and their health care choices are respected;
- cultural sensitivity, including working with women and health care providers to overcome those cultural practices that harm women and babies;
- a focus on health promotion and disease prevention that views pregnancy as a normal life event; and
- advocacy for normal physiologic labour and birth to enhance best outcomes for mothers and infants.

SCOPE OF MIDWIFERY PRACTICE

The scope of midwifery practice used throughout this document is built upon the ICM international *Definition of the Midwife* which recognises the midwife as a responsible and accountable professional who works in partnership with women to give the necessary support, care and advice during pregnancy, labour and the postpartum period, to conduct births on the midwife's own responsibility, and to provide care for the newborn and infant. This care includes preventative measures, the promotion of normal physiologic labour and birth, the detection of complications the accessing of medical care or other appropriate assistance and the carrying out of emergency measures.

The midwife has an important task in health counselling and education, not only for the woman, but also within the family and the community. This work should involve antenatal education and preparation for parenthood and may extend to women's health, sexual or reproductive health and child care. A midwife's role as advocate for evidence-based midwifery practices can also be valuable in advancing public health policy regarding women's health and maternal and child health care.

A midwife may practise in any setting including the home, community, hospitals, clinics or health units.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES
Essential competencies for basic midwifery practice 2010

COMPETENCY IN SOCIAL, EPIDEMIOLOGIC AND CULTURAL CONTEXT OF MATERNAL AND NEWBORN CARE

COMPETENCY # 1: Midwives have the requisite knowledge and skills from obstetrics, neonatology, the social sciences, public health and ethics that form the basis of high quality, culturally relevant, appropriate care for women, newborns, and childbearing families.

Knowledge

BASIC

The midwife has the knowledge and/or understanding of...

- the community and social determinants of health (e.g., income, literacy and education, water supply and sanitation, housing, environmental hazards, food security, disease patterns, common threats to health)
- principles of community-based primary care using health promotion and disease prevention and control strategies
- direct and indirect causes of maternal and neonatal mortality and morbidity in the local community and strategies for reducing them
- methodology for conducting maternal death review and near miss audits
- principles of epidemiology, community diagnosis (including water and sanitation), and how to use these in care provision
- methods of infection prevention and control, appropriate to the service being provided
- principles of research, evidenced-based practice, critical interpretation of professional literature, and the interpretation of vital statistics and research findings
- indicators of quality health care services
- principles of health education
- national and local health services and infrastructures supporting the continuum of care (organization and referral systems), how to access needed resources for midwifery care
- relevant national programs (provision of services or knowledge of how to assist community members to access services, such as immunization and prevention or treatment of health conditions prevalent in the country)
- the concept of alarm (preparedness), resources for referral to higher health facility levels, communication and transport [emergency care] mechanisms
- the legal and regulatory framework governing reproductive health for women of all ages, including laws, policies, protocols and professional guidelines
- human rights and their effects on health of individuals (includes issues such as domestic partner violence and female genital mutilation [cutting])
- advocacy and empowerment strategies for women
- local culture and beliefs (including religious beliefs, gender roles)

- traditional and modern health practices (beneficial and harmful)
- benefits and risks of available birth settings (birth planning)
- strategies for advocating with women for a variety of safe birth settings

Professional Behaviours

BASIC

The midwife...

- is responsible and accountable for clinical decisions and actions
- acts consistently in accordance with professional ethics, values and human rights
- acts consistently in accordance with standards of practice
- maintains/updates knowledge and skills, in order to remain current in practice
- uses universal/standard precautions, infection prevention and control strategies, and clean technique
- behaves in a courteous, non-judgmental, non-discriminatory, and culturally appropriate manner with all clients
- is respectful of individuals and of their culture and customs, regardless of status, ethnic origin or religious belief
- maintains the confidentiality of all information shared by the woman; communicates essential information between/among other health providers or family members only with explicit permission from the woman and compelling need
- works in partnership with women and their families, enables and supports them in making informed choices about their health, including the need for referral or transfer to other health care providers or facilities for continued care when health care needs exceed the abilities of the midwife provider, and their right to refuse testing or intervention
- works collaboratively (teamwork) with other health workers to improve the delivery of services to women and families

Skills and/or abilities

BASIC

The midwife has the skill and/or ability to...

- engage in health education discussions with and for women and their families
- use appropriate communication and listening skills across all domains of competency
- assemble, use and maintain equipment and supplies appropriate to setting of practice
- record and interpret relevant findings for services provided across all domains of competency, including what was done and what needs follow-up
- comply with all local reporting regulations for birth and death registration
- take a leadership role in the practice arena based on professional beliefs and values

ADDITIONAL

The midwife has the skill and/or ability to...

- assume administration and management tasks and activities, including quality and human resource management, appropriate for level of health facility and midwifery scope of practice
- take a leadership role in policy arenas

COMPETENCY IN PRE-PREGNANCY CARE AND FAMILY PLANNING

COMPETENCY # 2: Midwives provide high quality, culturally sensitive health education and services to all in the community in order to promote healthy family life, planned pregnancies and positive parenting.

Knowledge

BASIC

The midwife has the knowledge and/or understanding of...

- growth and development related to sexuality, sexual development and sexual activity
- female and male anatomy and physiology related to conception and reproduction
- cultural norms and practices surrounding sexuality, sexual practices, marriage and childbearing
- components of a health history, family history and relevant genetic history
- physical examination content and investigative laboratory studies that evaluate potential for a healthy pregnancy
- health education content targeted to sexual and reproductive health (e.g., sexually transmitted infections, HIV,-newborn and child health)
- basic principles of pharmacokinetics of family planning drugs and agents
- culturally acceptable and locally available natural family planning methods
- contemporary family planning methods, including barrier, steroidal, mechanical, chemical and surgical methods of contraception, mode of action, indications for use, benefits and risks; rumours and myths that affect family planning use
- medical eligibility criteria for all methods of family planning, including appropriate timeframes for method use
- methods and strategies for guiding women and/or couples needing to make decisions about methods of family planning
- signs and symptoms of urinary tract infection and sexually transmitted infections commonly occurring in the community/country
- indicators of common acute and chronic disease conditions specific to a geographic area of the world that present risks to a pregnant woman and the foetus (e.g., HIV, TB, malaria) and referral process for further testing and treatment including post-exposure preventive treatment
- indicators and methods for advising and referral of dysfunctional interpersonal relationships, including sexual problems, gender-based violence, emotional abuse and physical neglect
- principles of screening methods for cervical cancer, (e.g., visual inspection with acetic acid [VIA], Pap test, and colposcopy)

Skills and/or abilities

BASIC

The midwife has the skill and/or ability to...

- take a comprehensive health and obstetric, gynaecologic and reproductive health history
- engage the woman and her family in preconception counselling, based on the individual situation, needs and interests
- perform a physical examination, including clinical breast examination, focused on the presenting condition of the woman
- order and/or perform and interpret common laboratory tests (e.g., hematocrit, urinalysis dipstick for proteinuria)
- request and/or perform and interpret selected screening tests such as screening for TB, HIV, STIs
- provide care, support and referral or treatment for the HIV positive woman and HIV counselling and testing for women who do not know their status
- prescribe, dispense, furnish or administer (however authorized to do so in the jurisdiction of practice) **locally available and culturally acceptable methods of family planning**
- advise women about management of side effects and problems with use of family planning methods
- prescribe, dispense, furnish or administer (however authorized to do so in the jurisdiction of practice) **emergency contraception medications**, in accord with local policies, protocols, law or regulation
- provide commonly available methods of barrier, steroidal, mechanical, and chemical methods of family planning
- take or order cervical cytology(Pap) test

ADDITIONAL

The midwife has the skill and/or ability to...

- use the microscope to perform simple screening tests
- insert and remove intrauterine contraceptive devices
- insert and remove contraceptive implants
- perform acetic acid visualization of the cervix and interpret the need for referral and treatment
- perform colposcopy for cervical cancer screening and interpret the need for referral and treatment

COMPETENCY IN PROVISION OF CARE DURING PREGNANCY

COMPETENCY # 3: Midwives provide high quality antenatal care to maximize health during pregnancy and that includes early detection and treatment or referral of selected complications.

Knowledge

BASIC

The midwife has the knowledge and/or understanding of...

- anatomy and physiology of the human body
- the biology of human reproduction, the menstrual cycle, and the process of conception
- signs and symptoms of pregnancy
- examinations and tests for confirmation of pregnancy
- methods for diagnosis of an ectopic pregnancy
- principles of dating pregnancy by menstrual history, size of uterus, fundal growth patterns and use of ultrasound (if available)
- components of a health history and focused physical examination for antenatal visits
- manifestations of various degrees of female genital mutilation (cutting) and their potential effects on women's health, including the birth process
- normal findings [results] of basic screening laboratory tests defined by need of area of the world, (e.g., iron levels, urine test for sugar, protein, acetone, bacteria)
- normal progression of pregnancy: body changes, common discomforts, expected fundal growth patterns
- implications of deviation from expected fundal growth patterns, including intrauterine growth retardation/restriction, oligo- and polyhydramnios, multiple foetuses
- fetal risk factors requiring transfer of women to higher levels of care prior to labour and birth
- normal psychological changes in pregnancy, indicators of psychosocial stress, and impact of pregnancy on the woman and the family
- safe, locally available non-pharmacological substances for the relief of common discomforts of pregnancy
- how to determine foetal well-being during pregnancy including foetal heart rate and activity patterns
- nutritional requirements of the pregnant woman and foetus
- health education needs in pregnancy (e.g., information about relief of common discomforts, hygiene, sexuality, work inside and outside the home)
- basic principles of pharmacokinetics of drugs prescribed, dispensed or furnished to women during pregnancy
- effects of prescribed medications, street drugs, traditional medicines, and over-the-counter drugs on pregnancy and the foetus
- effects of smoking, alcohol abuse and illicit drug use on the pregnant woman and foetus

- the essential elements of birth planning (preparation for labour and birth, emergency preparedness)
- the components of preparation of the home/family for the newborn
- signs and symptoms of the onset of labour (including women's perceptions and symptoms)
- techniques for increasing relaxation and pain relief measures available for labour
- signs, symptoms and potential effects of conditions that are life-threatening to the pregnant woman and/or her foetus, (e.g., pre-eclampsia/eclampsia, vaginal bleeding, premature labour, severe anaemia, Rh isoimmunisation, syphilis)
- means and methods of advising about care, treatment and support for the HIV positive pregnant woman including measures to prevent maternal-to-child transmission (PMTCT) (including feeding options)
- signs, symptoms and indications for referral of selected complications and conditions of pregnancy that affect either mother or foetus (e.g., asthma, HIV infection, diabetes, cardiac conditions, malpresentations/abnormal lie, placental disorders, pre-term labour, post-dates pregnancy)
- measures for prevention and control of malaria in pregnancy, according to country disease pattern, including intermittent preventive treatment (IPT) and promotion of insecticide treated bed nets (ITN)
- pharmacologic basis of de-worming in pregnancy (if relevant to the country of practice)
- the physiology of lactation and methods to prepare women for breastfeeding

Skills and/or abilities

BASIC

The midwife has the skill and/or ability to...

- take an initial and ongoing history each antenatal visit
- perform a physical examination and explain findings to the woman
- take and assess maternal vital signs including temperature, blood pressure, pulse
- assess maternal nutrition and its relationship to foetal growth; give appropriate advice on nutritional requirements of pregnancy and how to achieve them
- perform a complete abdominal assessment including measuring fundal height, lie, position, and presentation
- assess foetal growth using manual measurements
- evaluate foetal growth, placental location, and amniotic fluid volume, using ultrasound visualization and measurement (if equipment is available for use)
- listen to the foetal heart rate; palpate uterus for foetal activity and interpret findings
- monitor foetal heart rate with Doppler (if available)
- perform a pelvic examination, including sizing the uterus, if indicated and when appropriate during the course of pregnancy
- perform clinical pelvimetry [evaluation of bony pelvis] to determine the adequacy of the bony structures
- calculate the estimated date of birth

- provide health education to adolescents, women and families about normal pregnancy progression, danger signs and symptoms, and when and how to contact the midwife
- teach and/or demonstrate measures to decrease common discomforts of pregnancy
- provide guidance and basic preparation for labour, birth and parenting
- Identify variations from normal during the course of the pregnancy and institute appropriate first-line independent or collaborative management based upon evidence-based guidelines, local standards and available resources for:
 - low and or inadequate maternal nutrition
 - inadequate or excessive uterine growth, including suspected oligo- or polyhydramnios, molar pregnancy
 - elevated blood pressure, proteinuria, presence of significant oedema, severe frontal headaches, visual changes, epigastric pain associated with elevated blood pressure
 - vaginal bleeding
 - multiple gestation, abnormal lie/malpresentation at term
 - intrauterine foetal death
 - rupture of membranes prior to term
 - HIV positive status and/or AIDS
 - hepatitis B and C positive
- prescribe, dispense, furnish or administer (however authorized to do so in the jurisdiction of practice) **selected, life-saving drugs** (e.g., antibiotics, anticonvulsants, antimalarials, antihypertensives, antiretrovirals) to women in need because of a presenting condition
- identify deviations from normal during the course of pregnancy and initiate the referral process for conditions that require higher levels of intervention

COMPETENCY IN PROVISION OF CARE DURING LABOUR AND BIRTH

COMPETENCY #4: Midwives provide high quality, culturally sensitive care during labour, conduct a clean and safe birth and handle selected emergency situations to maximize the health of women and their newborns.

Knowledge

BASIC

The midwife has the knowledge and/or understanding of...

- physiology of first, second and third stages of labour
- anatomy of foetal skull, critical diameters and landmarks
- psychological and cultural aspects of labour and birth
- indicators of the latent phase and the onset of active labour
- indications for stimulation of the onset of labour, and augmentation of uterine contractility
- normal progression of labour
- how to use the partograph (i.e., complete the record; interpret information to determine timely and appropriate labour management)
- measures to assess foetal well-being in labour
- measures to assess maternal well-being in labour
- process of foetal passage [descent] through the pelvis during labour and birth; mechanisms of labour in various foetal presentations and positions
- comfort measures in first and second stages of labour (e.g., family presence/assistance, positioning for labour and birth, hydration, emotional support, non-pharmacological methods of pain relief)
- pharmacological measures for management and control of labour pain, including the relative risks, disadvantages, safety of specific methods of pain management, and their effect on the normal physiology of labour
- signs and symptoms of complications in labour (e.g. bleeding, labour arrest, malpresentation, eclampsia, maternal distress, foetal distress, infection, prolapsed cord)
- principles of prevention of pelvic floor damage and perineal tears
- indications for performing an episiotomy
- principles of expectant (physiologic) management of the 3rd stage of labour
- principles of active management of 3rd stage of labour
- principles underpinning the technique for repair of perineal tears and episiotomy
- indicators of need for emergency management, referral or transfer for obstetric emergencies (e.g., cord prolapse, shoulder dystocia, uterine bleeding, retained placenta)
- indicators of need for operative deliveries, vacuum extraction, use of forceps or symphysiotomy (e.g., foetal distress, cephalo-pelvic disproportion)

Skills and/or abilities

BASIC

The midwife has the skill and/or ability to...

- take a specific history and maternal vital signs in labour
- perform a focused physical examination in labour
- perform a complete abdominal assessment for foetal position and descent
- time and assess the effectiveness of uterine contractions
- perform a complete and accurate pelvic examination for dilatation, effacement, descent, presenting part, position, status of membranes, and adequacy of pelvis for birth of baby vaginally
- monitor progress of labour using the partograph or similar tool for recording
- provide physical and psychological support for woman and family and promote normal birth
- facilitate the presence of a support person during labour and birth
- provide adequate hydration, nutrition and non-pharmacological comfort measures during labour and birth
- provide pharmacologic therapies for pain relief during labour and birth (in appropriate birth settings)
- provide for bladder care including performance of urinary catheterization when indicated
- promptly identify abnormal labour patterns and initiate appropriate and timely intervention and/or referral
- stimulate or augment uterine contractility, using non-pharmacologic agents
- stimulate or augment uterine contractility, using pharmacologic agents (in appropriate birth settings)
- administer local anaesthetic to the perineum when episiotomy is anticipated or perineal repair is required
- perform an episiotomy if needed
- perform appropriate hand manoeuvres for a vertex birth
- perform appropriate hand manoeuvres for face and breech deliveries
- clamp and cut the cord
- institute immediate, life-saving interventions in obstetrical emergencies (e.g., prolapsed cord, malpresentation, shoulder dystocia, and foetal distress) to save the life of the foetus, while requesting medical attention and/or awaiting transfer
- manage a cord around the baby's neck at birth
- support expectant (physiologic) management of the 3rd stage of labour
- conduct active management of the 3rd stage of labour, following most current evidence-based protocol
- inspect the placenta and membranes for completeness
- perform fundal massage to stimulate postpartum uterine contraction and uterine tone
- provide a safe environment for mother and infant to promote attachment (bonding)
- estimate and record maternal blood loss
- inspect the vagina and cervix for lacerations

- repair an episiotomy if needed
- repair 1st and 2nd degree perineal or vaginal lacerations
- manage postpartum bleeding and haemorrhage, using appropriate techniques and uterotonic agents as indicated
- prescribe, dispense, furnish or administer (however authorized to do so in the jurisdiction of practice) **selected, life-saving drugs** (e.g., antibiotics, anticonvulsants, antimalarials, antihypertensives, antiretrovirals) to women in need because of a presenting condition
- perform manual removal of placenta
- perform internal bimanual compression of the uterus to control
- perform aortic compression
- identify and manage shock
- insert intravenous line, draw blood for laboratory testing
- arrange for and undertake timely referral and transfer of women with serious complications to a higher level health facility, taking appropriate drugs and equipment and arranging for a companion care giver on the journey, in order to continue giving emergency care as required
- perform adult cardio-pulmonary resuscitation

ADDITIONAL

The midwife has the skill and/or ability to...

- perform vacuum extraction
- repair 3rd and 4th degree perineal or vaginal lacerations
- identify and repair cervical lacerations

**COMPETENCY IN PROVISION OF CARE FOR WOMEN
DURING THE POSTPARTUM PERIOD**

COMPETENCY # 5: Midwives provide comprehensive, high quality, culturally sensitive postpartum care for women.

Knowledge

BASIC

The midwife has the knowledge and/or understanding of...

- physical and emotional changes that occur following childbirth, including the normal process of involution
- physiology and process of lactation and common variations including engorgement, lack of milk supply, etc
- the importance of early breastfeeding for mother and child
- maternal nutrition, rest, activity and physiological needs (e.g., bowel and bladder) in the immediate postpartum period
- principles of parent-infant bonding and attachment (e.g., how to promote positive relationships)
- indicators of subinvolution (e.g., persistent uterine bleeding, infection)
- indicators of maternal breastfeeding problems or complications, including mastitis
- signs and symptoms of life threatening conditions that may first arise during the postpartum period (e.g., persistent vaginal bleeding, embolism, postpartum pre-eclampsia and eclampsia, sepsis, severe mental depression)
- signs and symptoms of selected complications in the postnatal period (e.g., persistent anaemia, haematoma, depression, thrombophlebitis; incontinence of faeces or urine; urinary retention, obstetric fistula)
- principles of interpersonal communication with and support for women and/or their families who are bereaved (maternal death, stillbirth, pregnancy loss, neonatal death, congenital abnormalities)
- approaches and strategies for providing special support for adolescents, victims of gender-based violence (including rape)
- principles of manual vacuum aspiration of the uterine cavity to remove retained products of conception
- principles of prevention of maternal to child transmission of HIV, tuberculosis, hepatitis B and C in the postpartum period
- methods of family planning appropriate for use in the immediate postpartum period (e.g., LAM, progestin-only OCs)
- community-based postpartum services available to the woman and her family, and how they can be accessed

Skills and/or abilities

BASIC

The midwife has the skill and/or ability to...

- take a selective history, including details of pregnancy, labour and birth
- perform a focused physical examination of the mother
- provide information and support for women and/or their families who are bereaved (maternal death, stillbirth, pregnancy loss, neonatal death, congenital abnormalities)
- assess for uterine involution and healing of lacerations and/or repairs
- initiate and support early breastfeeding (within the first hour)
- teach mothers how to express breast milk, and how to handle and store expressed breast milk
- educate mother on care of self and infant after childbirth including signs and symptoms of impending complications, and community-based resources
- educate a woman and her family on sexuality and family planning following childbirth
- provide family planning services concurrently as an integral component of postpartum care
- provide appropriate and timely first-line treatment for any complications detected during the postpartum examination (e.g., anaemia, haematoma maternal infection), and refer for further management as necessary
- provide emergency treatment of late post-partum haemorrhage, and refer if necessary

ADDITIONAL

The midwife has the skill and/or ability to...

- perform manual vacuum aspiration of the uterus for emergency treatment of late post-partum haemorrhage

COMPETENCY IN POSTNATAL CARE OF THE NEWBORN

COMPETENCY# 6: Midwives provide high quality, comprehensive care for the essentially healthy infant from birth to two months of age.

Knowledge

BASIC

The midwife has the knowledge and/or understanding of...

- elements of assessment of the immediate and subsequent condition of newborn (including APGAR scoring system, or other method of assessment of breathing and heart rate)
- principles of newborn adaptation to extrauterine life (e.g., physiologic changes that occur in pulmonary and cardiac systems)
- basic needs of newborn: established breathing, warmth, nutrition, attachment (bonding)
- advantages of various methods of newborn warming, including skin-to-skin contact (Kangaroo mother care)
- methods and means of assessing the gestational age of a newborn
- characteristics of low birth weight infants and their special needs
- characteristics of healthy newborn (appearance and behaviours)
- normal growth and development of the preterm infant
- normal newborn and infant growth and development
- selected variations in the normal newborn (e.g., caput, moulding, mongolian spots)
- elements of health promotion and prevention of disease in newborns and infants (e.g., malaria, TB, HIV), including essential elements of daily care (e.g., cord care, nutritional needs, patterns of elimination)
- immunization needs, risks and benefits from infancy through young childhood
- traditional or cultural practices related to the newborn
- principles of infant nutrition, feeding cues, and infant feeding options for babies (including those born to HIV positive mothers)
- signs, symptoms and indications for referral or transfer for selected newborn complications (e.g., jaundice, haematoma, adverse moulding of the foetal skull, cerebral irritation, non-accidental injuries, haemangioma, hypoglycaemia, hypothermia, dehydration, infection, congenital syphilis)

Skills and/or abilities

BASIC

The midwife has the skill and/or ability to...

- provide immediate care to the newborn, including drying, warming, ensuring that breathing is established, cord clamping and cutting when pulsation ceases
- assess the immediate condition of the newborn (e.g., APGAR scoring or other assessment method of breathing and heart rate)
- promote and maintain normal newborn body temperature through covering (e.g., blanket, cap), environmental control, and promotion of skin-to-skin contact
- begin emergency measures for respiratory distress (newborn resuscitation; suctioning in case of airway obstruction), hypothermia, hypoglycaemia
- give appropriate care including kangaroo mother care to the low birth weight baby, and arrange for referral if potentially serious complications arise, or very low birth weight
- perform a screening physical examination of the newborn for conditions incompatible with life
- perform a gestational age assessment
- provide routine care of the newborn, in accord with local guidelines and protocols (e.g., identification, eye care, screening tests, administration of Vitamin K, birth registration)
- position infant to initiate breast feeding within one hour after birth and support exclusive breastfeeding
- recognize indications of need, stabilize and transfer the at-risk newborn to emergency care facility
- educate parents about danger signs in the newborn and when to bring infant for care
- educate parents about normal growth and development of the infant and young child, and how to provide for day-to-day needs of the normal child
- assist parents to access community resources available to the family
- support parents during grieving process for loss of pregnancy, stillbirth, congenital birth defects or neonatal death
- support parents during transport/transfer of newborn or during times of separation from infant (e.g., NICU admission)
- support and educate parents who have given birth to multiple babies (e.g., twins, triplets) about special needs and community resources
- provide appropriate care for baby born to an HIV positive mother (e.g., administration of ARV and appropriate feeding)

COMPETENCY IN FACILITATION OF ABORTION-RELATED CARE

COMPETENCY #7: Midwives provide a range of individualised, culturally sensitive abortion-related care services for women requiring or experiencing pregnancy termination or loss that are congruent with applicable laws and regulations and in accord with national protocols.

Knowledge

BASIC

The midwife has the knowledge and/or understanding of...

- policies, protocols, laws and regulations related to abortion-care services
- factors involved in decisions relating to unintended or mistimed pregnancies
- family planning methods appropriate for use during the post-abortion period
- medical eligibility criteria for all available abortion methods
- care, information and support that is needed during and after miscarriage or abortion (physical and psychological) and services available in the community
- normal process of involution and physical and emotional healing following miscarriage or abortion
- signs and symptoms of sub-involution and/or incomplete abortion (e.g., persistent uterine bleeding)
- signs and symptoms of abortion complications and life threatening conditions (e.g., persistent vaginal bleeding, infection)
- pharmacotherapeutic basics of drugs recommended for use in medication abortion
- principles of uterine evacuation via manual vacuum aspiration (MVA)

Skills and/or abilities

BASIC

The midwife has the skill and/or ability to...

- assess gestational period through query about LMP, bimanual examination and/or urine pregnancy testing
- inform women who are considering abortion about available services for those keeping the pregnancy and for those proceeding with abortion, methods for obtaining abortion, and to support women in their choice
- take a clinical and social history to identify contraindications to medication or aspiration abortion
- educate and advise women (and family members, where appropriate), on sexuality and family planning post abortion

- provide family planning services concurrently as an integral component of abortion-related services
- assess for uterine involution; treat or refer as appropriate
- educate mother on care of self, including rest and nutrition and on how to identify complications such as haemorrhage
- identify indicators of abortion-related complications (including uterine perforation); treat or refer for treatment as appropriate

ADDITIONAL

The midwife has the skill and/or ability to...

- prescribe, dispense, furnish or administer drugs (however authorized to do so in the jurisdiction of practice) in dosages appropriate to **induce medication abortion**
- perform manual vacuum aspiration of the uterus up to 12 completed weeks of pregnancy

ICM DEFINITIONS

Ability: The quality of being able to perform; a natural or acquired skill or talent
Attitude: A person's views (values and beliefs) about a thing, process or person that often leads to positive or negative reaction
Behaviour: A person's way of relating or responding to the actions of others or to an environmental stimulus
Competence: The combination of knowledge, psychomotor, communication and decision-making skills that enable an individual to perform a specific task to a defined level of proficiency.
Competency (midwifery): A combination of knowledge, professional behaviour and specific skills that are demonstrated at a defined level of proficiency in the context of midwifery education and practice.
Knowledge: A fund of information that enables an individual to have confident understanding of a subject with the ability to use it for a specific purpose
Skill: Ability learned through education and training or acquired by experience, to perform specific actions or tasks to a specified level of measurable performance
Task: A specific component of a larger body of work

APÉNDICES

Apêndice I – Resumo dos artigos da Revisão da Literatura

Resumo do artigo *Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour – A questionnaire-based study*

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	
Autor	Shetty, Burt, Rice & Templeton
Título	<i>Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour – A questionnaire-based study.</i>
Ano da Publicação	2005
Fonte	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology
FINALIDADE DO ESTUDO	
Questão de Investigação	Omisso
Objetivo do Estudo	Avaliar a compreensão e as expectativas das mulheres submetidas a ITP, avaliando a sua experiência real do processo e comparar a sua satisfação do trabalho de parto com as que entram em TPE.
TIPO DE ESTUDO	Nível de evidência 2 Estudo quantitativo
PARTICIPANTES	
Como foram selecionados	Foram selecionadas a partir da Aberdeen Maternity Hospital. Grupo de mulheres sujeitas a ITP: 450 mulheres internadas na unidade de indução, que tinham uma gravidez simples com mais de 37 semanas de idade gestacional, com indicação para ITP e índice de Bishop inferior a 8 que exigiu a utilização de prostaglandinas para amadurecimento do colo. Como critérios de exclusão , não poderiam ter uma cesariana anterior, gravidez múltipla, ITP após rutura prolongada de bolsa

	<p>d'águas, preocupações maternas ou fetais significativas que exigiam ITP.</p> <p>Grupo de comparação: 450 mulheres que entraram em trabalho de parto espontâneo. As mulheres foram recrutadas independentemente do seu tipo de parto, com exceção de partos pré-termo, cesariana anterior e gravidez múltipla.</p>
Características dos participantes	
COLHEITA DE DADOS	<p>Questionário pré-indução – este questionário tinha como objetivo avaliar a compreensão da indução, fonte deste conhecimento e as expetativas deste processo.</p> <p>Questionário pós-parto – inclui duas partes, uma pertencente a questões relacionadas com a indução e outra com o objetivo de avaliar a satisfação do trabalho de parto real.</p> <p>O grupo de comparação apenas preencheu a segunda parte do questionário pós-parto.</p> <p>O questionário inclui uma seção preliminar contendo algumas perguntas detalhadas sobre a gravidez. Os restantes questionários incluíam uma série de questões de resposta sim/não, múltipla escolha e respostas que necessitavam de ser numeradas com ordem de importância.</p>
ANÁLISE DOS DADOS	GraphPad InStat, Version 3.01, GraphPad Software, CA, USA.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	
Permissão da comissão de ética	Aprovação ética pelo Local Grampian Ethics Committee.
Consentimento informado	Consentimento informado às mulheres

<p>RESULTADOS</p>	<p>Das 450 mulheres que preencheram o questionário de pré-indução, apenas 314 preencheram o questionário de pós-indução, sendo que estes 314 questionários foram sujeitos a estudo. Do grupo de comparação das 450 mulheres, apenas 385 é que entregaram o questionário.</p> <p>No grupo sujeito a ITP, 34,7% das mulheres não estavam satisfeitas com a informação que lhe foi dada acerca da indução e dos seus procedimentos, sendo que 50% das mulheres referiram que as parteiras foram a melhor fonte de informação acerca da ITP e 27,2% esperavam parir dentro de 12h após a administração do agente indutor. 40% das mulheres que induziram gostariam de ter mudado a velocidade da indução, 13,6% gostariam de tomar o agente indutor via oral, 7% refere que gostariam que lhe fizessem menos exames vaginais e 9% gostariam de ter tido menos complicações. Nas mulheres que foram sujeitas a ITP 26,3% tiveram um parto por cesariana e no grupo de comparação 21,4%. Índices de satisfação foram maiores nas mulheres que entraram em trabalho de parto espontâneo (79,5% vs 70,4%).</p>
<p>IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</p>	<p>Omisso</p>

Resumo do artigo *Indications for induction of labour: a best-evidence review*

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	
Autor	Mozurkewich, Chilimigras, Koepke, Keeton & King
Título	<i>Indications for induction of labour: a best-evidence review</i>
Ano da Publicação	2009
Fonte	BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology
FINALIDADE DO ESTUDO	
Questão de Investigação	Omisso
Objetivo do Estudo	Analisar a evidência das indicações para a ITP
TIPO DE ESTUDO	Nível de evidência 2 Revisão Sistemática da Literatura
PARTICIPANTES	Não aplicável
COLHEITA DE DADOS	<p>A Revisão Sistemática da Literatura foi realizada através da MEDLINE e às seguintes bases de dados científicas: Cochrane Database of Systematic Reviews, ACP Journal Club, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Controlled Trials Register, Cochrane Methodology Register, NHS National Institute for Health Research Health Technology Assessment database e NHS Economic Evaluation Database.</p> <p>Critérios de inclusão: avaliados por pares e publicada em inglês entre Janeiro de 1980 e Abril de 2008; para a pesquisa foram utilizados os termos: indução do trabalho de parto, indicações, rutura prematura pré-termo de membranas, rutura prematura de membranas, gravidez</p>

	<p>pós-termo, macrosomia fetal, diabetes gestacional ou diabetes, oligoâmnios, teste de pré-parto ou perfil biofísico, restrição de crescimento intrauterino, ligeiros para a idade gestacional, hipertensão induzida pela gravidez ou pré-eclâmpsia, gravidez gemelar ou múltipla, doença cardíaca, gastrosquises, malformações fetais, defeitos cardíacos ou anomalias congénitas, isoimunização ou doença Rh. Foram incluídos os estudos que exploraram as indicações para a indução do trabalho de parto em comparação com a conduta expectante ou a realização imediata de cesariana e estudos que referissem um ou mais dos seguintes resultados de interesse: tipo de parto, a morbilidade materna, morbilidade e mortalidade fetal e neonatal. Dos 1387 estudos, apenas foram incluídos no estudo 34 após revisão do estudo.</p> <p>O processo de inclusão foi delineado pelo British Medical Journal Clinical Evidence. Critérios de exclusão: estudos que comparam diferentes métodos de indução do parto ou que avaliam a indução do parto eletiva.</p>
ANÁLISE DOS DADOS	<p>Análise reflexiva dos contributos dos achados científicos para a compreensão da problemática em estudo.</p> <p>Para avaliar a força de evidência para cada indicação de indução do trabalho de parto foi utilizado o sistema de classificação GRADE system, que classifica a qualidade geral das provas em alta, moderada, baixa e muito baixa. Para a classificação do grau das recomendações foi utilizado forte ou fraca.</p>
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	<p>Não foi exigido aprovação ética, pois este estudo é a melhor revisão das evidências de dados publicados até à data.</p>
RESULTADOS	<p>Este estudo recomenda a ITP na gravidez pós-termo, pois reduz a morte perinatal e aspiração de mecónio; a</p>

	<p>ruptura prematura de membranas a termo, reduzindo a incidência de corioamnionite, endometrite e internamento dos RN nas unidades de neonatologia; ruptura prematura de membranas, pode reduzir corioamnionite sem agravamento da morbidade neonatal entre as 30-36 semanas de gestação; restrição de crescimento intrauterino, reduzindo as taxas de morte fetal intrauterino. Este estudo refere que a ITP nos casos de grávidas diabéticas insulino-dependentes, com oligoâmnios, gravidezes gemelar, suspeita de macrossomia fetal, colestase gravídica, doença cardíaca materna e gastrosquise fetal é inconclusivo ou seja, não existem estudos clínicos com poder estatístico com resultados maternos e neonatais importantes. Da mesma forma que mulheres com pré-eclampsia grave devem ter uma atitude expectante perante a ITP, pois leva a melhores resultados neonatais. A realização de ITP devido a esta patologia está associada a altas taxas de cesariana.</p>
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	<p>As mulheres que têm que tomar uma decisão relativamente à indução do trabalho de parto, devem ter disponível a melhor evidência científica para ajudá-las a fazer uma escolha informada sobre os riscos e benefícios do processo. Já os médicos devem ter a melhor evidência para apoiar na tomada decisão.</p>

Resumo do artigo *Women's experiences of being induced for post-date pregnancy*

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	
Autor	Gatward, Simpson, Woodhart & Colleen Stainton
Título	Women's experiences of being induced for pos-date pregnancy.
Ano da Publicação	2010
Fonte	Women and Birth
FINALIDADE DO ESTUDO	
Questão de Investigação	Omisso
Objetivo do Estudo	Compreender as experiências das mulheres primigestas sujeitas a ITP com prostaglandinas, numa gravidez superior a 41 semanas.
TIPO DE ESTUDO	Nível de evidência 2 Estudo qualitativo – exploratório Revisão Sistemática da Literatura
PARTICIPANTES	
Como foram selecionados	Primigestas saudáveis com apresentação cefálica e de apenas um feto, que lhes havia sido recomendada ITP por gravidez superior a 41 semanas.
Características dos participantes	Grupo de indução: 18 mulheres que foram internadas para realizar ITP. Grupo de comparação: 5 mulheres com recomendação para ITP, mas que entraram em TPE.
COLHEITA DE DADOS	Foi realizado um estudo exploratório através de entrevistas, utilizando um roteiro de entrevista, com perguntas focadas convidando as mulheres a

	<p>descreverem as suas experiências.</p> <p>Foram entrevistadas todas as mulheres selecionadas para o estudo antes do parto e 24-48 horas pós-parto.</p> <p>As mulheres do grupo de indução foram entrevistadas 30 minutos a 2 horas após a administração da primeira dose de prostaglandinas.</p>
ANÁLISE DOS DADOS	<p>As entrevistas foram transcritas na íntegra. Cada membro da equipa de investigação leu as entrevistas, identificando de forma independente as reações e preocupações expressas pelas mulheres.</p>
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	
<p>Permissão da comissão de ética</p> <p>Consentimento informado</p>	<p>Aprovação ética pelo Serviço de Saúde da área e os comitês de ética das universidades</p> <p>Consentimento informado às mulheres</p>
RESULTADOS	<p>As respostas das mulheres variaram aquando o final da gravidez, tendo a sensação que o seu corpo e o seu bebé não estavam prontos para o parto. A falta de informação significativa sobre o processo de ITP, também foi identificada. O grupo de comparação focou a sua preocupação sobre o impacto que a indução provoca no feto, enquanto o grupo de indução expressou preocupações com o efeito que a indução provoca em si mesmas e na perda de um parto natural. Preocupações de ambos os grupos foram dissipadas através de um parto com sucesso e um recém-nascido saudável.</p>
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	<p>Os resultados obtidos no estudo devem sensibilizar as <i>midwives</i> para dar resposta às mulheres que têm que realizar ITP. Os educadores pré-natais devem utilizar esse conhecimento para educar e preparar as mulheres e os seus parceiros para as mudanças necessárias no</p>

	<p>seu plano de parto quando a indução é recomendada. Recomendam ainda que as <i>midwives</i> podem ajudar as mulheres a adaptar o seu plano de parto durante o processo de ITP.</p>
--	--

Resumo do artigo *Women's experience of induction of labour: a mixed methods study*

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	
Autor	Henderson & Redshaw
Título	<i>Women's experience of induction of labour: a mixed methods study</i>
Ano da Publicação	2013
Fonte	ACTA Obstetricia et Gynecologia Scandinavica
FINALIDADE DO ESTUDO	
Questão de Investigação	Omisso
Objetivo do Estudo	Estudar a experiência das mulheres sujeitas a ITP de uma forma quantitativa e qualitativa.
TIPO DE ESTUDO	Nível de evidência 2 Estudo qualitativo e quantitativo (estudo misto)
PARTICIPANTES	
Como foram selecionados	Mulheres que pariram num período de duas semanas em 2009 Foram selecionadas através de uma forma randomizada 10000 mulheres através do Registo Nacional de Estatística de Inglaterra.
Características dos participantes	Excluídas – Mulheres menores de 16 anos e as mulheres que os recém-nascidos morreram pós-parto.
COLHEITA DE DADOS	Foi enviado um questionário quando os RN tinham aproximadamente 3 meses. As mulheres que não responderam foi enviado um lembrete depois de 2, 4 e 8 semanas. O questionário continha questões sobre os cuidados

	<p>prestados, questões sócio-demográficas e a percepção do serviço prestado, tinha também questões abertas sobre os cuidados no trabalho de parto e pós-parto.</p> <p>A ITP foi definida pela pergunta “Como começou o trabalho de parto?”.</p>
ANÁLISE DOS DADOS	<p>A análise quantitativa foi realizada através do STATA verão 11.2 (Statacorp L.P, College Station, TX, USA). As respostas abertas foram analisadas usando o NVIVO 9 (QSR International (UK) Limited, Warrington, UK), usando um filtro através das palavras “induc” ou “start”, posteriormente foram selecionadas se tivessem relacionadas com a ITP.</p>
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	
<p>Permissão da comissão de ética</p> <p>Consentimento informado</p>	<p>Trent Multi-Centre Research Ethics Committee (06/MREC/16)</p> <p>Omisso</p>
RESULTADOS	<p>A ITP e as intervenções com o nascimento estão associadas a uma experiência negativa de parto.</p> <p>Houve uma maior percentagem de cesarianas em nulíparas sujeitas a ITP.</p> <p>As mulheres que foram sujeitas a ITP identificaram-se como estando mais preocupadas com o trabalho de parto e o nascimento comparadas com as mulheres que entraram em TPE.</p> <p>As mulheres sujeitas a ITP ficaram menos satisfeitas com os cuidados prestados.</p>
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	<p>O estudo sugere que uma boa comunicação, o poder de escolha, amabilidade e respeito são essenciais e devem ser considerados como cuidados standarizados.</p> <p>As mulheres devem ter acesso à informação para</p>

	poderem tomar uma decisão informada e esclarecida ao longo do seu trabalho de parto.
--	--

**Apêndice II – Competências do EEESMO desenvolvidas ao longo dos EC
do CMESMO**

“Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional”

(OE, 2010, p. 3)

Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	EC I – Ginecologia EC III – Cuidados de Saúde Primários Foram realizadas 230 consultas de planeamento familiar;
Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	Foi realizada 1 consulta pré-concepcional; Foi realizada 3 colcocitologias;
Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infecções sexualmente transmissíveis	Foi realizado folheto informativo subordinado ao tema Dispositivo Intra-Uterino.

“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” (OE, 2010, p. 4)

Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	EC III – Cuidados de Saúde Primários EC IV – Medicina Materno-Fetal EC Estágio com Relatório
Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	Foram realizadas 51 consultas de Saúde Materna;
Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento	Foram realizados 188 exames pré-natais incluindo diagnóstico e monitorização da gravidez; diagnóstico, encaminhamento e acompanhamento de complicações e apoio em situações de abortamento. Foram prestados cuidados a 63 grávidas em situação de risco. Realização de ação de formação subordinado ao tema Suporte Básico de Vida à grávida no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Realização de póster com algoritmo do Suporte Básico de Vida à grávida no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Realização de póster sobre “Vacinação e Gravidez”, apresentado nas III Jornadas da UCF do Hospital de Santa Maria, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (OE, 2010, p. 5)

<p>Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.</p>	<p>EC IV – Medicina Materno-Fetal EC Estágio com Relatório</p>
<p>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido</p>	<p>Vigilância e intervenções durante o trabalho de parto de 66 mulheres/casais.</p>
<p>Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto</p>	<p>Realização de 43 partos de apresentação cefálica, sendo 1 deles um parto pré-termo.</p> <p>Colaboração em 14 partos distócicos, nomeadamente 3 fórceps, 8 ventosas e 3 cesarianas. Colaboração em 3 partos pré-termos eutócicos.</p> <p>Realização de 17 episiotomias e respetivas episiorrafias, sutura de 14 lacerações de grau I e 5 lacerações de grau II.</p> <p>Diagnóstico e atuação em situação de risco de complicações no bem-estar materno-fetal.</p> <p>Atuação em situação de complicação obstétrica: distócia de ombros e atonia uterina.</p> <p>Implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo de dor não farmacológicas e farmacológicas.</p> <p>Prestação de cuidados imediatos a 60 recém-nascidos.</p> <p>Promoção da vinculação da tríade: respeito pela privacidade do casal,</p>

	<p>sempre que possível promoção do corte do cordão umbilical pelo pai ou mãe, promoção do método <i>kangaroo care</i>, promoção do aleitamento materno.</p> <p>Promoção da continuidade dos cuidados: transferência da puérpera/RN/família para o serviço de Puerpério, realização de visita ao serviço de puerpério às mulheres/casais.</p> <p>Realização de 1 diário de aprendizagem acerca de distócia de ombros.</p>
--	--

“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (OE, 2010, p. 6)

Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	EC II – Puerpério EC III – Cuidados de Saúde Primários
Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal	EC V – Enfermagem Neonatal EC Estágio com Relatório
Providencia cuidados nas situações em que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	Prestação de cuidados a 119 puérperas, incluindo vigilância, monitorização e orientação durante o puerpério imediato, precoce e tardio. Prestação de cuidados a 121 recém-nascidos, dos quais 14 com necessidade de cuidados especiais. Realização de 2 visitas domiciliárias no âmbito da promoção da saúde e continuidade dos cuidados no período pós-parto.

“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério” (OE, 2010, p. 7)

Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa	EC I – Ginecologia EC III – Cuidados de Saúde Primários
Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério	Realizadas 3 consultas no âmbito do climatério em contexto de cuidados de saúde primários e 4 consultas no âmbito do EC I.
Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa	Apoio à mulher no período do climatério através da vigilância e orientação acerca da sintomatologia, patologias concomitantes e consequentes, tratamentos, recursos disponíveis e vivência saudável da sexualidade. Realização de 1 diário de aprendizagem acerca do climatério no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

“Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” (OE, 2010, p. 7)

Promove a saúde ginecológica da mulher	EC I – Ginecologia EC III – Cuidados de Saúde Primários
Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama	Prestei cuidados a 14 mulheres/casais a vivenciar processos de doença ginecológica. Promoção da saúde ginecológica através da vigilância e monitorização (intervenções de rastreio), educação para a saúde e apoio à mulher/casal.
Providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação	

“Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” (OE, 2010, p. 8)

<p>Promove a saúde do grupo alvo</p>	<p>EC I – Ginecologia EC II – Puerpério EC III – Cuidados de Saúde Primários EC IV – Medicina Materno-Fetal EC V – Enfermagem Neonatal EC Estágio com Relatório</p>
<p>Diagnostica precocemente e intervêm no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva</p>	<p>Filosofia de cuidados centrados na família. Empoderamento da mulher/casal através da parceria nos cuidados, educação para a saúde, reforço positivo. Identificação dos recursos do grupo-alvo e da comunidade.</p>
<p>Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal</p>	<p>Articulação e cooperação com outros profissionais de saúde. Continuidade dos cuidados através de identificação de necessidades, prestação de cuidados personalizados e visitaçã domiciliária.</p>