



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Deambulação no Trabalho de Parto**

**Donzília Sulena Dias Marques Correia**

Orientação: Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim

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

Área de especialização: *Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia*

Relatório de Estágio

Évora, 2014

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE  
DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

## **Deambulação no Trabalho de Parto**

**Donzília Sulena Dias Marques Correia**

Orientação: Professora Doutora Maria Margarida  
Santana Fialho Sim-Sim

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

Área de especialização: *Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia*

Relatório de Estágio

Évora, 2014

## Agradecimentos

Por todos aqueles momentos que me distanciei de ti para estudar, fazer trabalhos e estágios, entre lágrimas e música alta no carro, por todos os pontapés do Tomás que não pudeste sentir, por toda a paciência para lidar com o meu stress, por todo o amor e amizade que me dás todos os dias, pelo pai e marido maravilhoso que és, o meu profundo agradecimento, a ti, meu amor.

A ti, meu pequeno tesouro, por teres surgido na minha vida e tê-la tornado mais completa, ajudaste a mamã a estudar e fizeste companhia em todos os momentos, fazendo-me descobrir o que é amar incondicionalmente!

Aos meus pais, irmã, sobrinho Luís, aos meus sogros e cunhados, que tanto apoio e motivação me deram para continuar perante a adversidade.

Às minhas queridas amigas S. P. e I. que me trataram como uma princesa em sua casa onde vivi 3 meses para fazer os estágios. Obrigada pelos jantares maravilhosos, pela companhia magnífica, por me fazerem sentir em minha casa!

Às minhas queridas amigas S. S., S. R., S. H., C. e E. que me motivaram e ajudaram a alcançar o meu objetivo.

À minha professora orientadora que foi incansável.

A todos aqueles que não nomeei, mas que de uma forma ou de outra permitiram que este mestrado se concretizasse. Muito obrigada!

## **RESUMO**

### **Título: Deambulação no Trabalho de Parto**

A deambulação durante o trabalho de parto, tem vindo a ser uma prática cada vez mais adotada, pois existem evidências científicas do seu benefício para a mãe e bebé, tais como regularizar as contrações, encurtar o tempo do trabalho de parto e as mulheres que deambulam durante o trabalho de parto referem alívio da dor das contrações ou pelo menos melhor tolerância da vivência da dor. Uma vez que a deambulação durante o trabalho de parto acompanhada do uso de telemetria ainda não é uma prática recorrente no serviço de obstetrícia do hospital de Beja, mas existem recursos materiais para ser feito, desenha-se o atual projeto que tem como objetivo geral: Construir um programa de assistência à mulher no 1º Estádio do Trabalho de Parto com recurso a deambulação e telemetria. Este relatório descreve as intervenções necessárias para a aquisição de competências neste sentido, mostrando uma análise reflexiva sobre os resultados obtidos.

**Palavras-chave:** trabalho de parto, deambulação, telemetria

## **ABSTRACT**

**Title:** Walking during labor

Walking during labor has been more and more used in maternities because there's scientific evidence of its benefits for the mother and the baby. It helps to regularize the contractions, shortens the time of labor and women who walk during labor say that it helps to control their pain. Since walking during labor used with telemetry is not a common practice on the maternity ward of Beja's Hospital, but since there's material means to do so, I realized the following project. The main goal of this project is: Build an assistant program to women in the first stage of labor using telemetry while they walk.

This paper describes the interventions needed to acquire competencies. It also shows a reflective analyze of the results obtained with the questionnaire of this present study.

**Key words:** labor, walking, telemetry

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. ANÁLISE DO CONTEXTO.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final .....</b>	<b>14</b>
2.1.1. Circuito e Estadia da Parturiente.....	16
2.1.2. Casuística dos Partos no HJJF-EPE .....	17
<b>2.2. Caracterização dos recursos materiais e humanos.....</b>	<b>19</b>
2.2.1. Caracterização dos recursos materiais .....	19
2.2.2. Caracterização dos recursos humanos .....	21
<b>2.3. Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.....</b>	<b>22</b>
<b>3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Caracterização do Grupo-Alvo de Enfermeiras .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2. Caracterização do Grupo-Alvo de Utentes .....</b>	<b>24</b>
<b>3.3. Cuidados e necessidades específicas da população-alvo .....</b>	<b>25</b>
3.3.1 Cuidados e necessidades específicas do grupo de utentes .....	26
3.3.2. Cuidados Prestados e Perceção das Necessidades das Utentes Referidas pelo Grupo das Enfermeiras .....	35
<b>3.4. Estudos sobre Programas de Intervenção com População-alvo.....</b>	<b>42</b>
<b>3.5. Recrutamento da População-alvo .....</b>	<b>44</b>
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS .....</b>	<b>45</b>
<b>4.1. Objetivos da intervenção profissional.....</b>	<b>45</b>
4.1.1. Objetivos a atingir com a população-alvo das Enfermeiras.....	45
4.1.2. Objetivos a atingir com a população-alvo das Parturientes .....	47
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES .....</b>	<b>49</b>
<b>5.1. Fundamentação das Intervenções .....</b>	<b>49</b>
<b>5.2. Metodologias .....</b>	<b>55</b>
<b>5.3. Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas.....</b>	<b>58</b>
<b>5.4. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos .....</b>	<b>60</b>

<b>5.5. Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas .....</b>	<b>62</b>
<b>5.6. Análise da Estratégia Orçamental .....</b>	<b>63</b>
<b>5.7. Cumprimento do Cronograma.....</b>	<b>63</b>
<b>6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO .....</b>	<b>64</b>
<b>6.1. Avaliação dos objetivos .....</b>	<b>64</b>
<b>6.2. Avaliação da Implementação do Programa .....</b>	<b>65</b>
<b>6.3. Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas .....</b>	<b>68</b>
<b>7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .....</b>	<b>69</b>
<b>8. CONCLUSÃO.....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>80</b>
Apêndice A- Tratamento de dados das EESMOG.....	81
Apêndice B- Tratamento de dados dos questionários dirigidos às puérperas.....	100
Apêndice C- Quadro Resumo Revisão Sistemática da Literatura .....	112
Apêndice D- Proposta de Projeto de Intervenção .....	114
Apêndice E- Questionário dirigido às EESMOG do Serviço de Obstetrícia do H. J.J.F., EPE-Beja .....	120
Apêndice F- Questionário dirigido às puérperas do Hospital de Beja.....	126
Apêndice G- Portfolio com Documentos sobre Deambulação no Trabalho de Parto .....	132
Apêndice H- Sessão de Formação “ Vantagens da deambulação no TP” .....	134
Apêndice I - Plano de Sessão.....	139
Apêndice J- Avaliação da Sessão .....	142
Apêndice K- Poster Vantagens da Deambulação durante o TP.....	147
Apêndice L- folheto sobre As Vantagens da Deambulação durante o Trabalho de Parto .....	149
Apêndice M- EDOCs Pedido de autorização ao CA para aplicação do projecto .....	152

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Abrangência da unidade local de saúde do baixo alentejo [ULSBA-EPE] .	14
FIGURA 2 Planta do Serviço de Obstetrícia do HJJF-EPE .....	15
FIGURA 3 Número de partos nos anos 2011 e 2012 do HJJF-EPE .....	17
FIGURA 4- Percentagem do tipo de partos nos anos 2011 e 2012 do HJJF-EPE .....	18
FIGURA 5- Partos por concelho nos anos 2011 E 2012.....	18
FIGURA 6- Procedimentos realizados pelas enfermeiras, aquando da admissão no bloco de partos .....	27
FIGURA 7- Procedimentos solicitados pelas senhoras, na admissão .....	28
FIGURA 8- Índice de conhecimento sobre plano de parto .....	28
FIGURA 9- Memória da perceção de apoio das enfermeiras durante o trabalho de parto .....	29
FIGURA 10 Procedimentos efetuados pelas utentes na preparação pessoal em casa....	30
FIGURA 11- Questões colocadas pelas utentes, na fase de admissão ao bloco de partos .....	31
FIGURA 12- Cuidados prestados pelas enfermeiras durante o TP .....	32
FIGURA 13- Posições que as parturientes teriam preferido adotar durante o TP .....	34
FIGURA 14- Procedimentos mais realizados pelas EESMOG no momento da admissão .....	36
FIGURA 15- Procedimentos menos realizados pelas EESMOG no momento da admissão .....	37
FIGURA 16- Posições recomendadas pelas EESMOG às mulheres em TP .....	38
FIGURA 17- Posições mais recomendadas pelas EESMOG às mulheres em TP .....	39
FIGURA 18- Posições adotadas pelas senhoras durante o TP .....	40
FIGURA 19- Posições mais adotadas pelas senhoras na perceção das EESMOG .....	41
FIGURA 20 Competências da EESMOG conforme Ordem dos Enfermeiros (2011)...	70



## 1. INTRODUÇÃO

O Trabalho de Parto [TP] é uma das experiências mais expressivas na vida de uma mulher. Em poucas horas, o desenlace do TP confere à mulher a denominação e o papel social de mãe que enforma, de acordo com Meleis (2007) uma transição significativa na vida. Modificações orgânicas que ocorrem num período de tempo curto, conduzem ao TP que resulta de um conjunto de fenómenos fisiológicos que uma vez iniciados, levam à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal vaginal e à sua expulsão (Graça, 2010). O TP depende de vários fatores, tais como o passageiro (feto e placenta), a passagem (canal de parto), as contrações, a posição da mãe e as reações psicológicas (Lowdermilk & Perry, 2006). Na qualidade de processo fisiológico, é influenciado por algumas condições, nomeadamente a atitude corporal que a mulher adota, sabendo-se que a dinâmica corpórea imprimida pelo movimento é benéfica para a mãe e para o filho (Mamede, Almeida & Clapis, 2004).

Para o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica [EESMOG] o acompanhamento de uma mulher em TP representa o exercício das suas responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011), mas representa também um desafio, atendendo à diversidade de expressões possíveis por parte das mulheres. O EESMOG dá resposta às exigências de cada caso e simultaneamente aos direitos das utentes, ao exercer as suas competências e ao preservar as recomendações das organizações de saúde, tendo que adaptar os cuidados de acordo com a mulher que está a acompanhar. De facto conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros [OE] é da responsabilidade do EESMOG “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina (OE, 2011).

Há menos de três séculos, em ambiente doméstico não medicalizado, a maioria das mulheres de qualquer cultura utilizava a posição vertical durante o TP e parto (Mamede, Mamede & Dotto, 2007). Recuperando ideias antigas e conhecimentos atuais, alguns estudos defendem que a posição vertical está associada a menor dor durante o TP e parto. De acordo com os autores que estudam esta matéria, na posição vertical o útero contrai-se mais eficazmente, pois o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta é mais abundante. Desta forma, os intercâmbios materno-feto-placentários são assegurados durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento

fetal (Mamede, Almeida & Clapis, 2004). De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS], não é recomendável colocar as parturientes em posição de litotomia dorsal durante TP e parto. As recomendações desta e de outras organizações sublinham as vantagens da deambulação e da liberdade de movimentos, informando profissionais e utentes dos cuidados de saúde (OMS, 1996; Lee & Chalmers, 2009; Lee & Young, 2009; FAME, 2010; NHS, 2012).

Em Portugal, no movimento de Iniciativa ao Parto Normal surgido recentemente pode ver-se a referência às posições durante o TP (APEO, 2009). Posteriormente a OE, no âmbito das comemorações do Dia Internacional do EESMOG, publica uma brochura onde recupera tomadas de posição anteriores; orienta assim o EESMOG para práticas que respeitem o processo fisiológico do parto que incluem, por exemplo no ponto 7 “apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical” (OE, 2012). Tal disposição foi subscrita em 2010 pela Direção Geral de Saúde [DGS], pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO] e pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012). A posição vertical durante o trabalho de parto é vantajosa e envolve principalmente os seguintes mecanismos: 1) ação da gravidade, 2) descompressão dos grandes vasos maternos, 3) aumento dos diâmetros do canal de parto, 4) ângulo de encaixe, 5) ventilação pulmonar e 6) equilíbrio ácido-base, 7) além da eficácia das contrações (Mamede, Gomes, Almeida, Panobianco & Nakano, 2007a). É assim reconhecido que a posição interfere nas adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher durante o TP (Lowdermilk & Perry, 2006).

O padrão de dilatação cervical, num TP normal, é representado por uma curva sigmóide onde se podem definir duas fases: a fase latente e a fase ativa, sendo esta última ainda subdividida em três segmentos designados por fase de aceleração, fase de declive máximo e fase de desaceleração. A fase latente é a que decorre desde o início das contrações regulares até ao momento em que o colo está completamente apagado e com cerca de três centímetros de dilatação; inicia-se então a fase ativa, durante a qual o colo se dilata a maior ritmo até ser atingida a dilatação completa (Graça, 2010). Nesta fase ativa a plástica uterina modifica-se extraordinariamente, com sintomatologia dolorosa para a mulher, sendo que a deambulação pode ajudar a melhorar esta experiência. Estudos feitos demonstram que a distância percorrida durante as três primeiras horas da fase ativa do TP está associada a uma diminuição da duração do

mesmo, sendo que a cada 100 metros percorridos ocorre uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda hora e 6 minutos na terceira hora (Mamede et al., 2007a).

Em 2009, foi implementado em Portugal o projeto “Pelo Direito ao Parto Normal: Uma Visão Partilhada”, tendo como objetivo criar um consenso sobre os conceitos, princípios e práticas promotoras do parto normal entre os vários grupos profissionais diretamente ligados na assistência à mulher. Com base neste consenso nacional, é importante construir um plano nacional de estratégia para humanização do nascimento em Portugal. É assim urgente incentivar práticas que promovam o processo fisiológico do parto na mulher com gravidez de baixo risco, tais como apoiar a liberdade de movimentos e posições durante o trabalho de parto (APEO, 2009).

Para favorecer o momento do parto e TP são várias as estratégias que podem ser utilizadas e desenvolvidas pela enfermagem, tais como proporcionar ambiente acolhedor, massagens, oferta de líquidos, deambulação, alívio da dor e presença de um acompanhante entre outras (Castro & Clapis, 2005). A deambulação durante o TP é uma técnica usada com a finalidade, além de outros, de aliviar a dor que a mulher sente nesta fase (Mamede, Almeida, Souza, Mamede, 2007b). Enquanto EESMOG é importante conseguir motivar as grávidas a adotar posturas vantajosas e facilitadoras do TP, baseando as nossas sugestões em factos científicos, respeitando sempre a preferência de cada mulher. É principalmente no EESMOG que as grávidas se apoiam para tirar dúvidas e pedir auxílio no sentido de controlar todo o processo do TP. De facto é benéfico manter a grávida calma e controlada durante todo o TP pois facilitará o momento do parto.

A preocupação com o bem-estar fetal é uma responsabilidade dos EESMOG, facto pelo qual o registo cardiotocográfico fetal [CTG], continuo ou intermitente é uma prática comum na maior parte das maternidades. Através deste registo, com rapidez se detetam alterações e prontamente se tomam resoluções. No sentido de conjugar as vantagens da deambulação e simultaneamente vigiar de maneira contínua o bem-estar fetal, a telemetria pode ser uma solução adequada.

A telemetria é uma forma de monitorização fetal sem fios que permite diferentes opções para a mãe, nomeadamente repouso no leito e/ou deambulação durante o TP. Os resultados dos estudos realizados nos anos 80, que usam a telemetria são porém controversos. Na década de 80, Calvert, Newcombe e Hibbard (1982) observaram que

as primigrávidas com telemetria e deambulação referiam maior intensidade de dor, comparativamente a primigrávidas com monitorização convencional; contudo a ansiedade era maior naquelas com telemetria que tinham optado por não deambular. No mesmo estudo, as múltiparas que tinham experimentado as duas formas de monitorização, preferiam a telemetria ambulante, referindo menor ansiedade e menor restrição de movimentos. No mesmo ano Haukkamaa, Purhonen e Teramo (1982) referiam que as primíparas sujeitas a telemetria usaram menos analgésicos e as múltiparas referiam ainda menor necessidade. Mais recentemente o uso da telemetria registou uma evolução favorável. Estudos mais próximos no tempo, registados na Base de Dados de Revisão Sistemática Cochrane, referem sucesso na utilização da telemetria na condição de deambulação durante o TP (Lawrence, Lewis, Hofmery, Dowswell & Styles, 2009).

No papel de mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, simultaneamente de profissional de Enfermagem a exercer no hospital, sensível e motivada para novas metodologias que contribuam para vivências satisfatórias do TP, já que é um momento singular da vida, conhecendo o espírito da chefia com abertura a projetos inovadores, mostrando-se disponível para a atualização das práticas que tragam benefícios aos clientes, surgiu como oportuno desenvolver um projeto que contribuísse para a melhoria dos cuidados no Serviço de Obstetrícia. O atual projeto pode porventura tornar-se um fator de opção para a escolha desta unidade de saúde, na fase em que as mulheres definem o espaço que desejam para o nascimento do seu filho(a).

Pôr em prática novas metodologias de acompanhamento da mulher durante o TP, é investir na melhoria da prestação de cuidados às utentes e simultaneamente somar gratificação dos EESMOG no desenvolvimento e aplicação das competências específicas (OE, 2012). Uma vez que a deambulação durante o TP acompanhada de telemetria ainda não é uma prática recorrente neste serviço, mas existem evidências do seu benefício, desenvolveu-se o projeto que teve como objetivo geral: Construir um programa de assistência à mulher no 1º Estádio do TP com recurso a deambulação e telemetria. É justamente o percurso realizado nesse projeto que se descreve no atual Relatório.

O Relatório está organizado consoante a estrutura definida em documentos orientadores da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora [ESESJDUÉ], aplicando-se também as normas da American Psychological

Association [APA] tal como solicitado pela Ordem de Serviço 18/2010, seguindo-se simultaneamente o Regulamento do Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre pela Universidade de Évora [Ordem de Serviço 8/2013]. O acordo ortográfico é respeitado, conforme Circular 4/2011 da Universidade de Évora. Considere-se ainda a secção referente aos Apêndices, onde para ilustrar o discurso escrito, se dá conta dos documentos produzidos que dizem respeito, por exemplo a atividades, estratégias, informações, recolha de dados entre outros.

## 2. ANÁLISE DO CONTEXTO

A análise de contexto exprime o envolvente onde se localiza a atividade ou ação, que no caso do atual Relatório está contextualizada num tempo crítico, referido à experiência de cuidar e ser cuidada na fase ativa do TP, em meio hospitalar, numa Unidade de Saúde do Baixo Alentejo. Nesta circunstância o EESMOG, munindo-se de conhecimentos, recursos e enquadrando-se numa equipa, exerce as suas competências especializadas em favor do bem-estar da parturiente.

### 2.1. Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE é assim designada desde 1 de Outubro de 2008. É composta por duas unidades de cuidados diferenciados: o Hospital José Joaquim Fernandes (H.J.J.F.) em Beja e o Hospital de São Paulo em Serpa, assim como pelo Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo Unidade de Saúde Pública e todos os centros de saúde do distrito de Beja, com exceção do Centro de Saúde de Odemira, incluindo perto de 70 Extensões de Saúde (Figura 1).

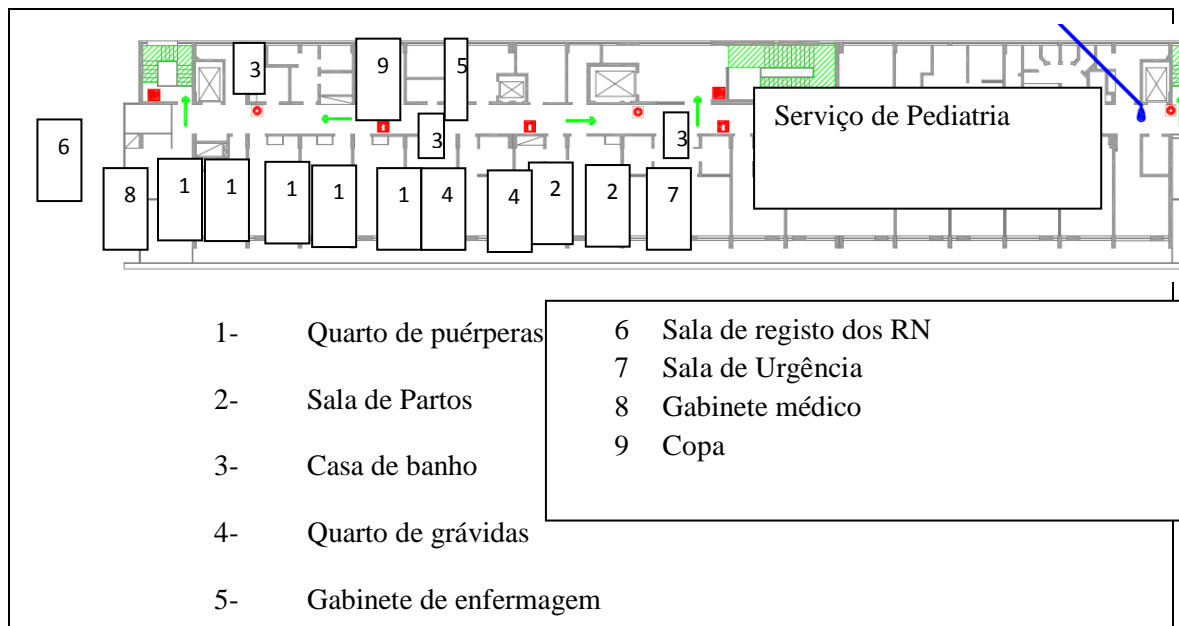


**Figura 1 Abrangência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA-EPE (2013)]**

Apenas no HJJF, existem cuidados especializados na área de Obstetrícia e Ginecologia, sendo o único com Maternidade. O Hospital José Joaquim Fernandes é uma Entidade Pública Empresarial [HJJF-EPE] que iniciou a sua atividade em 1970. Dá

assistência a toda a área do Distrito de Beja, incluindo os concelhos de Grândola e Santiago do Cacém uma vez que a unidade hospitalar do Litoral Alentejano oferece um número mais reduzido de valências. É composto por 4 edifícios: 1) Departamento de Saúde Mental, 2) pavilhões de Consultas Externas, 3) Hospital de Dia e 4) edifício central com 7 pisos. No piso -1 estão alojados em particular os serviços que oferecem a logística do funcionamento quotidiano (por exemplo: refeitório, cozinha, lavandaria, gabinete de Nutrição, cabeleireira, biblioteca, serviços de aprovisionamento, farmácia, serviço de esterilização e morgue). No piso do rés-do-chão localizam-se os serviços administrativos, gabinetes do Conselho de Administração, Gabinete de Serviço Social serviços que oferecem assistência a utentes internos e externos (por exemplo Consultas Externas, Fisioterapia, Serviço de Imuno hemoterapia, Imagiologia, Laboratório de patologia clínica), além da capela, bazar, telefonista, arquivo. Os restantes pisos dizem respeito a serviços de internamento das várias valências.

No piso 5 do edifício central desta instituição encontra-se o Serviço de Obstetrícia que é composto por três setores: urgência de obstetrícia e ginecologia; sala de partos e puerpério (figura2).



**Figura 2 Planta do Serviço de Obstetrícia do HJFF-EPE**

### 2.1.1. Circuito e Estadia da Parturiente

O circuito e estadia das parturientes do HJJF-EPE segue um modelo semelhante aos hospitais do país e descreve-se seguidamente. Ao chegar ao hospital a utente é avaliada através do sistema de Triagem de Manchester da urgência geral e se a queixa for do foro de ginecologia ou obstetrícia é encaminhada para o 5º piso, acompanhada por um assistente operacional. Neste primeiro contato com os serviços de saúde não se realiza qualquer observação obstétrico-ginecológica. É assim considerada admissão emergente na Unidade de Saúde.

**Admissão.** A admissão das utentes é feita na sala de urgência, pela EESMOG (se for grávida de termo, gravidez de baixo risco) ou médico, sendo depois feito o encaminhamento da mesma consoante o seu estágio de TP, pelo profissional que a observou.

- Se já estiver na fase ativa do TP é encaminhada para a sala de partos.
- Se ainda se encontrar na fase latente do TP é encaminhada para uma enfermaria de grávidas com 3 camas.

**Trabalho de Parto.** Até à data de implementação do atual projeto a vigilância das parturientes no 1º Estádio do TP realizava-se da seguinte forma:

Durante a evolução do TP as senhoras permaneciam na enfermaria, em geral repousando no leito, podendo alternar com levante. A deambulação pelo corredor do serviço era permitida, mas sem registo de CTG. Este realizava-se de maneira intermitente quando a utente estava no leito. A vigilância e acompanhamento do TP era da responsabilidade da EESMOG, que orientava a senhora, e que lhe prestava assistência, ou seja numa presença próxima durante todo o TP.

De acordo com a perceção que temos, ao exercer no serviço de Obstetrícia desde há 4 anos, a maioria das senhoras permanecia grande parte do TP no leito. Pretende-se manter o modelo de vigilância e acompanhamento como responsabilidade da EESMOG.

**Parto:** Quando as senhoras solicitam analgesia epidural, ou quando se encontram perto do período expulsivo, são encaminhadas pela EESMOG para uma sala de partos (das duas existentes). É aqui que ocorre o parto, desempenhado pela EESMOG (Eutócico) ou pelo médico obstetra (instrumentalizado), numa cama



articulada, que se transforma, de maneira a posicionar a senhora na posição ginecológica.

**Puerpério.** Após o parto, as puérperas e recém-nascidos são encaminhados para as enfermarias onde permanecem em alojamento conjunto, sempre que não haja alterações do estado clínico do RN, até ao momento da alta. O puerpério imediato ocorre já no setor de puerpério, vigiado pelas enfermeiras responsáveis por este setor (puerpério).

O tempo de internamento no puerpério varia consoante o tipo de parto, pelo que em média nos partos por via vaginal (partos eutócicos e partos vaginais instrumentalizados) são 48h, e em caso de cesarianas o internamento dura 72h (muitas vezes as puérperas são avaliadas ao 3º dia de internamento e tendo em conta a distância a que vivem do hospital e o apoio que têm no domicílio, podem ter alta).

### 2.1.2. Casuística dos Partos no HJJF-EPE

Através de consulta estatística realizada no site da intranet do HJJF-EPE, constatámos que nos últimos dois anos (2011 e 2012), o número de partos foi 1177 e 1207, respetivamente (figura 3).

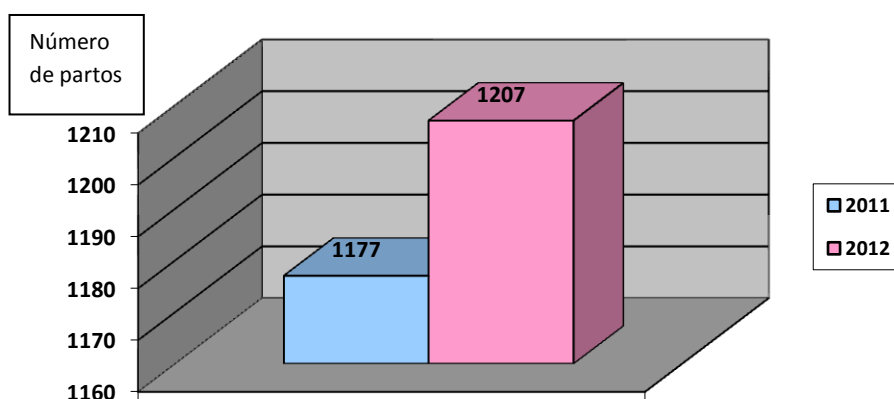
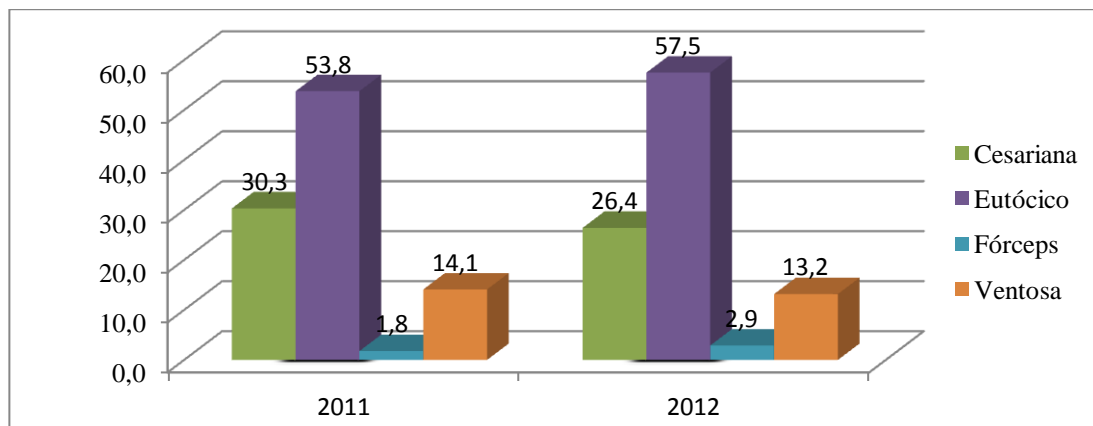


Figura 3 Número de Partos nos anos 2011 e 2012 (ULSBA, 2013)

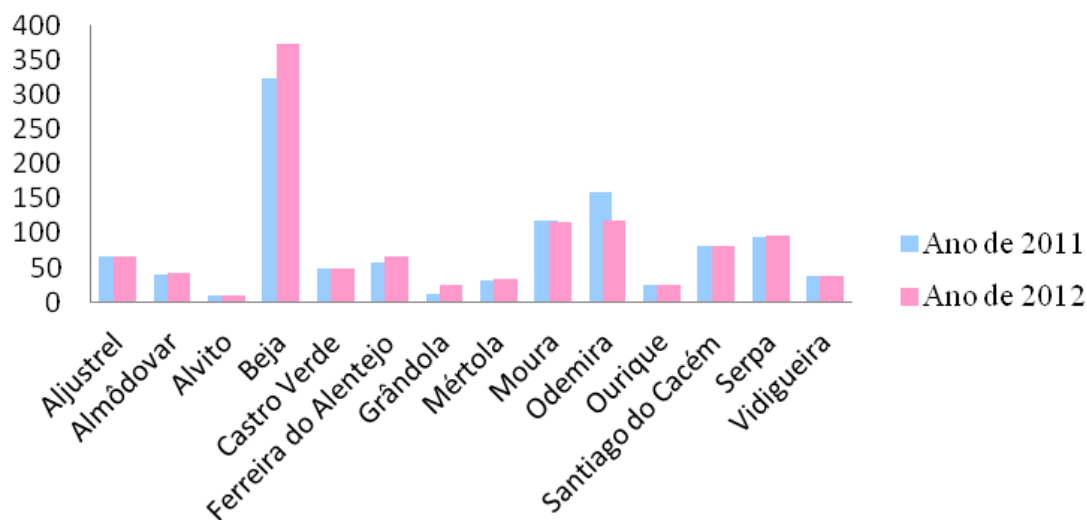
Analisando o tipo de partos que ocorreram, concluiu-se pela figura abaixo, que prevaleceram os partos eutócicos face aos restantes e houve uma diminuição nos partos distócicos (cesarianas e ventosas).



**Figura 4- Percentagem do tipo de partos nos anos 2011 e 2012 do HJJF-EPE**

Em relação à área de residência das puérperas, verifica-se que a maioria são residentes nos concelhos de Beja, Odemira e Moura (Figura 5).

### Partos por Concelho



**Figura 5- Partos por concelho nos anos 2011 e 2012 (ULSBA, 2013)**

No enquadramento como mestranda, o facto de estar a estagiar no local de trabalho, apesar de estar numa posição diferente no que diz respeito ao exercício de funções, permitiu uma integração rápida, pois o espaço físico e a equipa já era conhecida, pelo que houve necessidade de familiarização apenas com o sistema Alert e com as rotinas no que diz respeito à função da EESMOG no serviço. Foi imprescindível a orientação e apoio da enfermeira especialista que foi minha perceptor de estágio.

## 2.2. Caracterização dos recursos materiais e humanos

Os recursos humanos e materiais complementam-se no sentido da prestação de cuidados às utentes. Segue-se nas secções abaixo uma breve caracterização destes aspetos

### 2.2.1. Caracterização dos recursos materiais

O serviço de Obstetrícia é constituído por duas salas de observação e admissão com ecógrafo, onde funciona a urgência de ginecologia e obstetrícia (sendo normalmente utilizada apenas uma e outra funciona como sala polivalente).

Existem duas salas de partos, uma box de prestação de cuidados ao recém-nascido e um espaço para lavagem e desinfeção das mãos.

A dotação de camas está assim organizada:

1) **Internamento de Grávidas:** total de 5 camas; 1 enfermaria com 3 camas e 1 enfermaria com 2 camas; são utilizadas tanto para situações patológicas de gravidez, como para TP em curso

- São reservadas 2 camas para casos mais particulares de por exemplo grávidas com patologias e com idade gestacional [IG] igual ou superior a 18 semanas ou situações mais específicas como por exemplo grávidas de fetos mortos.

a. Se há congestionamento as mulheres em situação de feto-morto são transferidas para o serviço de Ginecologia para evitar contato com outras mães e recém-nascidos assim como com as suas visitas, tentando preservar a sua intimidade e respeitando o momento doloroso que estão a passar.

2) **Puerpério:** No total existem dezanove camas no serviço

Existem cinco enfermarias com três camas e dois quartos com duas. Por vezes surgem necessidades de alterações deste espaço conforme o movimento do serviço,

havendo a possibilidade de transferir puérperas para o serviço de internamento de ginecologia que se situa no piso 6, ou vice-versa.

.A dotação de camas está assim organizada:

- O serviço no qual ficam alojadas as puérperas é constituído por 14 camas, distribuídas por 4 enfermarias de 3 camas e uma com 2. A enfermaria de 2 camas do puerpério serve também para a realização de outros procedimentos como os testes de oto-estimulação acústica. Existem mais 2 enfermarias, uma de 3 camas e outra de 2, que se situam mais próximas das salas de parto.
- As grávidas com IG inferior a 18 semanas são internadas no piso 6 (Ginecologia);

### **Outras Dependências.**

O serviço comporta ainda uma sala polivalente (passível de transformar em outra sala de partos); balcão reservado à administrativa do serviço; copa de leites, em espaço para preparação de leite artificial e conservação de leite materno, onde também há possibilidade de preparar chá para as puérperas; 1 casa de banho para o pessoal de serviço e 2 casas de banho para as utentes; sala de desinfeção de material clínico; divisão para a conservatória de registo civil; 1 gabinete médico. O acesso ao piso é possível através de escadas ou elevador.

### **Recursos para vigilância do TP e Puerpério**

Quanto aos recursos materiais, o serviço possui vários equipamentos eletrónicos, tais como: 4 cardiocogramas fixos e 2 com telemetria sem fios, 2 ecógrafos, 1 doppler, 2 monitores cardíacos, 6 monitores de Tensão Arterial [TA], 2 boxes de reanimação do recém-nascido, 2 oxímetros para RN, 1 carro de reanimação com desfibrilhador.

Existem vários computadores e impressoras distribuídas pelos vários gabinetes.

No gabinete de enfermagem está presente 1 ecrã plasma onde mostra o número de grávidas e puérperas internadas, com alguns dados clínicos.

### **Recursos para Apoio à Amamentação**

Para dar apoio ao processo de amamentação o serviço está munido de 1 bomba de extração de leite elétrica, diverso material para realização de demonstrações às puérperas (bomba de extração de leite manual; protetores de mamilos; bolsas descartáveis para transporte e conservação de leite materno; amostras de cremes para os mamilos; formadores de mamilos, entre outros).

### **Recursos de lazer e/ou Educação para a Saúde**

Todas as enfermarias possuem um televisor LCD e um DVD.

As salas de parto estão equipadas com 1 aparelhagem com rádio e leitor de CD, oferecendo a possibilidade à parturiente, de ouvir uma música à sua preferência, durante o parto.

#### 2.2.2. Caracterização dos recursos humanos

O serviço de Obstetrícia do HJJF-EPE é um serviço que envolve uma equipa multi-disciplinar numerosa, constituída por:

- ☛ 8 Obstetras, sendo um deles a Diretora do Serviço,
- ☛ 12 Enfermeiras Especialistas, sendo uma a Enfermeira Chefe do Serviço;
- ☛ 9 Enfermeiras não especializadas, das quais 4 estão neste momento a frequentar o Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia;
- ☛ 11 Assistentes Operacionais;
- ☛ 1 Secretária Administrativa;
- ☛ 1 Funcionária do registo civil, que tem gabinete a funcionar com horas limitadas

Estão ainda escalados diariamente para o serviço 1 Pediatra que passa a visita diária aos recém- nascidos [RN] e outro que fica de urgência (24h), sendo responsável pelos RN com alta e dá apoio à urgência de pediatria e 1 Anestésista de urgência (24h)

para a sala de partos (efetua a analgesia epidural quando solicitada após a sua avaliação da utente) e para as cesarianas.

O modelo de trabalho de enfermagem preconizado é o modelo de cuidados globais, de acordo com a caracterização dos modelos de enfermagem por Hesbeen (2001), ou seja cada enfermeiro é responsável pela execução de todos os cuidados que o utente que lhe é distribuído necessita durante o seu turno (Hesbeen, 2001).

### 2.3. Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

Durante o exercício da prática especializada foram tidas em consideração as necessidades de cada mulher/utente, de acordo com a recolha de dados inicial, de forma a prestar cuidados individualizados para um acompanhamento e encaminhamento mais eficaz. De acordo com Marie-Françoise Collière (2003) o processo de cuidados inicia-se com o levantamento das necessidades vitais para que relacionando com os vários conhecimentos se percebam os sinais do processo saúde/doença e se possam contextualizar na vida da pessoa que os vive de forma a dar a melhor resposta possível.

A gravidez é um período na vida da mulher que provoca várias alterações físicas, psicológicas e sociais com necessidade de adaptação a várias situações/novos papéis, podendo provocar instabilidade a quem as vivencia. Cabe ao EESMOG detetar situações de necessidade de intervenção para que estas alterações sejam bem aceites e vividas com tranquilidade. O TP e o momento do parto são sempre acompanhados de muita expectativa e ansiedade por parte da mulher, sendo uma ocasião única e significativa para a mesma. A dor e o desconforto emocional são fenómenos subjetivos que cada mulher sente de forma intrínseca e têm a influência de vários fatores, como fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais. A vivência destes fenómenos pode marcar estas experiências como experiências negativas e dificultar todo o processo (Lowdermilk & Perry, 2008).

Cabe ao EESMOG ajudar a mulher a usufruir da melhor forma a experiência do nascimento do seu filho, colaborando para um controle do desconforto da parturiente, sendo esta uma das intervenções autónomas da enfermeira especialista (OE, 2011). O facto da mulher se sentir confortável durante o TP e parto, irá facilitar a sua relação com o meio envolvente beneficiando mãe e filho. O conceito de conforto desde há várias

décadas que tem sido analisado. Morse (1983) estudou as ações de confortar na década de 80 do século XX, concluindo que o conforto é a ação de enfermagem mais importante na prestação de cuidados à pessoa. Mais recente, Kolcaba (2003) tem explorado o significado de conforto a fim de justificar a sua utilização na prática, desenvolvendo uma teoria de enfermagem com base em várias teorias de enfermagem. Para Kolcaba (2003) o conforto é uma experiência que envolve vários aspetos, sendo conseguido através da satisfação de necessidades como o alívio, a tranquilidade e a transcendência. Ao satisfazer estas três necessidades da pessoa, promovemos o conforto, permitimos que ela se entregue de uma forma mais serena e controlada àquilo que queremos transmitir.

A EESMOG para conseguir ter sucesso na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas tem de estar dotada de uma série de conhecimentos não só científicos como culturais e dominar habilidades e comportamentos necessários para a compreensão, interpretação e resolução de problemas da saúde da mulher. É da competência da EESMOG cuidar da mulher inserida na família e na comunidade, durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, a fim de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina, ou seja, deve promover o conforto e bem estar da mulher e conviventes significativos (OE, 2011).

A EESMOG tem competências para diagnosticar, precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido. Sendo que, para desempenhar bem esta função, a EESMOG deve conseguir identificar e monitorizar o TP assim como monitorizar o risco materno-fetal durante o TP e o parto tal como os desvios ao padrão normal de evolução do TP, encaminhando as situações que estão para além da sua área de atuação. São vários os procedimentos a desenvolver por parte da EESMOG, tais como: conceber, planear, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (Diário da República, 2011).

### **3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES**

A população é definida com o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido que têm em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual incide a investigação. A população alvo, é o conjunto de todos os elementos que o investigador pretende estudar e sobre o qual aspira fazer generalizações (Fortin, 2009).

Neste estudo existem dois grupos alvo. O primeiro grupo diz respeito à equipa de EESMOG do H.J.J.F. de Beja. O segundo grupo corresponde às puérperas que efetuaram TP no Serviço de Obstetrícia do HJJF-EPE.

#### **3.1 Caracterização do Grupo-Alvo de Enfermeiras**

A equipa maioritariamente composta por elementos com vários anos de experiência profissional, segue uma linha condutora de atuação, com base em normas existentes no serviço há já vários anos, sendo por isso importante revê-las e atualizar conhecimentos, permitindo uma evolução profissional contínua. Segue-se a caracterização das Enfermeiras do serviço.

#### **Dados Sociodemográficos e do Exercício Profissional**

Conforme dados colhidos através de questionários que mais à frente são apresentados, exercem na unidade 11 enfermeiras especialistas, com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos e média de 42,2 anos (DP=7,88), referida à data de preenchimento do Questionário. O tempo de exercício profissional como generalista variou entre os 6 e os 27 anos, com média de 18,55 anos (DP=7,59). O tempo de exercício profissional como especialistas SMO variou entre 1 e os 16 anos, com média de 7,9 anos (DP=5,24), conforme Apêndice A.

#### **3.2. Caracterização do Grupo-Alvo de Utentes**

O grupo que diz respeito à população alvo do Relatório são as puérperas que desenvolveram TP no serviço de obstetrícia do H.J.J.F. de Beja. Tendo-se caracterizado na secção 2 (Análise de contexto) de uma maneira geral a proveniência das utentes, número e tipo de partos e não existindo condição para a elaboração de uma amostra aleatória, considerou-se um grupo de utentes atuais; uma amostra por conveniência das utentes que acorreram recentemente ao serviço, no sentido de identificar as suas



necessidades durante o TP no HJJF-EPE. A amostra de conveniência é uma amostra onde a probabilidade de qualquer elemento ser incluído não é conhecida, não se sabendo com rigor se é representativa da população; os sujeitos são selecionados de forma não aleatória, através de critérios que estão essencialmente relacionados com os objetivos do estudo, a facilidade de convocação dos elementos e a rapidez na obtenção dos dados (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Os critérios de seleção são enunciados no processo de recrutamento, mais à frente neste documento. Foram selecionadas 42 puérperas, das quais 40 responderam aos dados referentes à idade, sendo que apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, tendo em média 32,02 anos (DP=4,49). Os dados recolhidos podem ser observados na íntegra no Apêndice B, apresentando-se no texto somente os mais significativos no sentido de ilustrar o discurso.

### **Dados Sociodemográficos**

A maior parte das puérperas é casada ou vive em união de facto (N= 30; 93,8%). Para mais de metade das mulheres que responderam à questão, este parto corresponde ao 1º filho (N=22; 93,7%) De acordo com a análise dos dados referentes ao nível de formação, constata-se que a amostra possui um nível de formação elevado, já que metade das participantes declara ter como habilitações académicas uma licenciatura ou mestrado (N= 21; 51,2%) e declara viver em condições de conforto (N=21; 51,2%). A origem do rendimento familiar é na maior parte dos casos, do vencimento mensal fixo em emprego permanente, não ocasional (N= 25; 69,4%). No grupo de participantes, 25 das utentes (59,5%) têm emprego atualmente.

### **Dados sobre Vigilância da Gravidez**

A maior parte teve condições para frequentar atividades de saúde durante a gravidez (N= 25; 59,5%), tendo sido o Consultório Privado o local de vigilância de saúde mais representativo (N=31; 73,8%).

### **3.3. Cuidados e necessidades específicas da população-alvo**

Nesta secção apresentam-se os dados recolhidos que oferecem informação sobre a experiência de TP das utentes e a perceção que têm dos procedimentos a que foram sujeitas e as intervenções que preferiam. Em segundo lugar apresentam-se os procedimentos mais efetuados, mas na perspetiva das enfermeiras.

### 3.3.1 Cuidados e necessidades específicas do grupo de utentes

Apresentam-se seguidamente os dados sobre a Experiência de TP e Parto no HJJF-EPE. De acordo com as respostas aos questionários, constatamos que os três procedimentos que as senhoras mais reconhecem, realizados pelas enfermeiras, aquando da admissão no bloco de partos foram (Figura 6):

- 1) A avaliação da TA
- 2) Cervicometria
- 3) A auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais [BCF]

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
E1-Tricotomia perineal total	10	3,6%	23,8%
E2-Tricotomia perineal parcial	19	6,8%	45,2%
E3-Clister (enema)	8	2,9%	19,0%
E4-Micro-clister	6	2,2%	14,3%
E5-Determinação da Idade Gestacional	18	6,5%	42,9%
E6-Auscultação dos BCF	34	12,2%	81,0%
E7-Visualização fetal por Eco	15	5,4%	35,7%
E8-Avaliação da TA	38	13,6%	90,5%
E9-Avaliação do ritmo cardíaco materno	26	9,3%	61,9%
E10-Avaliação da temperatura	20	7,2%	47,6%
E11-Estática fetal [Manobras Leopold]	24	8,6%	57,1%
E12-Cervicometria	35	12,5%	83,3%
E13-Pesar	19	6,8%	45,2%
E14-Diz para tomar duche	6	2,2%	14,3%
E15-Pergunta se tem Plano de Parto	1	0,4%	2,4%
Total	279	100,0%	664,3%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

**Figura 6-Procedimentos realizados pelas enfermeiras, quando da admissão no bloco de partos**

À data da admissão estes procedimentos são úteis na medida da avaliação do estado atual e progressão futura do TP e estado de saúde do nascituro. Conforme referem Lowdermilk e Perry (2008). A avaliação da TA é um dado importante pois em particular na gravidez não vigiada, podem estar ocultos traços clínicos com implicações para a saúde da mulher e do nascituro.

Entre vários procedimentos sugeridos (Figura 7), os mais solicitados pelas senhoras no momento da admissão foram:

- 1) Perguntar quantos “dedos” de dilatação tinha
- 2) Se o bebé estava bem posicionado
- 3) Com igual representação:
  - 3.1) Pedir para ouvir o bebé
  - 3.2) Pedir para tomar duche

	Responses		
	N	Percent	Percent of Cases
S3-Clister (enema)	1	2,8%	5,3%
S5-Quantas semanas tem de gravidez	1	2,8%	5,3%
S6-“Ouvir” o bebe	3	8,3%	15,8%
S7-“Ver” o bebé por Eco	2	5,6%	10,5%
S8-Avaliação da TA	2	5,6%	10,5%
S9-Avaliação do Pulso	2	5,6%	10,5%
S10-Avaliação da temperatura	2	5,6%	10,5%
S11-Se o bebé está bem posicionado	6	16,7%	31,6%
S12-Quantos “dedos” tem de dilatação	14	38,9%	73,7%
S14-Pede para tomar duche	3	8,3%	15,8%
Total	36	100,0%	189,5%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.			

**Figura 7-Procedimentos solicitados pelas senhoras, na admissão**

É da responsabilidade do EESMOG para com a mulher em TP, responder ou procurar respostas às suas questões, providenciar apoio para ela e para a sua família, pois as senhoras sentem-se mais seguras quando compreendem a informação que lhe é transmitida e sentem que o seu esforço está a ser valorizado (Lowdermilk & Perry, 2008).

Questionadas a cerca do Plano de Parto, constata-se que apenas uma pequena parte das utentes (N=14) sabem do que se trata (Figura 8).

Sabe o que é um plano de Parto?		
Sim	14	33,33%
Não	28	66,67%

**Figura 8- Índice de conhecimento sobre Plano de Parto**

O plano de parto é uma lista de itens relacionados com as várias fases do parto, sobre os quais a parturiente pensou e refletiu, descrevendo onde a parturiente quer ter seu bebé, quem quer que esteja presente, quais são os procedimentos técnicos que aceita e quais os que prefere evitar. Não se trata, de uma lista de ordens, mas de um ponto de partida para a conversa com os profissionais envolvidos no processo (Duarte, SD). O Plano de Parto é opção que implica a não existência de risco na gravidez e para o parto. Preferencialmente é iniciado na consulta Pré-Natal, é redigido em conjunto pela grávida, marido/companheiro e profissional de saúde. A OMS recomenda que a família alargada deve ter conhecimento da sua existência no sentido de possíveis decisões

(OMS, 1996). Quando não existe um plano de parto escrito, o EESMOG ajuda a mulher a elaborar um plano para o parto informando-a das opções disponíveis, de acordo com o desejo e necessidades da mulher. Desta forma é possível planejar cuidados individualizados à parturiente (Lowdermilk & Perry, 2008).

Organizações de Saúde e alguns serviços criam por vezes modelos de Plano de Parto no sentido de ajudar as mulheres a definir e apresentar. É o caso do Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (Dirección General de Salud Pública, 2007), e do National Services Scotland (2013), onde a grávida é orientada para definir o seu próprio plano de parto.

As participantes foram questionadas acerca da intensidade da dor que tinham sentido durante o TP e do apoio que tiveram por parte das enfermeiras durante o processo do TP, tendo em consideração uma escala de 0 a 100, sendo que, de acordo com a análise de dados feita, a memória da dor durante o TP foi em média de 70 pontos e a perceção de apoio das enfermeiras durante o TP foi em média de 80,6 pontos.

Ao analisar os dados da memória de dor sentida durante o TP, os valores mais significativos estão em máxima dor (100 pontos) para nove parturientes. Quanto à perceção de apoio por parte das enfermeiras, a maior expressão está em 100 pontos, atribuídos por 14 parturientes (Figura 9).

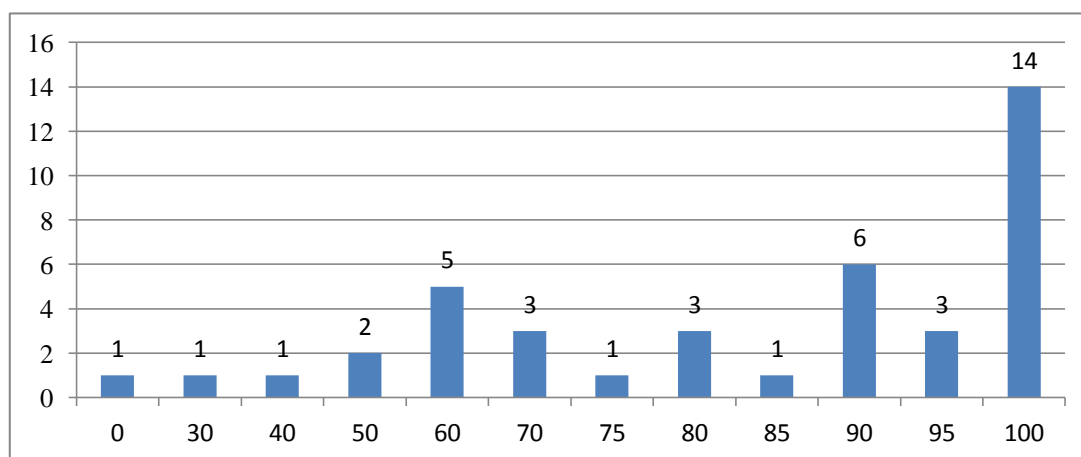


Figura 9- Memória da Perceção de Apoio das Enfermeiras Durante o Trabalho de Parto

Tal como nos dizem Lowdermilk e Perry (2008), a dor durante o TP é única para cada mulher e condicionada por diversos fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais. Segundo Davim, Torres e Melo (2007), a dor define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável e que pode estar associada a danos reais ou potenciais dos tecidos.

Na preparação pessoal em casa, antes de ir para a maternidade, os três procedimentos mais referidos pelas utentes foram (Figura 10):

- 1 Fazer a higiene pessoal tomando um duche
- 2 Tricotomia de parte dos pelos púbicos
- 3 Fazer uma refeição por receio de ter fome durante o TP

	Responses		
	N	Percent	%
C1-Rapou/depilou totalmente os pelos púbicos	12	12,6%	28,6%
C2-Rapou/depilou uma parte dos pelos púbicos	21	22,1%	50,0%
C3-Tomou Banho-Duche	36	37,9%	85,7%
C4-Fez um Clister	1	1,1%	2,4%
C5-Fez Micro-Clister [Microlax]	1	1,1%	2,4%
C6-Tomou refeição por receio de fome durante TP	18	18,9%	42,9%
C7-Não comeu por receio de vomitar	6	6,3%	14,3%
Total	95	100,0%	226,2%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.			

**Figura 10 Procedimentos efetuados pelas utentes na preparação pessoal em casa**

Não se tendo descortinado estudos sobre o assunto, supõe-se que estas atitudes das senhoras serão porventura fruto das informações pessoa-a-pessoa, de influência de amigas/conhecidas que reportam a sua experiência, ou seja, de um certo entendimento cultural entre as mulheres que se preparam para enfrentar a institucionalização para o TP e parto; estão porém algo desatualizadas em relação aos procedimentos habituais na unidade HJJF.

As três questões mais frequentes colocadas pelas utentes, na fase de admissão ao Bloco de Partos foram:

- 1) Se podia ter acompanhante
- 2) Se tinha de ficar deitada durante o TP
- 3) Quando poderia fazer epidural, conforme está destacado na figura 11.

	N	Percent	%
Se podia beber líquidos durante o trabalho de parto	14	5,8%	35,9%
Se podia ir à casa de banho evacuar durante o trabalho de parto	8	3,3%	20,5%
Se podia ir à casa de banho urinar durante o trabalho de parto	12	5,0%	30,8%
Se tinha que urinar na arrastadeira	14	5,8%	35,9%
Se podia ter um acompanhante [marido ou amiga, ou irmã ou mãe....]	26	10,8%	66,7%
Se a Enfermeira estaria presente no quarto durante o trabalho de parto	5	2,1%	12,8%
Se era a mesma Enfermeira a acompanhar e fazer o parto	9	3,7%	23,1%
Se tinha uma campainha para chamar	7	2,9%	17,9%
Se tinha que ficar deitada durante o Trabalho de Parto	16	6,6%	41,0%
Se podia alternar a posição de deitada, sentada, de pé, cócoras, gatas... conforme lhe desse jeito	13	5,4%	33,3%
Se havia materiais para usar durante o trabalho de parto [Bola, almofadas, cadeira de baloiço ...]	2	0,8%	5,1%
Se podia usar o duche quente para aliviar as dores	2	0,8%	5,1%
Se a Enfermeira a ia ajudar a respirar, relaxar durante as contrações	9	3,7%	23,1%
Se a sala ia ficar obscurecida e silenciosa	5	2,1%	12,8%
Se no hospital havia Epidural	9	3,7%	23,1%
Em que altura do trabalho de parto a senhora podia fazer Epidural	15	6,2%	38,5%
Se podiam dar-lhe medicamentos para as dores [outros sem ser a Epidural]	6	2,5%	15,4%
Se o bater do coração do bebé era ouvido durante o Trabalho de parto	5	2,1%	12,8%
Se podia andar levantada com “aparelho” para ouvir o bater do coração do bebé	2	0,8%	5,1%
De quanto em quanto tempo lhes eram feitos toques vaginais durante o trabalho de Parto	4	1,7%	10,3%
Se podia não ter soro durante o Trabalho de Parto	2	0,8%	5,1%

**Figura 11-Questões colocadas pelas utentes, na fase de admissão ao Bloco de Partos**

Muitos dos receios e preocupações das parturientes estão relacionados com o processo e consequências do parto, com o bem-estar da mãe e do feto e com as ações e as atitudes dos profissionais de saúde (Lowdermilk & Perry, 2008).

Os três cuidados prestados pelas enfermeiras durante o TP, que as utentes mais referem foram (figura 12):

- 1 Oferecer campainha para chamar
- 2 Colocar soro para auxiliar o TP
- 3 Manter a senhora deitada na cama durante o TP

		percent	
T10-Teve uma campainha para chamar	38	8,6%	95,0%
T11-Teve que ficar deitada durante o Trabalho de Parto	35	7,9%	87,5%
T12-Pode alternar a posição de deitada, sentada, de pé, cócoras, gatas.... conforme lhe deu jeito	9	2,0%	22,5%
T13-Teve materiais para usar durante o trabalho de parto [Bola, almofadas, cadeira de baloiço ...]	2	0,5%	5,0%
T14-Pode usar o duche quente para aliviar as dores	4	0,9%	10,0%
T15-A Enfermeira ajudou-a a respirar, relaxar durante as contracções	26	5,9%	65,0%
T16-Teve o apoio da Enfermeira para fazer balanceio da anca e barriga para aliviar as dores	3	0,7%	7,5%
T17-A sala foi obscurecida e estava silenciosa	13	2,9%	32,5%
T18-O seu acompanhante pôde fazer-lhe massagens	17	3,8%	42,5%
T19-Teve analgesia Epidural quando pediu	26	5,9%	65,0%
T20-Foi-lhe explicada a altura do trabalho de parto em a senhora podia fazer Epidural	29	6,5%	72,5%
T21-Deram-lhe medicamentos para as dores [outros sem ser a Epidural]	17	3,8%	42,5%
T22-O bater do coração do bebé foi ouvido durante o Trabalho de parto	34	7,7%	85,0%
T23-Pôde andar levantada com “aparelho” para ouvir o bater do coração do bebé	7	1,6%	17,5%
T24-Os toques vaginais feitos durante o trabalho de Parto foram os necessários	34	7,7%	85,0%
T25-Não lhe foi colocado ter soro durante o Trabalho de Parto	1	0,2%	2,5%
T26-Foi-lhe colocado soro para auxiliar o trabalho de parto	36	8,1%	90,0%
T27-Foram-lhe dados medicamentos para avançar a dilatação sem lhe perguntarem se queria	20	4,5%	50,0%
T28-Foram-lhe dados medicamentos para avançar a dilatação a seu pedido	7	1,6%	17,5%
T29-Viu as Enfermeiras escrever em impressos/folhas que pensa serem os apropriados para registar a evolução do Trabalho de Parto	28	6,3%	70,0%

**Figura 12- Cuidados prestados pelas enfermeiras durante o TP**

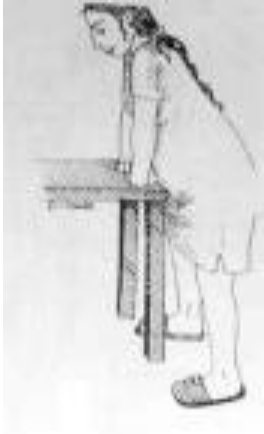


Os cuidados de enfermagem mais reconhecidos, são aqueles que interferem diretamente com as necessidades da mulher. Neste caso, foram cuidados que interferiram com a segurança, conforto e bem estar. Ao ter a campainha junto de si, a parturiente sente-se mais segura, pois sabe que pode chamar auxílio logo que sinta necessidade, tendo uma resposta imediata à sua chamada. O facto de as senhoras reconhecerem que tiveram de ficar deitadas durante o TP, pode ter sido por indicação médica ou necessidade de acordo com situação clínica (antes de 2h após a



administração de terapêutica para indução de TP, bolsa de águas rota [BAR] com apresentação mal apoiada, etc.), assim como a administração de soro endovenoso.

Ainda outros dados recolhidos junto das parturientes, mostram que na perceção dos 42 casos, a rotura artificial de bolsa de águas [RABA] é referida pela maior parte das utentes (N=23; 54,8%). Das 20 senhoras que responderam à questão, na sua perceção, a RABA foi realizada na maior parte das vezes quando a dilatação se encontrava nos 4-5 cm.

Através de um esquema de posturas possíveis durante o TP apresentaram-se às parturientes, em desenho, possibilidades que incluíam por exemplo andar, apoiar-se no companheiro, apoiar em objetos do mobiliário, usar a bola, entre outras, inspiradas em figuras presentes no blog, chamado Clube das Mães (2009). As três posições mais assinaladas, das 15 possibilidades, que as utentes teriam preferido encontram-se referidas na figura 13 a seguir apresentada.

Das 15 possibilidades quanto a posição durante o TP, as utentes referem que teriam preferido:					
			Responses		Percent of Cases
			N	Percent	
1º Lugar		Posição 1	12	11,7%	34,3%
		Posição 2	19	18,4%	54,3%
		Posição 3	8	7,8%	22,9%
		Posição 4	8	7,8%	22,9%
		Posição 5	2	1,9%	5,7%
2º Lugar		Posição 6	1	1,0%	2,9%
		Posição 7	5	4,9%	14,3%
		Posição 8	2	1,9%	5,7%
		Posição 9	3	2,9%	8,6%
		-Posição 10	16	15,5%	45,7%
3º Lugar		Posição 11	5	4,9%	14,3%
		-Posição 12	3	2,9%	8,6%
		Posição 13	4	3,9%	11,4%
		Posição 14	2	1,9%	5,7%
		Posição 15	13	12,6%	37,1%
		Total	103	100,0%	294,3%

**Figura 13- Posições que as parturientes teriam preferido adotar durante o TP**

De entre as posturas mais utilizadas pelas parturientes, destacam-se: a inclinação do corpo para a frente com os braços apoiados numa parede (ou na cabeceira da cama) e pernas afastadas; posturas erectas; sentada na bola suíça; posição de gato (em cima da cama); de cócoras (com ou sem apoio) [Mazzali & Gonçalves (2008), Bavaresco, Souza, Almeida & Sabatino (2009)]. Sublinha-se através destes resultados que as posições verticalizadas e o apoio no acompanhante são as mais reconhecidas. Vários

estudos indicam que o apoio emocional prestado pelo acompanhante (companheiro/pessoa significativa), tal como estabelecer uma boa relação verbal com a mulher, dirigir-lhe palavras de carinho, encoraja-la e elogia-la, contribui significativamente para efetivamente para a acalmar. Esse apoio emocional também é enfatizado noutro estudo quando referem os benefícios para a mulher, uma vez que as parturientes relataram que o suporte dado pelo acompanhante, durante o trabalho de parto e parto, reforçou de forma positiva o processo de nascimento e propiciou segurança (Perdomini, F. & Bonilha, A., 2011).

Em síntese, nesta secção de cuidados e necessidades específicas do grupo de utentes, poder-se-á dizer que de acordo com a análise dos questionários, as mulheres grávidas que são internadas no serviço de obstetrícia do H.J.J.F. de Beja procuram informar-se sobre a evolução do seu TP, sendo para elas muito importante ouvir os batimentos cardíacos do bebé e saber "qual a dilatação que têm". Um dos aspetos que mais tranquiliza a mulher é o facto de poder estar acompanhada por alguém significativo e ter liberdade de movimentos durante o TP, ficando com a possibilidade de alternar as posturas e podendo deslocar-se ao WC.

Para garantir uma melhor adesão à deambulação durante o TP, é importante estimular as parturientes durante todo o processo, seja por um acompanhante, pelo marido ou pela enfermeira especialista (Mamede et al, 2007). Odent (2005) defende que é necessário redescobrir o nascimento sendo fundamental compreender as necessidades básicas e valorizar as capacidades inatas da mulher em TP, dando a oportunidade à mulher para descobrir os seus instintos como mamífero que é.

### 3.3.2. Cuidados Prestados e Perceção das Necessidades das Utes Referidas pelo Grupo das Enfermeiras

Apresentam-se seguidamente nesta secção os resultados do questionário aplicado às EESMOG, que caracterizam a forma como este grupo profissional atua e a imagem que têm do comportamento das mulheres que procuram o Serviço de Obstetrícia do HJJF-EPE, Beja.

Numa análise de respostas múltiplas observa-se que os seguintes procedimentos são realizados por todas as Enfermeiras no momento da admissão:

- 1) Determinação da Idade Gestacional

- 2) Auscultação de batimentos cardíacos fetais [BCF]
- 3) Avaliação da frequência cardíaca materna
- 4) Avaliação do peso

	Responses		%t of Cases
	N	N	
Tricotomia perineal parcial	8	8,7%	72,7%
Clister (enema)	1	1,1%	9,1%
Micro-clister	6	6,5%	54,5%
Determ/ Idade Gestacional	11	12,0%	100,0%
Auscultação dos BCFetais	11	12,0%	100,0%
Visualização fetal por Eco	2	2,2%	18,2%
Avaliação da TA	10	10,9%	90,9%
Avaliação do Pulso Materno	11	12,0%	100,0%
Avaliação da temperatura	3	3,3%	27,3%
Estática fetal [M. Leopold]	7	7,6%	63,6%
Cervicometria	10	10,9%	90,9%
Pesar	11	12,0%	100,0%
Diz para tomar duche	1	1,1%	9,1%
	92	100,0%	836,4%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.			

**Figura 14- Procedimentos mais realizados pelas EESMOG no momento da admissão**

Quando a mulher é admitida no Serviço de Obstetrícia, a EESMOG efetua uma avaliação utilizando as técnicas da entrevista e da avaliação física. É importante confirmar a data provável do parto, assim como o aumento do peso da mãe, avaliação de parâmetros vitais maternos, altura do fundo do útero, padrão dos batimentos cardíacos fetais e resultados dos testes laboratoriais e diagnósticos (Lowdermilk & Perry, 2008).

De acordo com a análise dos questionários feitos à equipa de EESMOG, os procedimentos menos realizados pelas enfermeiras no momento da admissão, são:

- 1) O Enema
- 2) Oferta de duche

	Não	Sim
E1 Tricotomia perineal total	3	8
E2 Tricotomia perineal parcial	10	1
E3 Clister (enema)	10	1
E4 Micro-clister	5	6
E5 Determ/ Idade Gestacional	11	
E6 Auscultação dos BCFetais	11	
E7 Visualização fetal por Eco	9	2
E8 Avaliação da TA	1	10
E9 Avaliação do Pulso Materno	11	
E10 Avaliação da temperatura	8	3
E11 Estática fetal [M. Leopold]	4	7
E12 Cervicometria	1	10
E13-Pesar	11	
E14 Diz para tomar duche	10	1
E15 Pergunta se tem Plano de Parto	11	

**Figura 15- Procedimentos menos realizados pelas EESMOG no momento da admissão**

Uma das condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas, reconhecidas como tal pela OMS (1996) é o uso rotineiro de enema. Por esta razão, este procedimento tem vindo a ser abolido da rotina instituída no hospital no que diz respeito aos cuidados com a grávida em TP. O duche, nesta fase já não é tão sugerido pelas enfermeiras, pois a maioria das grávidas cuida da sua higiene antes de se deslocar para o hospital.

Questionadas acerca dos cuidados prestados durante o TP, as enfermeiras responderam como cuidados mais frequentes:

- 1 Proporcionar líquidos e alimentos sólidos leves durante o TP;
- 2 Promover o acompanhamento da figura/acompanhante significativo;
- 3 Acompanhar a mulher no TP e fazer o parto;
- 4 Informar de maneira livre e esclarecida sobre efeitos da epidural;
- 5 Registrar todos os dados no partograma;
- 6 Mostrar a campanha para chamar quando se ausenta;

## 7 Permitir a ida à casa de banho para urinar e defecar.

Todos estes cuidados são condutas demonstradas como muito úteis e que devem ser estimuladas, de acordo com OMS (1996). A análise destes resultados confirma que o comportamento dos profissionais vem de encontro às diretivas das organizações de saúde, nomeadamente da OMS (1996).

As posições mais recomendadas pelas EESMOG às mulheres em TP são as posições nº2, nº4 e nº7, todas com 3 pontos e a posição nº10 a mais reconhecida (8 pontos); as restantes não são reconhecidas pelas enfermeiras como posições “recomendáveis” para o TP. As figuras nº16 e nº17 documentam estes resultados.



















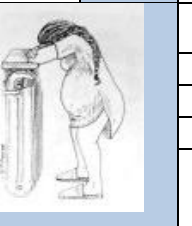
Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
11		8	3	11		8	3	10	1
									
1		2		3		4		5	
Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
11		8	3	11		11		3	8
									
6		7		8		9		10	
Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
11		11		11		11		10	1
									
11		12		13		14		15	

Figura 16- Posições recomendadas pelas EESMOG às mulheres em TP

Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim		N	%
8	3	8	3	8	3	3	8	Posição 2	3	15,8
								Posição 4	3	15,8
								Posição 5	1	5,3
								Posição 7	3	15,8
								Posição 10	8	42
								Posição 15	1	5,3
<b>Posição 2</b>		<b>Posição 4</b>		<b>Posição 7</b>		<b>Posição 10</b>		Total	19	100

**Figura 17- Posições mais recomendadas pelas EESMOG às mulheres em TP**

Vários estudos estão a ser desenvolvidos no sentido de compreender os efeitos fisiológicos e psicológicos da posição materna no TP (Lowdermilk & Perry, 2008). De entre as medidas farmacológicas mais utilizadas na mulher em TP, a maioria dos estudos realçam o incentivo à deambulação e adopção de posturas corporais adequadas (Davim, R., Torres, G. & Dantas, J., 2009).

O processo do trabalho de parto não é apenas uma alteração biológica, sendo também um processo social, uma vez que atinge a relação não só entre marido e mulher, mas também entre todos os membros da família. Além disso a identidade da própria mulher é alterada, pois passa a ser mãe a partir daquele momento (Mamede, Almeida & Clapis, 2004). Apesar de não ser necessário que a mulher leia livros ou assista a aulas para saber o que tem a fazer no parto, uma vez que uma parte do parto é puramente instintiva e fisiológica, existe um conjunto de atitudes e de comportamentos que são controlados pela sociedade e cultura em que a mulher está inserida mostrando que o parto não é totalmente natural, revelando nessas atitudes e comportamentos os valores sociais nas diversas sociedades (Mamede *et al*, 2004). O nascimento é algo comum a todos os seres, como tal não devia ser tão difícil compreender as enormes mudanças que implica, como na verdade o é (Canavarro, 2006).

O ato fisiológico de parir e nascer tem vindo a ficar cada vez mais, como algo que se afasta do processo normal, rasando o patológico. Dá-se muita importância à técnica medicalizada e despersonalizada, em vez de valorizar o estímulo, apoio e carinho dado à mulher que passa por essa experiência (Castro & Clapis, 2005). Para compreender o processo do TP é preciso ter em conta os contextos sociais e culturais a que a mulher pertence assim como algumas características físicas e psicológicas da

parturiente. A personalidade da mulher vai influenciar na maneira como ela vai interpretar as diferentes sensações físicas do TP.

O parto afeta as relações da mulher com os grupos com quem convive. Este processo acontece num contexto em que estão incluídos valores, crenças, práticas, cuidados e o seu próprio significado de ser mulher/mãe (Mamede, Mamede & Dotto, 2007). A forma como o tempo, a cultura e a sociedade vêm a maternidade influencia bastante na experiência de gravidez e maternidade da mulher como pessoa única (Canavarro, 2006).

De acordo com a experiência clínica das EESMOG do serviço de obstetrícia de Beja, as posições que as mulheres mais utilizam, por iniciativa própria, durante o TP são as posições nº 2 e nº 10 que se encontram nas figuras nº18 e nº19.

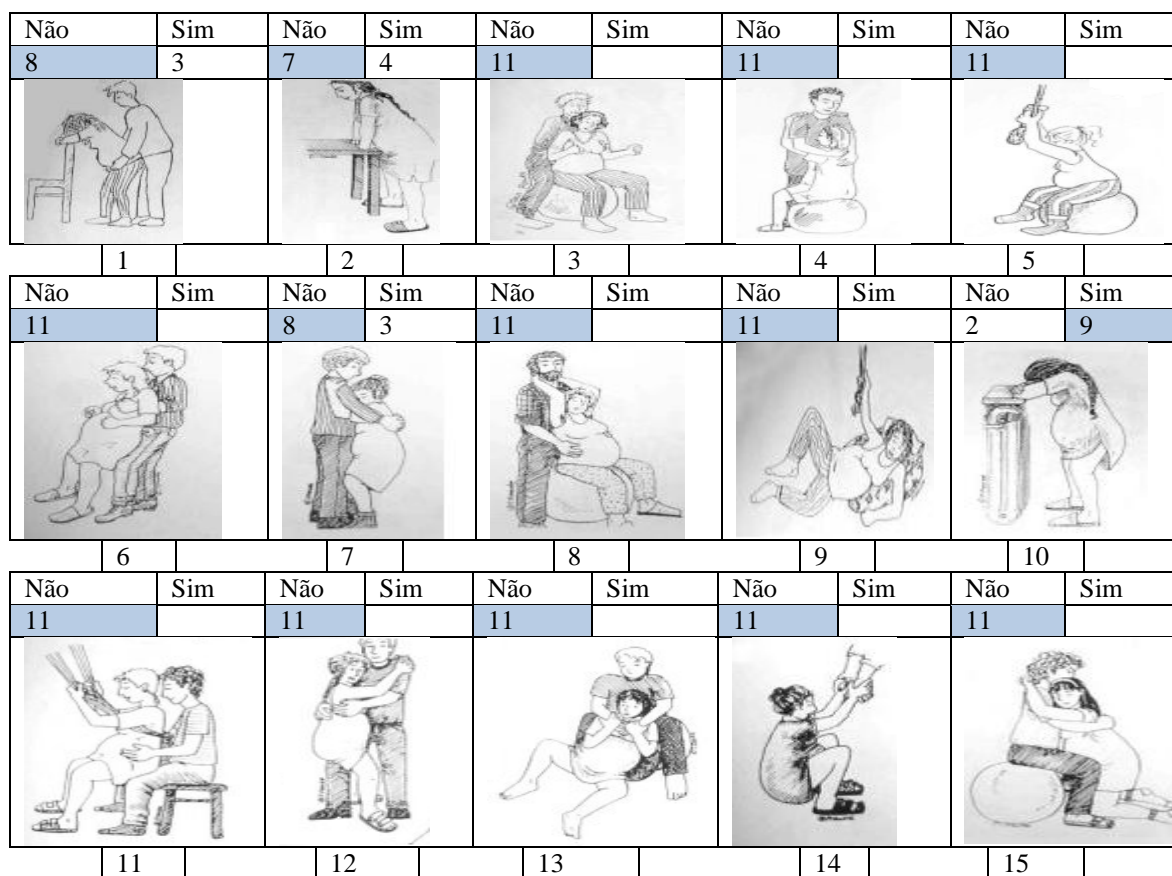




Figura 18- Posições adotadas pelas senhoras durante o TP



Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim		N	%
8	3	7	4	8	3	2	9			
								Posição 1	3	15,8
								Posição 2	4	21,1
								Posição 7	3	15,8
								Posição 10	9	47,4
								Total	9	100
<b>Posição 1</b>		<b>Posição 2</b>		<b>Posição 7</b>		<b>Posição 10</b>				

**Figura 19- Posições mais adotadas pelas senhoras na percepção das EESMOG**

A posição vertical mostra-se como a preferida da maioria das parturientes inquiridas. Esta postura oferece maior resistência que a horizontal o que permite tonificar a musculatura e aumentar a capacidade respiratória (Jessiman, 2009). Desde há alguns anos, que por todo o mundo, tem sido feito um grande esforço para tentar reintroduzir uma liberdade corporal durante o trabalho de parto. As discussões acerca da autonomia e da participação ativa da parturiente, bem como os argumentos anatomofisiológicos demonstrando a superioridade das posturas verticais em todos os parâmetros da saúde materna e fetal são convincentes. Vários estudos apontam para a redescoberta das posições verticais e da mobilidade materna durante o trabalho de parto, como prática que volta a mostrar evidências vantajosas e seguras para a parturiente. (Bio, Bittar e Zugaib, 2006).

Num paralelo sucinto, através da aplicação do mesmo instrumento a utentes e beneficiárias de cuidados, observou-se que:

- 1) As mulheres parecem reconhecer vantagens na mobilização durante o TP, em posição verticalizada e com apoio do companheiro
- 2) Parece existir algum nível de aproximação entre o que as enfermeiras como técnicas de saúde recomendam às utentes face à percepção que têm das preferências daquelas.

Tal sugere disponibilidade do corpo de Enfermagem para introduzir no seu quotidiano modificações em favor do bem-estar da parturiente

O meio hospitalar garante as condições de segurança e qualidade no nascimento e no parto (Ministério da Saúde, CNSMN, 2006), porém esta institucionalização do parto foi conduzindo para um processo biomédico, cada vez mais apoiado na tecnologia e nos protocolos das instituições. Desta forma as mulheres ficam limitadas a vivenciar o

TP e o parto, apenas tal como é “regra” do Hospital, devendo em vez disso, a instituição, procurar condições que dêem resposta à vontade das parturientes, desde que estas não ponham em risco a sua saúde e do bebé. Atendendo ao facto de que cada vez mais se pratica uma “medicina defensiva”, vão crescendo as experiências de partos instrumentalizados, aumentando o medo do parto vaginal, uma vez que as mulheres acabam por relatar a outras mulheres as experiências, muitas vezes, negativas (Northrup, 2009). Com base neste facto a OMS tem a vindo a propor mudanças nessa assistência, com o intuito de tornar o parto mais personalizado e o mais natural possível (Mamede *et al*, 2004).

### 3.4. Estudos sobre Programas de Intervenção com População-alvo

No nosso país, a deambulação durante o TP, o uso de telemetria e a postura livre da parturiente durante o parto, não são muito comuns. Do que foi possível descortinar na pesquisa feita na Internet e em estudos académicos, identificam-se algumas Salas de Parto onde se aplica. Nomeadamente no Hospital Garcia d’Orta, em Almada e no Hospital de S. João no Porto e crê-se que é utilizada no Hospital de S. Bernardo em Setúbal, nos casos de TP aquático.

No primeiro caso, a postura da parturiente no 2º Estádio do TP foi mesmo objeto de Relatório de Mestrado em SMO na ESESJDUE e posteriormente apresentado em Jornadas de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL]. No caso do Hospital de S. João no Porto, conhece-se a existência de uma sala para TP e parto normal/natural, mas não foi possível identificar estudos realizados sobre o assunto. Ao Sul do Tejo, tanto quanto foi possível pesquisar, não se encontraram referências a metodologia de posturas livres durante o TP e uso de telemetria. Assim, no sentido de desenvolver o conhecimento sobre a abordagem de outros autores e estratégias utilizadas nesta temática, realizou-se uma pesquisa em base de dados. Na secção da metodologia explica-se o procedimento. Os principais resultados encontram-se resumidos no Apêndice C, sendo descritos em seguida.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T. & Styles, L. (2009), efetuaram uma revisão sistemática de literatura através de 21 estudos da Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, sobre as posições e mobilidade da parturiente na primeira fase do trabalho de parto, mostrando que existe evidência científica de que a

deambulação e o facto de as mulheres permanecerem em posições verticais, encurtam em média, hora e meia, no tempo de dilatação e com estas posições as mulheres solicitam menos analgesia epidural. Lawrence *et al* (2009) tentaram ainda relacionar a mobilidade e posições verticais com o tipo de parto, estimulação do trabalho de parto com ocitocina, dor e satisfação materna, mas não se atingiu nenhuma conclusão, uma vez que os estudos analisados não são consistentes no que diz respeito a esses temas. Recomenda esta Revisão Sistemática que a posição materna seja uma opção materna, de acordo com o seu maior conforto (Lawrence, Lewis, Hofmery, Dowswell & Styles, 2009), facto corroborado pela organização Lamaze (2009) ao definir seis passos para um nascimento seguro.

O artigo de Miquelutti, M. A., Cecatti, J.G., Morais, S. S. & Makuch, M. Y. (2009), descreve um ensaio clínico controlado, feito com 107 mulheres, nulíparas, no qual avalia o efeito da posição vertical durante o TP, no que diz respeito à dor e à satisfação das mulheres em relação à posição. Concluiu-se que a posição vertical contribuiu para o alívio da dor e aumentou o conforto e nível de satisfação das parturientes.

Selby, C., Valencia, S., Garcia, L., Keep, D., Jonnie, O. & Jasmine, J. (2012) refletem sobre o facto de ser comum as grávidas de termo recorrerem ao hospital com queixas, mas ainda sem apresentarem trabalho de parto. Normalmente a equipa médica para decidir se interna ou envia para casa, reavalia estas mulheres 1h depois da primeira observação e, se houver dilatação cervical após essa hora a mulher fica internada, se não houver, vai para casa. Estes autores quiseram saber se o nível de atividade ou a posição que as mulheres adotam, pode interferir no desencadear do trabalho de parto e para tal efetuaram o ensaio clínico no qual selecionaram aleatoriamente 63 nulíparas, com gravidez de termo e de baixo risco e dividiram-nas em 2 grupos: um grupo a deambular e outro grupo de repouso no leito a avaliar 1h após a primeira observação. Concluíram que não houve alterações em relação ao desenrolar do trabalho de parto em nenhum dos grupos, sendo que as mulheres devem ser incentivadas a adotar as posições que mais conforto lhes proporcionam e não aquelas que são adotadas por rotina dos hospitais. As mulheres submetidas ao estudo preferiam deambular do que estar de repouso no leito.

### 3.5. Recrutamento da População-alvo

Qualquer investigação junto de pessoas representa uma forma de intromissão na vida pessoal dos sujeitos. O investigador deve garantir a intimidade dos sujeitos e assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível (Fortin, 2009). Seguindo-se estes princípios partiu-se para o recrutamento.

O acesso aos dois grupos-alvo, foi conseguido a partir do momento em que a hierarquia validou o atual Projeto. Assim respeitando os princípios éticos, o recrutamento decorreu da seguinte forma.

1) **Participação das puérperas:** foi feito um convite verbal, durante o internamento, pedindo a sua colaboração no preenchimento do questionário a todas as puérperas internadas no mesmo serviço entre os meses de Fevereiro e Abril de 2013 que se enquadravam nos critérios de inclusão. Desta forma as senhoras tiveram a possibilidade de relembrar a sua experiência do TP, preenchendo os questionários, oferecendo privacidade.

2) **Participação das Enfermeiras:** Todas as EESMOG do Serviço de Obstetrícia do HJJF-EPE foram convidadas a participar no estudo. Foram distribuídos os questionários e pedida a sua colaboração. Acertou-se qual o contentor onde colocar o questionário respondido e local. Acordou-se que seria no Gabinete de Enfermagem.

#### 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

O objetivo de um estudo indica a razão da investigação. É um enunciado declarativo onde são identificadas as variáveis chave, a população-alvo, e a orientação da investigação (Fortin, 2009).

##### 4.1. Objetivos da intervenção profissional

A determinação de objetivos ajuda o investigador a definir os resultados que se desejam obter com a intervenção aplicada, assim como a selecionar estratégias para o desenvolvimento das intervenções. É com base nos objetivos que se desenvolve o processo de avaliação (Fortin, 2009).

É objetivo de intervenção profissional:

- **Construir um programa de assistência à mulher no 1º Estádio do TP com recurso a deambulação e telemetria**

##### 4.1.1. Objetivos a atingir com a população-alvo das Enfermeiras

Os objetivos definidos para a população-alvo especificam e pormenorizam o objetivo da intervenção profissional. Assim, para o grupo das enfermeiras foram definidos os objetivos que seguidamente se enunciam:

- **Caraterizar a atuação das enfermeiras à data de admissão das parturientes**

A atuação dos Enfermeiros à data de admissão das parturientes é geralmente realizada a partir de um esquema que é comum às várias instituições do país. Seguem-se tópicos que informam sobre os dados obstétricos gerais, dados esses recolhidos através de guiões, formulários de entrevista. No caso do atual projeto, houve a preocupação de obter o padrão desses dados gerais de atuação do EESMOG. A partir da caraterização das práticas no grupo é possível orientar para nova atuação e/ou porventura desenvolver ideias para reformulação.

➤ **Efetuar diagnóstico de situação sobre os procedimentos realizados sobre as grávidas**

Dada a importância do momento do nascimento é fundamental contribuir para uma boa experiência da mulher/família, sendo mais fácil agradar, ao conhecer as expectativas da mesma. Na área dos cuidados obstétricos há recomendações de organizações representativas i.e. OMS (1996), Ordem dos Enfermeiros (2012), International Council of Midwives (2008)] que é desejável reproduzir no quotidiano cuidativo que é oferecido pelos EESMOG. No caso do atual Projeto, considerou-se importante registar com pormenor os procedimentos realizados, tendo como referência os tópicos que nomeadamente a OMS (1996) considera como recomendáveis.

➤ **Efetuar diagnóstico de situação sobre a perceção das Enfermeiras quanto à preparação prévia à admissão e os procedimentos desejados pelas parturientes ao longo do TP**

A perspetiva do beneficiário de cuidados, ou seja, a maneira como ele percebe e/ou valoriza os cuidados dos técnicos, é de grande importância. O TP é um momento de grande intimidade, de expressão orgânica e sentimental sem semelhança com outro acontecimento da vida. Corresponder aos desejos das utentes e simultaneamente ter a segurança de que esses procedimentos são também recomendados por organizações representativas, parece ser um diagnóstico de situação justificável e adequado ao atual projeto.

➤ **Informar sobre possíveis lacunas entre as ações desenvolvidas e as expectativas das senhoras**

Ao detetar possíveis lacunas entre as ações desenvolvidas e as expectativas das senhoras, pode-se sugerir alguma alteração com interesse para o bem-estar das parturientes. O TP é um momento singular na vida de uma mulher/família e é essa a perspetiva que importa também ao EESMOG se deseja corresponder às expectativas desse momento singular.

➤ **Sensibilizar a equipa de EESMOG para a importância e as vantagens da deambulação no TP.**

A formação contínua é um elemento fundamental para a atualização de conhecimentos. Nem sempre os profissionais têm possibilidade de frequentar congressos e formações fora do seu território de atuação profissional, pelo que as sessões em serviço são uma excelente oportunidade para ter acesso a informação

atualizada, dando lugar a debate e troca de experiências entre a equipa que a presencia. Com esta apresentação tentou-se motivar a equipa a promover a deambulação durante o TP, mostrando as vantagens que isso pode acarretar.

#### 4.1.2. Objetivos a atingir com a população-alvo das Parturientes

Em intenção semelhante àquela que norteou a abordagem às enfermeiras, realizou-se a abordagem das utentes, definindo para tal os seguintes objetivos:

➤ **Efetuar diagnóstico de situação sobre a perspetiva da parturiente quanto aos procedimentos realizados e desejados por si e prestados pelas EESMOG**

A qualidade das interações entre o que as utentes desejam e os profissionais executam reveste-se de grande significado. Para que os cuidados sejam reconhecidos como cuidados de qualidade deve procurar-se ir ao encontro da expectativa de quem procura o serviço.

➤ **Efetuar diagnóstico de situação sobre as posturas mais recomendadas pelas EESMOG e a perceção das mais utilizadas pelas parturientes ao longo do TP**

É importante dar à mulher em TP a oportunidade de controlar o seu corpo, o mais possível, durante o processo do TP. Saber quais as posturas mais adotadas pelas parturientes pode ajudar a perceber quais as posições que maior conforto proporcionam às mulheres em TP.

➤ **Promover junto das parturientes o uso dos aparelhos de cardiocografia [CTG] com Telemetria**

Ao promover o uso dos aparelhos de CTG com telemetria, rentabilizamos os recursos existentes, que estavam a ser descuidados e esquecidos. Além disso é um serviço de excelência que pode ser oferecido às parturientes que procuram o serviço de Obstetrícia do HJJF-EPE Beja para dar à luz os seus filhos.

➤ **Garantir às parturientes acessibilidade de informação sobre vantagens da deambulação durante o TP**

A gravidez é um momento de integração de informação muito importante. A grávida está atenta a toda a informação que encontra sobre o TP e parto e, cabe a nós

profissionais disponibilizar informação com fundamentação científica para esclarecer e incentivar a comportamentos saudáveis e benéficos para a mãe e para o bebé.

➤ **Motivar as parturientes a deambular durante o TP**

Todas as mulheres desejam o melhor para os seus filhos e o facto de saber que estão a fazer bem não só a si mas também ao seu bebé é motivação forte para orientar os seus comportamentos. Sendo a deambulação durante o TP vantajosa para a mãe e bebé, a grávida deve ser motivada a deambular, tendo noção da eficácia deste método.



## 5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Os cuidados em enfermagem estão em constante mudança e evolução e é necessário atualização permanente para conseguir prestar cuidados diferenciados e de qualidade. Em seguida fundamentam-se as intervenções efetuadas.

### 5.1. Fundamentação das Intervenções

As intervenções associam-se às necessidades identificadas no diagnóstico de situação e dependem os objetivos formulados.

#### **Fase de Preparação do Projeto**

Na fase inicial que marcou este Projeto, foram efetuadas algumas intervenções para conseguir autorizações para a sua aplicação, nomeadamente:

- Apresentação da Proposta de Projeto verbalmente à Diretora de Serviço, à Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia e ao chefe dos Anestesiastas;
- Apresentação da proposta de projeto ao Enfermeiro Diretor via *edoc* e respetiva validação (Apêndice D)
- Apresentação do projeto de estágio à equipa pessoa a pessoa.

➤ Com o objetivo de **Caraterizar os procedimentos realizados pela EESMOG e perceção dos solicitados pela parturiente à data da primeira observação no Bloco de Partos** realizaram-se as seguintes intervenções:

- Organização dos procedimentos conforme orientações da OMS (OMS, 1996).
- Aplicação de um questionário a todas as EESMOG do serviço de Obstetrícia de Beja, construído conforme Secção 1 do Apêndice E.

O primeiro contato entre as EESMOG e as parturientes é fundamental para todo o desenrolar do processo de parto, pois é nesta altura que o profissional desenha a perceção de necessidades de assistência da utente. Tendo como orientação os padrões da OMS (1996), o tomar consciência sobre o paralelo entre o que realiza no seu papel e as

solicitações das utentes, dão-lhe porventura noção do equilíbrio técnico-relacional desejável

➤ Com o objetivo de **Efetuar diagnóstico de situação sobre os procedimentos realizados sobre as parturientes durante a fase ativa do Trabalho de Parto** realizaram-se as seguintes intervenções:

- Organização dos procedimentos em dimensões conforme modelo teórico de enfermagem aplicado HJJF
- Aplicação de questionário a todas as EESMOG (Secção 3 do Apêndice E do instrumento citado anteriormente)

Para levar a cabo um projeto, é necessário conhecer aquilo que existe no início da abordagem e o que é desejável ocorrer. Desta forma poder-se-á identificar um padrão e propor medidas inovadoras.

➤ Com o objetivo de **efetuar diagnóstico de situação sobre a perceção de preparação prévia à admissão e os procedimentos desejados pelas parturientes ao longo do TP** realizaram-se as seguintes intervenções

- Organização dos procedimentos em dimensões conforme modelo teórico de enfermagem aplicado HJJF
- Aplicação de questionário a todas as EESMOG (Secção 2 do Apêndice E do instrumento citado anteriormente)

Consciencializar as EESMOG sobre os procedimentos enraizados no seu quotidiano cuidativo face àqueles outros que encontra nas parturientes, poderá porventura levar à reflexão sobre a figura mais relevante durante a experiência de nascimento.

➤ Com o objetivo de **efetuar diagnóstico de situação sobre as posturas mais recomendadas pelas EESMOG e a perceção das mais utilizadas pelas parturientes ao longo do TP** realizaram-se as seguintes intervenções

- Organização de pictograma com 15 posturas
- Aplicação de questionário a todas as EESMOG (Secção final do Apêndice E do instrumento citado anteriormente)

Na atualidade dos cuidados obstétricos, as posturas mais ativas da mulher durante o TP são defendidas como facilitadoras na experiência. Assim considerou-se de interesse tornar evidente para o EESMOG a relação entre o que habitualmente realiza e a percepção que possui sobre o que a mulher desejaria que ocorresse.

➤ Com o objetivo de **efetuar diagnóstico de situação sobre a perspetiva da parturiente quanto aos procedimentos realizados e desejados por si e prestados pelas EESMOG** realizaram-se as seguintes intervenções:

- Organização de questionário similar ao aplicado aos profissionais de saúde, mas recolhendo a perspetiva da parturiente
- Aplicação do questionário às puérperas, no momento do internamento no puerpério para que se preservasse uma memória próxima (Apêndice F).

Os cuidados centrados na utente são uma corrente atual. Contudo por razões culturais é frequente as parturientes sujeitarem-se a normas sobre as quais procuram informar-se e cumprir, assumindo como seus, procedimentos que dominam no ambiente de cuidados de saúde. Tem assim interesse conhecer as expectativas das senhoras perante as intervenções que lhe vão ser efetuadas, quando são internadas para ter o seu filho.

➤ Com o objetivo de **promover o uso dos aparelhos de cardiocografia com Telemetria**, realizaram-se as seguintes intervenções

- Pesquisou-se sobre o método
- Estabeleceram-se critérios de utilização
- Convidou-se à participação de parturientes, informando sobre a existência dos aparelhos e possibilidade de utilização dos mesmos
- Incentivou-se a equipa a utilizar o equipamento.

O serviço de Obstetrícia do H.J.J.F. de Beja possui material e equipamento que se considera atual, mas é pouco utilizado, como é o caso da telemetria. Reavivar a atualização desses recursos em benefício da utente e provar que tal é exequível é um desafio bem-vindo, pois acrescenta outros procedimentos (i.e. deambulação) que facilitam o evoluir do TP.

➤ Com o objetivo de **Informar sobre possíveis lacunas entre as ações desenvolvidas e as expectativas das senhoras** realizaram-se as seguintes intervenções

- Construção de um dossier informativo contendo evidências científicas sobre as vantagens da deambulação durante o TP (Apêndice G)
- Sessão de formação à equipa enfermagem (Apêndice H).

Uma equipa informada sobre as evidências e motivada para a qualidade da assistência durante o TP é um valioso requisito. Assim, considerou-se de interesse não só a informação-formação imediata que a apresentação do projeto provoca, mas também a informação-formação mais tardia e em atitude reflexiva, que a bibliografia proporciona. De facto ter acessível essa informação pode a maior prazo sedimentar conhecimento e levar a boas-práticas.

➤ Com o objetivo de **sensibilizar a equipa de EESMOG para a importância e as vantagens da deambulação no trabalho de parto** realizaram-se as seguintes intervenções

- Sessão de reflexão sobre o projeto em grupo alargado com a equipa de enfermagem do Serviço de Obstetrícia do HJFF-EPE, Beja
- Sessão de formação sobre as vantagens da deambulação durante o trabalho de parto (Apêndice H), tendo sido feito um plano de sessão (Apêndice I) e uma folha de avaliação da sessão (Apêndice J).
- Exposição da análise final da revisão sistemática da literatura feita sobre o tema em estudo (Apêndice C).
- Exposição dos resultados dos questionários
- Discussão sobre o tema da Deambulação durante o TP
- Discussão sobre o uso dos aparelhos de telemetria em vários momentos no decorrer do estágio e após a sessão de formação em serviço.
- Elaboração de um poster sobre as vantagens da Deambulação durante o TP (Apêndice K).

- Elaboração de um folheto sobre as vantagens da deambulação durante o TP e os meios existentes no Serviço de Obstetrícia para promover o método (Apêndice L).

A reflexão em grupo profissional constitui um móbil valioso. No caso, organizar esta reflexão a partir de dados, fontes teóricas e empíricas, constatação de práticas locais, exposição e assunção de procedimentos, constitui um objetivo operacionalizado que fomentará abertura a novas metodologias de trabalho na assistência à mulher em TP.

- Com o objetivo de **garantir às parturientes acessibilidade de informação sobre vantagens da deambulação durante o TP** desenvolveram-se as seguintes intervenções:

- Exposição das razões fundamentadas cientificamente através de informação em grandes dimensões
- Promoção da autonomia decisória da parturiente

Sempre que é abordado um tema que implique mudança de comportamentos é fundamental disponibilizar fundamentação científica que justifique essa diretiva. O facto de se poder distribuir a informação às senhoras no momento da admissão e de a expor em grandes dimensões é um grande contributo para o sucesso da aplicação desses comportamentos e fica sempre acessível a todas as mulheres independentemente do profissional que a admitiu estar também ele sensibilizado para o tema ou não, proporcionando às senhoras uma opção mesmo que esta não seja sugerida pelo profissional.

- Com o objetivo **de motivar as parturientes a deambular durante o TP** foram planeadas as seguintes intervenções:

- Informação pessoa-a-pessoa à data da admissão da parturiente
- Leitura conjunta com a parturiente do folheto construído
- Visita ao serviço para mostra de equipamento [telemetria], espaço disponível, possibilidades que a unidade oferece

Para garantir que a informação chega ao seu destino a melhor forma será conduzi-la até lá, isto é, dirigida pela pessoa do EESMOG para a parturiente, seja com ajuda de suporte de folheto ou imagens (nomeadamente o poster) ou apenas por uma

conversa com linguagem acessível junto dos recursos materiais existentes no serviço para pôr em prática tais ações.

## 5.2. Metodologias

A fase metodológica, é por muitos autores designada com a fase de desenho da investigação, pois refere-se ao plano detalhado criado pelo investigador com a finalidade de conseguir que o estudo obtenha respostas válidas, garantindo a fiabilidade e qualidade dos resultados. É o que permite que o investigador concretize o seu projeto (Schneider, D. et al, 2008).

Para melhor exposição das metodologias aplicadas, segue-se uma exposição através das várias fases.

### **Fase de Preparação do Projeto**

#### ➤ Pesquisa em Bases de Dados e Revisão de Literatura

Para fundamentar este projeto foi feita uma pesquisa documental de artigos respeitantes ao tema em estudo, seguindo-se os procedimentos:

#### **Bases de Dados:**

CINAHL Plus with Full Text, Medline with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Medclatrina, Academic Search Complete, Scielo

#### **Palavras-Chave:**

1ª Pesquisa: Utilizaram-se como palavras-chave: “Walking”, “Labor” e operador booleano: “and”.

2ª Pesquisa: Utilizaram-se as palavras-chave “Parto”, “posição vertical” e operador booleano “and”

3ª Pesquisa: Utilizaram-se as palavras-chave “Deambulação”, “Parto” e operador booleano “and”

#### **Crítérios de Inclusão e limites:**

Selecionaram-se artigos publicados entre 2008 e 2012, com texto completo disponível, com qualquer autor enfermeira.

### **Resultados:**

Foram encontrados vários artigos que focam essencialmente os cuidados à mulher durante o TP no sentido de aliviar a sua dor. A partir da leitura do *abstract* dos artigos encontrados, foram selecionados aqueles que analisaram os efeitos da deambulação no trabalho de parto. Foram ainda utilizadas como leituras suplementares livros técnicos de Obstetrícia /Ginecologia como suporte teórico elementar.

➤ Contatos com a hierarquia no sentido de apresentar, defender e validar o Projeto

A abordagem da hierarquia constituiu também um passo inicial, já que a implementação do Projeto necessitava a sua validação institucional. Foram feitas reuniões, nas quais foi exposto o tema e a intenção do projeto, justificando o mesmo a fim de rentabilizar os meios materiais existentes e com o principal objetivo de proporcionar às parturientes do Serviço de Obstetrícia a oportunidade de dispor de um serviço de grande qualidade, tão incentivado por todas as organizações de saúde, como é a deambulação com o uso da telemetria durante o TP.

### **Fase de Diagnóstico de Situação**

Sendo um dos princípios da enfermagem o saber cuidar, é importante saber se as pessoas de quem cuidamos ficam satisfeitas com a nossa prestação, ou se existe algo possamos melhorar. Neste sentido foram aplicados questionários à equipa de enfermagem e às puérperas com as mesmas questões, a fim de cruzar dados e efetuar o diagnóstico da situação. Todas as puérperas e enfermeiras especialistas incluídas no estudo, assinaram um consentimento livre e esclarecido para a participação neste percurso (Apêndice E e Apêndice F).

### **Fase de Implementação do Projeto**

➤ Divulgação da metodologia de Telemetria e Deambulação

Durante a vigilância do trabalho de parto a mulher é aconselhada a deambular, pois o posicionamento da mulher interfere nas adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher no TP (Lowdermilk & Perry, 2008). Existem ainda algumas barreiras quanto ao uso dos aparelhos de telemetria sem fios no Serviço de Obstetrícia do HJJF-EPE, Beja,



nomeadamente dificuldades técnicas e de falta de experiência de utilização do equipamento, sendo por isso a monitorização fetal feita na maioria das vezes de forma contínua no leito.

Considerou-se importante efetuar uma sessão de formação à equipa de enfermagem, com o tema das vantagens da deambulação no TP e uma breve formação sobre o funcionamento dos aparelhos de telemetria.

➤ **Elaboração de um Poster informativo**

A elaboração de um poster informativo foi uma estratégia para conseguir captar a atenção das grávidas e das EESMOG de forma ilustrativa, sobre as vantagens da deambulação durante o TP. A informação em grandes dimensões fica assim patente para cuidadores e beneficiários.

➤ **Elaboração de um folheto informativo**

A elaboração do folheto informativo foi outra estratégia para conseguir levar até às grávidas a informação sobre os benefícios e as vantagens da deambulação no TP, de forma simples e acessível.

### 5.3. Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas

#### **Fase de Preparação do Projeto**

##### ➤ Pesquisa em Bases de Dados e Revisão de Literatura

A pesquisa em Base de Dados Científicas constituiu uma excelente via para desenvolvimento de conhecimentos e argumentação sobre a importância do Projeto. O facto de ter contactado com evidências, por exemplo através da *Cochrane Collaboration* levou a clarificar conceitos, conhecer exemplos que contribuíram para a defesa da ideia do Projeto

##### ➤ Contatos com a hierarquia no sentido de apresentar, defender e validar o Projeto

No papel simultâneo de profissional de Enfermagem do HJJF-EPE e de mestranda na ESESJDUE era desejável atingir os objetivos do atual Projeto, tanto no campo profissional como no de estudante. Assim houve que encontrar o equilíbrio entre aquilo que em termos de formação é exigido e as contingências e condições encontradas no campo prático. Este equilíbrio foi encontrado através da argumentação apresentada. A hierarquia, sensível à mudança, validou o projeto, identificando benefícios para a instituição.

#### **Fase de Diagnóstico de Situação**

##### ➤ Recolha de dados

Optou-se por uma metodologia quantitativa na recolha de dados realizada junto das enfermeiras e puérperas. A opção tomada garantia maior rapidez na obtenção da informação e posterior análise. O consentimento informado e respeito ético pelos participantes dos dois grupos-alvo foi contemplado

##### ➤ Análise dos dados dos questionários

Optou-se por aplicar instrumentos de auto-preenchimento às enfermeiras e puérperas para manter a confidencialidade, deixando mais espaço para as pessoas responderem o que realmente pensam sem receio de serem julgadas com base na sua opinião, pois o ambiente de estudo é um meio pequeno, onde as pessoas se conhecem. Os elementos das populações alvo, mostraram-se participativas no preenchimento dos questionários, no entanto houve algumas questões que não foram respondidas. Ainda assim, foi possível ter uma perceção da atuação das enfermeiras à data de admissão das

parturientes, assim como os principais receios e expectativas das senhoras relacionados com o TP.

### **Fase de Implementação**

#### ➤ Construção de Dossier de Evidências Científicas sobre Deambulação e Telemetria

A organização de um *dossier* de evidências tornou possível levar à equipa, de uma maneira facilitada, novos conhecimentos e vantagens sobre estas metodologias de cuidados durante o TP. O facto de propiciar o contato com evidências, permite à equipa um certo questionamento no sentido de acompanhar e atualizar-se nos cuidados.

#### ➤ Elaboração de um Poster informativo

A elaboração de um poster informativo foi uma estratégia com 2 faces. Por um lado para o ambiente profissional abria-se um certo comprometimento com a metodologia da telemetria e deambulação, já que se é afixada no serviço, veicula possibilidades para as utentes. Por outro lado, para as utentes pode oferecer empoderamento, pois se são concordantes com a telemetria e deambulação, com maior facilidade a requerem junto dos profissionais.

Foi decidido com a enfermeira chefe o local onde afixar o poster. Optou-se por coloca-lo no corredor do serviço, junto das enfermarias que dizem respeito ao internamento das grávidas, para que possa ser lido pelas utentes que são admitidas no serviço.

#### ○ Elaboração de um Folheto informativo

Os folhetos foram colocados junto dos outros folhetos informativos existentes, que são distribuídos às grávidas quando visitam o serviço ou quando são internadas, ficando estas com a informação sobre os recursos existentes e a possibilidade de ter um TP mais dinâmico.

#### ○ Sensibilização da equipa

A intenção do atual projeto foi divulgada pessoa a pessoa, conseguindo captar a atenção de toda a equipa e deixa-la desperta para colaborar na execução do mesmo.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

São elementos essenciais face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros, a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora

do desenvolvimento profissional e da qualidade e a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;

A sessão de formação foi efetuada no gabinete médico do serviço de obstetrícia para facilitar a presença da equipa. Foi um momento que permitiu o contato entre os profissionais e a discussão em grupo sobre um tema há já alguns meses latente no ambiente de cuidados, dado ter-se aqui realizado o Estágio Final. Foi extremamente produtiva, pois deu inclusive a oportunidade de expor perante a enfermeira chefe as principais dificuldades encontradas pelas EESMOG, perante o uso dos aparelhos de telemetria.

○ Avaliação da Sessão de Formação

Foi feito um impresso de avaliação da sessão, o qual foi preenchido por todos os elementos que assistiram à apresentação. Os resultados demonstram que a sessão cumpriu o objetivo proposto. Relativamente à avaliação global da formação a opinião do grupo foi extremamente satisfatória, tendo o grupo considerado a apresentação dotada de conteúdo muito importante para a melhoria da prestação de cuidados, os recursos usados foram os possíveis, uma vez que são os recursos existentes no hospital, dispensados aos profissionais pelo gabinete de formação para efetuar as sessões de formação em serviço e todo o grupo considerou que a formadora teve um bom desempenho, dominando o assunto exposto (ver Apêndice J).

#### 5.4. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

Os recursos constituem as vias e meios através dos quais se pode por em marcha o planeamento de projetos e atividades. Conforme Serrano (2008) é conveniente prever e ter conhecimento dos recursos humanos e económicos, em fase precoce, logo desde os momentos iniciais do diagnóstico.

A aplicação do projeto decorreu no serviço de Obstetrícia do H.J.J.F. de Beja e todas as intervenções foram realizadas no mesmo. Foram usados vários recursos materiais para conseguir desenvolver as intervenções necessárias para atingir os objetivos delineados.

No campo da preparação e apresentação do Projeto aos colegas e sua formação:

- Papel
- Computador

- Impressora
- Canetas
- Projetor (Datashow)
- Tela projetora
- Sala para formação (cadeiras, mesas)

No campo de aplicação clínica

- Bola de Pilates
- Aparelho de telemetria
- Chuveiro

### **Recursos Humanos**

Estiveram envolvidos no projeto os profissionais necessários à implementação do mesmo nomeadamente a Senhora Presidente do Conselho de Administração, o Presidente do Departamento da Saúde da mulher e da Criança, o Enfermeiro Diretor, a Diretora do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Beja [SOHB], a Enfermeira Chefe do SOHB, os médicos obstetras a exercer funções no SOHB, os médicos anestesistas a exercer funções no mesmo serviço, a equipa de EESMOG e a equipa de enfermeiras generalistas a exercer funções também no SOHB.

### 5.5. Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

Para poder dar vida ao projeto foi necessário solicitar autorizações aos superiores hierárquicos e todos os chefes de serviço envolvidos. Foram feitas reuniões com a enfermeira chefe do serviço de obstetrícia, com a médica obstetra diretora do serviço de obstetrícia e também com o médico anestesista, chefe da equipa de anestesistas das ULSBA. Em todas estas reuniões apresentei informalmente o meu projeto, a minha motivação para o desenvolver e os meios necessários.

- Reunião com enfermeira chefe a 10 de Julho de 2012

A enfermeira chefe do serviço de obstetrícia considerou o projeto interessante, com possibilidade de ser efetuado, mas com necessidade de angariar o apoio da equipa multidisciplinar, principalmente dos médicos obstetras e anestesistas, para conseguir que até as senhoras que efetuam analgesia epidural continuassem a deambular durante o TP, o que para ela (enfermeira chefe) lhe pareceu uma tarefa muito complicada e difícil de ser conseguida. Face a estas considerações, redobrou-se o empenho. Assim, contactou-se a médica diretora do Serviço de Obstetrícia e o médico responsável pela equipa de anesthesiologia, no sentido de avaliar a possibilidade de aceitação do projeto

- Reunião com a diretora de serviço a 12 de Julho de 2012

A Direção Médica considerou o projeto interessante, de bastante valor, referindo contudo a inexistência de condições ótimas para o levar a cabo. Justificações tais como a pequena dimensão do serviço, as muitas valências, o pouco espaço. Pelo que, para que a norma seja exequível tem de cumprir algumas condições impostas pela diretora, nomeadamente: só podem deambular duas senhoras de cada vez no corredor, sem acompanhantes e preferencialmente durante a fase latente, ou seja, nas senhoras que ficam internadas ainda sem TP com indicação para induzir o TP.

- Reunião com chefe da equipa de anestesistas a 20 de Julho de 2012

Em reunião com o médico chefe de Anesthesiologia, a argumentação utilizada solicitava o apoio da equipa, nomeadamente nas situações de analgesia epidural, porém considerou o projeto pertinente e interessante de ser aplicado no nosso hospital. Ficou planeada a abordagem do assunto com a equipa de anesthesiologia na próxima reunião de serviço. Foi exposto interesse por parte dos médicos anestesistas em efetuar um estudo

para analisar a percepção da dor da técnica da analgesia epidural, prevendo uma possível colaboração entre a equipa de médicos anestesistas e a equipa de EESMOG. Após estas reuniões, foi elaborada uma carta (*Edoc*) para o Conselho de Administração da ULSBA, pedindo autorização para por em prática o meu projeto no serviço, enviando em anexo a proposta de dissertação e os questionários que pretendia aplicar (Apêndice M). Alguns meses depois atingiu-se uma resposta positiva.

#### 5.6. Análise da Estratégia Orçamental

Os gastos do Projeto e atual Relatório estiveram a cargo da mestranda, tendo sido o valor do poster e sua moldura, papel e tinteiros de impressora para impressão dos questionários e folhetos e valor da impressão e encadernação do presente relatório em triplicado.

#### 5.7. Cumprimento do Cronograma

O Cronograma inicialmente traçado apresentava datas diferentes das que foram posteriormente aplicadas as intervenções. Houve inúmeros contra tempos entre eles dificuldade em gerir a elaboração do relatório com o horário profissional. Foram realizados episódios de contato através de conferências via Skype com a professora orientadora. De facto por razões pessoais e profissionais houve necessidade de optar por adiamento de algumas etapas. Conciliando os vários aspetos, apesar do adiamento, o projeto foi cumprido nos seus objetivos e aplicadas as estratégias.

## 6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

### 6.1. Avaliação dos objetivos

Relativamente aos objetivos traçados no projeto de estágio (Apêndice D), respeitaram-se na sua intenção principal, mas alguns foram aperfeiçoados na formulação. Foram cumpridos na sua maioria. O aspeto não cumprido diz respeito à reformulação da norma da vigilância do TP e deveu-se à dificuldade de encontrar horário compatível com a enfermeira responsável pelo gabinete de qualidade do HJJF-EPE.

Resumidamente:

- 1) O projeto foi aprovado pelo CA e superiores hierárquicos implicados
- 2) A caracterização da atuação das EESMOG do Hospital de Beja quer na admissão, quer durante o acompanhamento durante o TP, foi conseguida. Evidenciou-se alguma divisão de atuações no que diz respeito às novas metodologias não farmacológicas a adotar durante o TP para controle da dor. Observou-se uma tendência para maior abertura das profissionais mais recentemente especializadas na adesão a métodos não farmacológicos.
- 3) Tendo em conta os procedimentos realizados sobre as grávidas, analisados nos questionários, constata-se que a postura das mulheres tende a ser algo passiva, subordinada às regras que estão implementadas, ou que as próprias utentes julgam estar implementadas; de facto a transmissão oral é um potente meio de divulgação tanto em sentido positivo como negativo
- 4) O diagnóstico de situação sobre a perceção de preparação prévia à admissão e os procedimentos desejados pelas parturientes ao longo do TP foi realizado através da análise dos questionários feitos às puérperas durante o seu internamento. Na maioria dos casos as senhoras efetuaram depilação na região púbica, preocuparam-se em tomar banho e em comer antes de sair de casa. Durante o TP as senhoras valorizam muito o apoio das enfermeiras, a possibilidade de ter o marido/pessoa significativa a acompanhar e o facto de poderem ter liberdade de movimentos, sem ter de ficar confinada ao leito.



5) A fim de encontrar lacunas entre as ações desenvolvidas e as expectativas das senhoras, durante a sessão de formação feita às EESMOG, a equipa foi informada sobre o que as parturientes esperam que lhes seja feito, das possibilidades que existem em responder a estas necessidades e houve espaço para discutir alguns procedimentos, que apesar de serem recomendados pela OMS ainda nem sempre são postos em prática.

6) No geral, a equipa foi sensibilizada e motivada para a utilização da telemetria e deambulação no trabalho de parto em todos os turnos, demonstrando dedicação em aplicar o novo método às parturientes.

7) O diagnóstico de situação sobre as posturas mais recomendadas pelas ESMO e a perceção das mais utilizadas pelas parturientes ao longo do TP foi conseguido através da análise do questionário feito às EESMOG, mostrando que as posturas verticais são as mais adotadas.

8) O uso dos aparelhos de cardiocotografia [CTG] com Telemetria passou a ser promovido e até mesmo solicitado pelas grávidas que foram internadas em TP no H.J.J.F. de Beja. Algumas grávidas demonstravam algum conhecimento da possibilidade do uso do novo método de vigilância do bem-estar materno-fetal uma vez que tinham tido amigas que puderam usufruir desse mesmo método durante o seu TP. Supõe-se que nos grupos de mulheres grávidas, a passagem de informação é veloz. Tal pode ter sido potenciado pelo facto de o projeto estar localizado numa cidade do interior, com hábitos provincianos, onde a transmissão oral de informação tem forte peso

## 6.2. Avaliação da Implementação do Programa

Apesar de constrangimentos de tempo e recursos, considera-se que este projeto iniciou um passo significativo na filosofia de assistência à parturiente. O facto de este assunto ter tido vários momentos de discussão serviu para lhe dar protagonismo, suscitando a curiosidade de quem desconhecia o método e encorajando quem se sentia inseguro em usa-lo. Os aparelhos outrora guardados numa sala pouco visitada, para que não ocupassem espaço útil, foram colocados sistematicamente na sala principal de acolhimento de grávidas em TP, a fim de serem usados com prioridade.

Prevê-se a informação aos Centros de Saúde sobre a nova metodologia de assistência no TP, com o intuito de divulgar às grávidas através das consultas com as

EESMOG ou nas aulas de preparação para a parentalidade e está em curso a sugestão de alteração da norma da vigilância do TP acrescentado este procedimento (a deambulação) como um procedimento a recomendar sempre que possível, recorrendo ao uso dos aparelhos de telemetria.

Para conseguir implementar o projeto, foi necessário cativar a equipa multidisciplinar implicada no processo de vigilância do trabalho de parto da mulher internado no serviço de Obstetrícia do H.J.J.F. de Beja. Para além da equipa de enfermagem, fundamental para dar continuidade, foi também necessário o apoio e aceitação do projeto por parte da restante equipa multidisciplinar, para que, mesmo após a administração de analgesia epidural, as senhoras conseguissem andar e alternar de posturas, caso sentissem essa vontade, assim como solicitar permissão aos médicos obstetras de serviço para deixar as senhoras deambular mesmo com bolsa de águas rota, tendo em conta a avaliação feita relativamente à posição da apresentação.

Foi extremamente importante a aceitação do projeto por parte da equipa multidisciplinar, tendo sido por isso possível aplicar o projeto em várias senhoras, que mostraram ficar felizes com a “inovação” no serviço, colaboraram bastante em todas as situações propostas. Algum as parturientes chegaram mesmo até a adotar a posição de cócoras durante os esforços expulsivos. Todos os partos decorreram da melhor forma, sem intercorrências indesejadas, muito pelo contrário, com muita cumplicidade entre parturiente e parteira, proporcionando um momento muito feliz para ambas.

**Garantias obtidas e continuidade:** O projeto continua a ser aplicado, principalmente no que diz respeito à colocação dos aparelhos de telemetria nas senhoras que se encontram no primeiro estágio do trabalho de parto. Face a uma nova equipa de anestesiologia, cumpre agora á equipa de Enfermagem, motivar também os novos elementos para estes ganhos em saúde que se obtiveram

Houve oportunidade de falar novamente com a profissional responsável pela equipa de anestesistas que se revelou interessada na interação interprofissional, nomeadamente através da criação de um protocolo. Assim, prevê-se a normatização da *walking epidural*. A cedência da bibliografia consultada para este projeto à equipa de anestesia surge assim como um passo importante na possível aceitação desta metodologia de assistência durante o TP.

Considera-se que a implementação desta metodologia de assistência pode ser uma mais-valia para a instituição e porventura fator de escolha para as mulheres ao decidirem o local de nascimento dos seus filhos.

### 6.3. Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas

De início este projeto foi “desenhado” com horizontes mais ambiciosos dos que posteriormente foram determinados. Era objetivo inicial manter as senhoras a deambular durante o TP até ao período expulsivo. Inicialmente os elementos da equipa multidisciplinar que tiveram conhecimento do plano do projeto, mostraram interesse e apoio, mas a opinião não era unânime e alguns médicos obstetras assim como alguns anestesistas não permitiam manter as parturientes, em situação de bolsa de águas rota [BAR] nem as parturientes que tinham feito analgesia epidural, a deambular. Foi então decidido intervir na fase latente do TP e na fase ativa apenas se a senhora não fizesse analgesia epidural e mantivesse bolsa de águas íntegra, podendo desta forma ter uma atuação mais autónoma, tendo-se identificado então a necessidade de num futuro próximo se vir a desenvolver um protocolo de atuação, definido e aceite pela equipa multidisciplinar. Ou seja, em benefício dos interesses da utente, a união de esforços dos Enfermeiros, Obstetras e Anestesiologistas. A metodologia *Walking Epidural* é uma meta.

## **7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

O desempenho dos cuidadores carece de uma atitude própria para ir ao encontro de outra pessoa e acompanha-la na promoção da saúde. O encontro entre o cuidador e a pessoa que é cuidada segue o objetivo de conseguir que desse encontro resultem laços de confiança (Hesbeen, 2001). É desta maneira que exibimos e auto-comprovamos as nossas competências.

As competências desenvolvidas ao realizar este Relatório foram de várias ordens. A temática assim o proporcionou, já que o investimento foi feito em diversos campos. No que respeita às competências adquiridas, na área do exercício profissional especializado, estabeleceu-se com as parturientes uma relação de ajuda, transmitindo segurança e tranquilidade para melhor lidar com o momento tão emocionante e stressante como é o nascimento de um filho. O facto da deambulação durante o TP ser incentivada, promovendo o uso dos aparelhos de telemetria, em todos os nossos turnos, foi uma forma de demonstrar que mesmo com algumas dificuldades técnicas é sempre possível dar a oportunidade à mulher de ter mais liberdade de movimentos para melhor controlar a dor sentida. A pesquisa feita acerca deste tema permitiu adquirir conhecimentos para apostar na deambulação durante o TP como uma conduta a adotar sempre que possível, pois promove o bem estar da mulher e do bebé, ajudando todo o processo a evoluir de forma positiva.

A aplicação deste projeto possibilitou lidar com várias situações diferentes, uma vez que todas as mulheres são únicas, com personalidades diferentes e vivenciam o processo do TP e parto de forma muito diferente. Isso contribuiu para uma aprendizagem muito gratificante relativamente ao “saber estar”, pois ao dar a oportunidade das mulheres escolherem como querem vivenciar o seu TP sem impor regras rígidas, ficamos a conhecer mais um pouco daquela mulher, conhecendo algumas das suas expectativas perante o TP e parto, além de estar a cumprir o Código Deontológico do Enfermeiro e o modelo bioético, que no artigo 78º refere o “respeito pela autonomia” e “autodeterminação” (OE, 2010). O movimento de Iniciativa ao Parto Normal surgido recentemente faz referência à importância da adoção de várias posturas durante o TP (APEO, 2009). Também a Ordem dos Enfermeiros [OE], orienta o EESMOG para práticas que respeitem o processo fisiológico do parto que incluem, por

exemplo “apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical” (OE, 2012). Tal disposição foi subscrita em 2010 pela Direção Geral de Saúde [DGS] e pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO]

Em resumo e no que respeita a competências profissionais da especialidade consideramos que respondemos às exigências que a Ordem dos Enfermeiros (2011) e que lembramos através da Figura 20, abaixo representada.

Identifica e monitoriza trabalho de parto.	Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.
Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto	Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.
Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.	Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.
Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.	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.
Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto.	

**Figura 20 Competências da EESMOG conforme Ordem dos Enfermeiros (2011)**

No que respeita a competências de ordem geral a realização deste Relatório levou a:

- Competências relativas a metodologia de pesquisa em Bases de Dados: a necessidade de alargar os conhecimentos, explicar ideias, fundamentar posturas e procedimentos assim o exigiram
- Competências relativas a aplicações estatísticas tais como SPSS® e Excel®, o tratamento e apresentação de dados, a ilustração do discurso, levantaram a preocupação e a essa necessidade
- Competências de formadora em serviço: para passar a mensagem aos colegas há que ser convincente, elucidativa; a clareza e

fundamentação do discurso, apoiado nos resultados obtidos no campo foi um aspeto a destacar no desenvolvimento pessoal de competências

Ao terminar este Relatório, resumidamente, poderemos dizer que nos sentimos preparadas para responder às solicitações das parturientes que procuram o HJJF-EPE, Beja, garantindo cuidados de qualidade e excelência, baseados nas diretivas das principais organizações mundiais de saúde. Em simultâneo julgamos que este Projeto trouxe mais-valias para o serviço de obstetrícia do HJJF-EPE de Beja, pois toda a equipa foi sensibilizada para melhorar a sua prestação de cuidados, proporcionando à parturiente a possibilidade de participar ativamente na evolução do seu TP. De facto a instituição conta agora com uma nova metodologia de trabalho na assistência à parturiente.

## 8. CONCLUSÃO

A realização do presente relatório contribuiu para a visualização retrospectiva do meu percurso ao longo desta caminhada, por vezes atribulada, no I curso de Mestrado em ESMO. Desenhar um projeto, elaborá-lo e vê-lo ter continuidade é sem dúvida algo que nos proporciona muito orgulho e satisfação e, é o sentimento presente ao ver o meu serviço com algo iniciado por mim que é reconhecido como algo enriquecedor na prestação de cuidados à mulher grávida em trabalho de parto.

O momento que determina o internamento da mulher para ter o seu filho, é um momento muito desejado e de algum *stress*, por não se saber como vai decorrer todo o processo. Existe muita confusão para a mulher grávida acerca do que é estar em trabalho de parto e, muitas vezes existe uma frustração e alguma revolta quando a grávida é informada de que, apesar de estar a sentir dores, ainda não está “em trabalho de parto”. É muito importante explicar à mulher o que é trabalho de parto. A mulher deve ser informada do seu estado clínico e das opções que tem disponíveis para enfrentar esta fase com segurança e tranquilidade, sendo imprescindível vigiar o bem estar fetal e promover o bem estar materno.

A elaboração de um programa de assistência à mulher no primeiro estágio do trabalho de parto que possibilite a liberdade de movimentos ajuda não só a mulher, como tudo o que a rodeia. O facto de conseguir ajudar a mulher, tranquiliza-a, conseguido ouvir e seguir as orientações da equipa, facilitando todo o processo. Este programa vai de encontro às orientações das principais Organizações de Saúde, no que diz respeito ao acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto.

A telemetria é um método muito eficaz de vigilância do bem estar materno-fetal, que permite a alternância de posturas durante o trabalho de parto, de acordo com a vontade da mulher, deixando nesta um sentimento de maior controle do seu próprio corpo e melhor auto-controle da dor sentida. Ao desenvolver projetos dinâmicos como este, sentimos necessidade de continuar a progredir, a enriquecer os nossos conhecimentos, para conseguir sempre fazer mais e melhor. O serviço que se disponibiliza a ser ambiente de estudo, fica mais rico e as pessoas que nele trabalham e que nele são cuidadas ficam sensibilizadas para assuntos tão importantes como a saúde, bem estar e segurança. A atitude profissional, é de extrema importância na assistência à parturiente, havendo estudos que demonstram que a avaliação das parturientes em



relação à satisfação das suas experiências durante o TP não está relacionada com o nível de dor sentido, alívio da dor e das intervenções médicas, mas sim com as influências das atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde (Davim et al, 2007).

Este projeto veio valorizar os recursos existentes no Serviço de Obstetrícia do HJJF-EPE, dando a oportunidade de este se distinguir de outros que não oferecem esta possibilidade de poder usufruir do uso de aparelhos de telemetria sem fios para vigiar o TP, tornando-se um serviço com cuidados de grande qualidade, que pode vir a ser tomado em consideração por várias grávidas do distrito e não só, que valorizem o facto de poder ter liberdade de movimentos e de poder deambular durante o TP, uma vez que a divulgação da eficácia do método é cada vez maior, seja por quem o aplica, seja até mesmo pela imprensa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Documento de consenso. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Loures: Lusociência
- Bavaresco, G., Souza, R., Almeida, B., Sabatino, J. & Dias, M. (2011). O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (7), 3259-3266.
- Bio, E., Bittar, R. & Zugaib, M. (2006). *Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.vol.28 no.11 Rio de Janeiro. Artigo consultado em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032006001100007&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006001100007&lang=pt) a 16 de Junho de 2013.
- Calvert, J. P., Newcombe, R. G. & Hibbard, B. M. (1982). *An assessment of radiotelemetry in the monitoring of labour*. British Journal of Obstetric and Gynaecology 89(4) 285-291.
- Canavarro, M. C. (Abril de 2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. 2ª edição. Quarteto.
- Castro, J. & Clapis M.(2005). *Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto*. Trabalho extraído da dissertação de mestrado. disponível em [http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48265\\_5776.PDF](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48265_5776.PDF), consultado a 15 de Setembro de 2012.
- Collière, M. (2003). *Cuidar...A Primeira Arte de Vida*. Loures: Lusociência.
- Clube das Mães (2009). *A gestação, o trabalho de parto, o parto e o Pai*. Disponível em <http://clubedemaes.blogspot.pt/2009/03/gestacao-e-o-envolvimento-do-pai.html>, acedido a 20 de Janeiro de 2013.
- Davim, R., Torres, G. & Dantas, J. (2009). Efectividade das estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista Escola Enfermagem USO*, 43(2), 438-445.

- Davim, R., Torres, G. & Melo, E. (Novembro/ Dezembro de 2007). Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(6), 1150-1156.
- Devane, D., Lalor, J. G., Daly, S., McGuire, W. & Smith, V. (2012). *Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing*. Cochrane Database Systematic Review 15 (2)
- Dirección General de Salud Pública (2007). *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*. Disponível em <http://www.federacion-matronas.org/rs/87/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/dee/rclang/es-ES/filename/protpartnat.pdf> acessado a 20 de Maio de 2013.
- Duarte, A., (SD). *Plano de Parto. O que é*. Acessado a 15 de Junho de 2013, disponível em <http://www.amigasdoparto.com.br/plano.html>
- FAME (2010). *Iniciativa Parto Normal*. Disponível em <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal> consultado a 15 de Setembro de 2012.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Graça, L.M. (2010). *Medicina Materno Fetal*. (4ª Ed.). Lisboa-Porto: Lidel.
- Haukkamaa, M., Purhonen, M. & Terano, K. (1982). *The monitoring of labor by telemetry*. *Journal of Perinatal Medicine* 10 (17).
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- International Council of Midwives (2008). *Keeping Birth Normal*. Disponível em [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/PS2008\\_007%20ENG%20Keeping%20Birth%20Normal.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/PS2008_007%20ENG%20Keeping%20Birth%20Normal.pdf) acessado a 10 de Junho de 2013.
- Internacional Council of Midwives (2008). *Mantener partos Normales*. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20->

[%20Spanish/PS2008\\_007%20SPA%20Mantener%20partos%20normales.pdf](#)

acedido a 10 de Junho de 2013.

Jessiman, W. (2009). *Immersion in water: use of a pool by women in labour*. British Journal of Midwifery: 17(9): pp. 583-587

Kolcaba, K. (2007). *The Comfort line*. Acedido em 18 de Janeiro de 2013, disponível em <http://www.thecomfortline.com/home/intro.html>

Lamaze international (2009). *Overview of six Lamaze healthy birth practices*. Acedido em 19 de Outubro 2012 disponível em: [http://www.injoyvideos.com/mothersadvocate/pdf/ma\\_hbyw-summary.pdf](http://www.injoyvideos.com/mothersadvocate/pdf/ma_hbyw-summary.pdf)

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell,, T. & Styles, L. (2009). *Maternal positions and mobility during first stage labour* (Review). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.

Lee, L. & Chalmers, B. (2009). *Position for birth*. Public Health Agency of Canada. 124-126.

Lee, L. & Young, D. (2009). *Starting or speeding up labour*. Public Health Agency of Canada. 127-130.

Lopes, M.F. (2006). *Manual de Estilo da APA: Regras Básicas, American Psychological Association*. Porto Alegre: Artmed.

Lowdermilk & Perry (Eds.) (2006). *Enfermagem na Maternidade* (7.<sup>a</sup> ed., pp. 333-353). Loures: Lusodidacta.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7<sup>a</sup> Edição. Loures: Lusodidacta

Mamede, F., Almeida, A. & Clapis, M.(2004). *Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão*. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=413741&indexSearch=ID>, consultado a 15 de Setembro de 2012.

- Mamede, F., Almeida, A., Souza, L. & Mamede, M. (2007). *A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação*. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692007000600016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692007000600016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt), consultado a 15 de Setembro de 2012
- Mamede, F., Gomes F., Almeida, A., Panobianco, M. & Nakano, A.(2007). *O efeito da Deambulação na Duração da Fase Ativa do Trabalho de Parto*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a11.pdf>, consultado a 15 de Setembro de 2012.
- Mamede, F.; Mamede, M. & Dotto, L.(2007). *Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23.pdf>, consultado a 15 de Setembro de 2012.
- Mazzali, L. & Gonçalves, R. (2008). Análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal. *Ensaio e ciência: C. biológicas, agrárias e da saúde*, 12(1), 7-17.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott [Capítulo 3].
- Miquelutti, M., Cecatti, J., Morais, S. & Makuch, M. (2009). *The vertical position during labor: pain and satisfaction*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, vol.9 nº 4 disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292009000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400002) consultado a 15 de Setembro de 2012.
- Ministério da Saúde, CNSMN (2006). *Organização Perinatal Nacional- Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Consultado a 10 de Janeiro de 2013, disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3B954880-DAE9-4D5B-BD5E-E80350EC8239/0/orgperinatal.pdf>
- Morse, J.M.(1983). *An ethnoscientific analysis of comfort: a preliminary investigation*. *Nursing Papers*.vol. 15 n 1. Pag. 6-20.

- National Services Scotland (2013). Disponível em <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/birth-plan.aspx#close> acessado a 10 de Janeiro de 2013
- NHS (2012). Positions in Labour. Patient Information. Obstetrics & Gynaecology Department. Wrightington, Wigan and Leigh NHS Foundation Trust: Wigan Lane.
- Northrup & Christiane (2009). *Corpo de Mulher. Sabedoria de Mulher*. Vol.II. Lisboa: Sinais e Fogo.
- Odent, M. (2004). *O Nascimento dos Mamíferos Humanos*. Disponível em <http://www.humpar.org/o-nascimento-dos-mamiacuteferos-humanos.html>, consultado a 15 de Janeiro de 2013.
- Odent, M. (2005). *A cesariana*. Lisboa: Miosóti.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Código Deontológico do Enfermeiro DL 104/98. Consultado a 20 de Maio de 2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoSaudeEnsinino.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf> acessado a 21 de Junho de 2013.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento 127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo direito ao parto normal- Uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OMS (1996). Cuidados no parto normal: um guia para a prática. Departamento de Investigação e Saúde Reprodutiva: Genebra.

- Perdomini, F. & Bonilha, A. (2011). *A participação do pai como acompanhante da mulher no parto* Texto contexto - enferm. vol.20 no.3 Florianópolis. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000300004&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300004&lang=pt) acessido a 16 de Junho de 2013.
- Polit, D., Beck; C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (5<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Selby, C., Valencia, S., Garcia, L., Keep, D., Jonnie, O. & Jasmine, J. (2012). *Activity Level During a One-Hour Labor Check Evaluation: Walking Versus Bed Rest*. Disponível em [http://www.nursingcenter.com/prodev/ce\\_article.asp?tid=1308701](http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=1308701) , consultado a 20 de Setembro de 2012
- Serrano G. P. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais*. Porto: Porto Editora
- Schneider, D., Manschein, A., Ausen, M., Martins, J. & Albuquerque, G.(2008). Patient and Family reception in coronary care unit. *Texto & Contexto-Enfermagem*,17, 81-89.
- ULSBA-EPE (2013). Disponível em <http://www.hbeja.min-saude.pt/> acessido a 10 de Janeiro de 2013.
- WHO. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Report of a Technical Working Group. Department of Reproductive Health & Research. World Health Organization. Geneve.

## Apêndices



## Apêndice A- Tratamento de dados das EESMOG

### Caraterísticas Sociodemográficas das participantes

Participaram 11 enfermeiras, com idades<sup>1</sup> compreendidas entre os 30 e os 50 anos e média de 42,2 anos (DP=7,88), referida à data de preenchimento do Questionário.

IdadeParteiras

N	Valid	11
	Missing	0
Mean		42,2727
Median		45,0000
Mode		45,00 <sup>a</sup>
Std. Deviation		7,87516
Minimum		30,00
Maximum		50,00

O tempo de exercício profissional como generalista variou entre os 6 e os 27 anos, com média de 18.55 anos (DP=7,59).

O tempo de exercício profissional como especialistas SMO variou entre 1 e os 16 anos, com média de 7,9 anos (DP=5,24).

	Tempo de Especialista	Tempo de Generalista
N	Valid	11
	Missing	0
Mean	7,91	18,55
Median	7,00	20,00
Mode	1 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
Std. Deviation	5,243	7,594
Minimum	1	6
Maximum	16	27

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

<sup>1</sup> no SPSS faz-se em Transform Compute: na Function group "Data Extraction + na Function and special variables "Xdate.Year e depois a função é: XDATE.YEAR(T1Data2°Questionario) - XDATE.YEAR(T1DataNasciMulher)

### Procedimentos que habitualmente realiza como EESMOG

Os procedimentos realizados com maior frequência à data da admissão da utente, estão assinalados na tabela ao lado em frequências simples		Não	Sim	
	E1 Tricotomia perineal total	3	8	
	E2 Tricotomia perineal parcial	10	1	
	E3 Clister (enema)	10	1	
	E4 Micro-clister	5	6	
	E5 Determ/ Idade Gestacional	11		
	E6 Auscultação dos BCFetais	11		
	E7 Visualização fetal por Eco	9	2	
	E8 Avaliação da TA	1	10	
	E9 Avaliação do Pulso Materno	11		
	E10 Avaliação da temperatura	8	3	
	E11 Estática fetal [M. Leopold]	4	7	
	E12 Cervicometria	1	10	
	E13-Pesar	11		
	E14 Diz para tomar duche	10	1	
E15 Pergunta se tem Plano de Parto	11			
<p>Numa análise de respostas múltiplas<sup>2</sup> observa-se que os seguintes procedimentos são realizados por todas as Enfermeiras:</p> <p>5) Determinação da Idade Gestacional</p> <p>6) Ausculta BCF</p> <p>7) Avaliação do Ritmo cardíaco materno</p> <p>8) Avaliação do peso</p>		Responses	% t of	
		N	Percent	Cases
	Tricotomia perineal parcial	8	8,7%	72,7%
	Clister (enema)	1	1,1%	9,1%
	Micro-clister	6	6,5%	54,5%
	Determ/ Idade Gestacional	11	12,0%	100,0%
Auscultação dos BCFetais	11	12,0%	100,0%	

<sup>2</sup> Analyse; Multiple responses

Os procedimentos menos realizados, realizados por 1 enfermeiras, são:  3) O Enema  4) Oferta de duche	Visualização fetal por Eco	2	2,2%	18,2%
	Avaliação da TA	10	10,9%	90,9%
	Avaliação do Pulso Materno	11	12,0%	100,0%
	Avaliação da temperatura	3	3,3%	27,3%
	Estática fetal [M. Leopold]	7	7,6%	63,6%
	Cervicometria	10	10,9%	90,9%
	Pesar	11	12,0%	100,0%
	Diz para tomar duche	1	1,1%	9,1%
		92	100,0%	836,4%
	a. Dichotomy group tabulated at value 1.			

### Procedimentos que a Parturiente habitualmente solicita

<p>Os procedimentos solicitados com maior frequência pela utente à data da sua admissão, estão assinalados na tabela ao lado em frequências simples</p>		Não	Sim																														
	S1 Tricotomia perineal total	11																															
	S2 Tricotomia perineal parcial	11																															
	S3 Clister (enema)	11																															
	S4 Micro-clister	11																															
	S5 Qtas semanas tem de gravidez	11																															
	S6 “Ouvir” o bebe	5	6																														
	S7 “Ver” o bebé por Eco	9	2																														
	S8 Avaliação da TA	11																															
	S9 Avaliação do Pulso	11																															
	S10 Avaliação da temperatura	11																															
	S11 Se bebé está bem posicionado	8	3																														
	S12 Quantos “dedos” tem de dilatação	1	10																														
	S13 Avaliação do peso	11																															
	S14 Pede para tomar duche	11																															
S15 Pede aplicação do Plano de Parto	11																																
<p>Numa análise de respostas múltiplas<sup>3</sup> observa-se que os seguintes procedimentos são os mais solicitados pelas parturientes à data da admissão:</p> <p>9) “Dedos” de dilatação</p> <p>Os procedimentos menos solicitados, são:</p> <p>5) “Ver” o bebé por Eco</p> <p>Considere-se que dos 15 procedimentos, apenas 4 são identificados pelas Enfermeiras como requeridos pelas parturientes.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4"><b>\$BB Frequencies</b></th> </tr> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Responses</th> <th rowspan="2">% of Cases</th> </tr> <tr> <th>N</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>“Ouvir” o bebe</td> <td>6</td> <td>28,6%</td> <td>54,5%</td> </tr> <tr> <td>“Ver” o bebé por Eco</td> <td>2</td> <td>9,5%</td> <td>18,2%</td> </tr> <tr> <td>Se o bebé está bem posicionado</td> <td>3</td> <td>14,3%</td> <td>27,3%</td> </tr> <tr> <td>Quantos “dedos” tem de dilatação</td> <td>10</td> <td>47,6%</td> <td>90,9%</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>21</td> <td>100,0%</td> <td>190,9%</td> </tr> </tbody> </table>			<b>\$BB Frequencies</b>					Responses		% of Cases	N	Percent	“Ouvir” o bebe	6	28,6%	54,5%	“Ver” o bebé por Eco	2	9,5%	18,2%	Se o bebé está bem posicionado	3	14,3%	27,3%	Quantos “dedos” tem de dilatação	10	47,6%	90,9%	Total	21	100,0%	190,9%
<b>\$BB Frequencies</b>																																	
	Responses		% of Cases																														
	N	Percent																															
“Ouvir” o bebe	6	28,6%	54,5%																														
“Ver” o bebé por Eco	2	9,5%	18,2%																														
Se o bebé está bem posicionado	3	14,3%	27,3%																														
Quantos “dedos” tem de dilatação	10	47,6%	90,9%																														
Total	21	100,0%	190,9%																														

<sup>3</sup> Analyse; Multiple responses

	a. Dichotomy group tabulated at value 1.
--	--

<b>O que as parturientes fizeram em casa antes de ir para a maternidade</b>				
		Não	Sim	
	1 Tricotomia ou depilação <b>total</b> dos pelos púbicos	4	7	
	2 Tricotomia ou depilação <b>parcial</b> dos pelos púbicos	8	3	
	3 Não fizeram nada nos pelos púbicos	5	6	
Relativamente à tricotomia constata-se que de acordo com a observação das enfermeiras a maioria das parturientes chega à admissão com a tricotomia ou depilação completa do púbis	<b>\$m Frequencies</b>			
		Responses		% of Cases
		N	Percent	
	Tricotomia ou depilação total dos pelos púbicos	7	43,8%	63,6%
	Tricotomia ou depilação parcial dos pelos púbicos	3	18,8%	27,3%
	Não fizeram nada nos pelos púbicos	6	37,5%	54,5%
	Total	16	100,0%	145,5%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				

		C2 Banho-Duche	1 Sim	9
			2.Não	2

		Não	Sim
	1 Enema [clister]	11	
	2 Micro-clister	8	3
	3 Não fizeram nada na limpeza intestinal	5	6

		Não	Sim
	1 Tomaram refeição por receio de terem fome durante o trabalho de parto		4
	2 Não comeram para evitar o vômito		1

**O que perguntam as parturientes na Admissão**

		Não	Sim
	1 Se lhes são dados líquidos orais durante o trabalho de parto	6	5

	Responses		Não	Sim
	N	Percent		
Se durante o trabalho de parto podem ir à casa de banho urinar	6	66,7%	11	
Se têm que urinar na arrastadeira	3	33,3%	5	6
Total	9	100,0%	8	3
			11	

	Responses		Não	Sim
	N	Percent		
Se podem ter acompanhamento da figura/acompanhante significativo	11	55,0%		11
Se a EESMOG vai estar presente no quarto durante o trabalho de parto	1	5,0%	10	1
Se é a mesma EESMOG que a vai acompanhar e fazer o parto	7	35,0%	4	7
Se têm uma campanha para chamar	1	5,0%	10	1
Total	20	100,0%		





	Não	Sim
1 Se os batimentos cardíacos do bebé são ouvidos durante o Trabalho de parto	11	
2 Se podem andar levantadas com “aparelho” para ouvir BCF [telemetria wireless]	8	3
3 De quanto em quanto tempo lhes são feitos toques vaginais durante o trabalho de Parto	9	2
4 Se podem <b><u>não ter soro</u></b> durante o Trabalho de Parto	8	3
5 Se podem <b><u>ter soro</u></b> para auxiliar o trabalho de parto	10	1
6 Se podem <b><u>não lhes ser administrados</u></b> medicamentos para auxiliar a dilatação (i.e. PO...)	11	
7 Se <b><u>lhes são administrados</u></b> medicamentos para auxiliar a dilatação (i.e. PO...)	4	7
8 Se há impressos/folhas próprias para registar a evolução do Trabalho de Parto	11	
9 Se a episiotomia é evitada a menos que absolutamente necessária	8	3

			Não	Sim
	Responses			
	N	Percent		
Se podem andar levantadas com “aparelho” para ouvir BCF [telemetria wireless]	3	15,8%	11	
De quanto em quanto tempo lhes são feitos toques vaginais durante o trabalho de Parto	2	10,5%	8	3
Se podem não ter soro durante o Trabalho de Parto	3	15,8%	9	2
Se podem ter soro para auxiliar o trabalho de parto	1	5,3%		
Se lhes são administrados medicamentos para auxiliar a dilatação (i.e. PO...)	7	36,8%	8	3
Se a episiotomia é evitada a menos que absolutamente necessária	3	15,8%	10	1
Total	19	100,0%		
			11	
			4	7



	Efetua amniotomia quando a cervicometria	
	Frequency	Valid Percent
0	1	9,1
6cm a 8cm	10	90,9
Total	11	100,0

SEÇÃO 3: Considerando os últimos 2 meses, assinale com X, os procedimentos que mais realizou às parturientes que ficam internadas [considere situações de gravidez vigiada, sem qualquer problema, bolsa íntegra, apresentação apoiada a iniciar a Fase Ativa do Trabalho Parto]

<b>Cuidados que presta na Admissão</b>	
--	--

	Não	Sim
1 Tricotomia <b>total</b> dos pelos púbicos	11	
2 Tricotomia <b>parcial</b> dos pelos púbicos	2	8
3 Indica para tomar Banho-Duche	9	2

	Não	Sim
1 Enema [clister]	10	1
2 Micro-clister	5	6

	Não	Sim
1 Pergunta se deseja tomar refeição por receio de terem fome durante o trabalho de parto	9	2
2 Não oferece refeição leve para evitar o vômito	10	1

<b>Cuidados que presta durante o Trabalho de Parto</b>
--

		Não	Sim
	1 Proporciona líquidos orais durante o trabalho de parto		11
	2 Proporciona alimentos sólidos leves durante o trabalho de parto		11






	<b>Cuidados que presta durante o Trabalho de Parto</b>	Não	Sim
F1 Comer e beber	1 Proporciona líquidos orais durante o trabalho de parto		11
	2 Proporciona alimentos sólidos leves durante o trabalho de parto		11
F2 Eliminação	1 Permite ida à casa de banho para defecar	1	10
	2 Permite ida à casa de banho para urinar	1	10
	3 Usa só a arrastadeira	10	1
	4 Evita o uso de arrastadeira	10	1
	5 Recorre a algaliação	11	
F3 Ambiente seguro	1 Promove acompanhamento da figura/acompanhante significativo		11
	2 Está presente no quarto durante o trabalho de parto	9	2
	3 Acompanha a mulher no Trabalho de parto e faz o parto		11
	4 Quando se ausenta mostra a campainha para chamar	1	10
F4 Mobiliza p <sup>a</sup> alívio dor	1 Recomenda a posição supina (deitada) durante o Trabalho de Parto	7	4
	2 Informa, estimula alternar de posição deitada, sentada, de pé, cócoras, gatas....	6	5
G1 Recursos para alívio da dor	1 Se há materiais utiliza-os [Bola, almofadas, cadeira de baloiço, cordas...]	6	5






	2 Promove o uso do duche quente para alívio da dor	7	4
	3 Apoia presencialmente/ajuda técnicas respiratórias, relaxamento ou outras	4	7
	4 Apoia presencialmente e ajuda no balanceio	9	2
	5 Promove o escurecimento e silêncio durante o Trabalho de parto	7	4
	6 Estimula o acompanhante significativo a fazer massagens	5	6
G2 Alívio da Dor com meios farmacológicos	1 Informa de maneira livre e esclarecida sobre efeitos da Epidural		11
	2 Informa sobre a altura em que podem ser submetidas a Epidural	1	10
	3 Informa de maneira livre/esclarecida de analgésicos [outros que não Epidural]	4	7
G3 Procedimentos técnicos	1 Ausculta os batimentos cardíacos do bebé durante o Trabalho de parto	2	9
	2 Estimula o uso de telemetria ambulatória para BCF [telemetria wireless]	3	8
	3 Reduz ao essencial os toques vaginais durante o trabalho de Parto	1	10
	4 Coloca soro com finalidade de evitar hipoglicemia	4	7
	5 Coloca soro com finalidade de manter acesso venoso	1	10
	6 Coloca PO com finalidade de auxiliar a dilatação	4	7
	7 Regista dados no Partograma		11
	8 Evita Episiotomia a menos que absolutamente necessária	1	10
G4 Expetativas do Período Expulsivo	1 Facilita o parto numa posição à escolha da parturiente	11	
	2 Se tem, utiliza cadeira de partos [comadre]	11	
	3 Leva a parturiente da cama da enfermaria para a sala de partos	1	10






	4 Comanda o período expulsivo dizendo à parturiente quando deve “puxar”	2	9
	5 Dá um espelho para se aperceberem do evoluir do período expulsivo	11	







29. Que posições que mais recomenda às mulheres no Trabalho de Parto [assinale com X ]






Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
11		8	3	11		8	3	10	1
									
1		2		3		4		5	






Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
11		8	3	11		11		3	8
									
6		7		8		9		10	






Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
11		11		11		11		10	1
									
11		12		13		14		15	

Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim		N	%
8	3	8	3	8	3	3	8	Posição 2	3	15,8%
				Posição 4	3	15,8%				
				Posição 5	1	5,3%				
				Posição 7	3	15,8%				
				Posição 10	8	42,1%				
				Posição 15	1	5,3%				
				Total	19	100,0%				
Posição 2		Posição 4		Posição 7		Posição 10				





30. Tendo em conta a sua experiência clínica, quais as posições que as mulheres mais utilizam, por iniciativa própria, durante o **Trabalho de Parto** [assinale as que mais observa]

Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
8	3	7	4	11		11		11	
					1	2	3	4	5

Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
11		8	3	11		11		2	9
					6	7	8	9	10

Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
11		11		11		11		11	
									
11		12		13		14		15	

### Posições mais usadas pelas mulheres, por sua iniciativa no Trabalho de Parto

Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim		N	%
8	3	7	4	8	3	2	9			
								Posição 1	3	15,8%
								Posição 2	4	21,1%
								Posição 7	3	15,8%
								Posição 10	9	47,4%
								Total	19	100,0%
								Posição 1		
								Posição 2		
								Posição 7		
								Posição 10		

## Apêndice B- Tratamento de dados dos questionários dirigidos às puérperas

## Caraterísticas Sociodemográficas das participantes

Das 42 participantes, 40 mulheres responderam aos dados referentes à idade.

Apresentam idade<sup>4</sup> compreendidas entre os 18 e os 40 anos; em média têm 32,02 anos (DP=4,49)

IdadeMulheres		
N	Valid	40
	Missing	2
Mean		32,0250
Median		33,0000
Mode		34,00
Std. Deviation		4,48638
Minimum		18,00
Maximum		40,00

A maior parte das utentes é casada ou vive em união de facto (N=30; 93,8%)

	Estado Civil	
	Frequencia	%
Casada ou em União de facto	30	93,8
Divorciada	2	6,3
Total	32	100,0
Total	42	

Para mais de metade das mulheres que responderam à questão, este parto corresponde ao 1º filho (N=22; %3,7%)

	Contando com este quantos filhos tem?	
	Frequencia	Percentagem
1	22	53,7
2	15	36,6
3	4	9,8
Total	41	100,0
Total	42	

A amostra possui um nível de formação elevado, já que metade das participantes declara ter como habilitações académicas uma licenciatura ou mestrado (N=21; 51,2%)

	<b>Escolaridade</b>	
	F	%
Escolaridade de 4 anos e menos que 9ºAno	4	9,8
12ºAno ou 9 anos ou mais de escolaridade	16	39,0
Licenciatura ou mestrado	21	51,2
Total	41	100,0
Total	42	

<b>Origem do seu rendimento familiar</b>		
	Frequency	%
Assistência, subsídios	9	25,0
Remuneração menor ou igual ao salário mínimo, pensionista, reformada	2	5,6
Vencimento mensal fixo em emprego permanente, não ocasional	25	69,4
Total	36	100,0

Como mais representativo, veja-se que cerca de metade das participantes vive em condições de conforto (N=21; 51,2%)

	Tipo de casa onde vive	
	Frequency	%
Casa/andar modesto em bom estado de conservação	20	48,8
Casa ou andar espaçoso e confortável	21	51,2
Total	41	100,0
Total	42	

	Profissão	
	Frequency	Valid Percent
Assalariada agrícola, trabalhadora indiferenciada e profissões não classificadas nos grupos anteriores	4	15,4
Pequena agricultora ou rendeira, técnica administrativa, operaria semi-qualificada...	9	34,6
Pequena empresária (menos que 50 empregados), quadro-médio, media agricultora, sargenta ou equiparada	6	23,1
Média empresária, agricultora e proprietária, dirigente intermédia e quadro-técnico...	5	19,2
Grande empresária, Gestora de topo, Professoras Universitárias, Profissão liberal, alta dirigente política	2	7,7
Total	26	100,0
Total	42	

No grupo de participantes 25 das utentes (59,5%) têm emprego atualmente

	Atualmente tem emprego?	
	Frequency	%
Sim	25	59,5
Não	16	38,1
Total	42	100,0

## Vigilância da Gravidez

A maior parte teve condições para frequentar atividades de saúde durante a gravidez

Condições no emprego para ida às consultas/exames/P.Parto...?			
		Frequency	Percent
Valid	Algumas vezes	2	4,8
	Muitas vezes	25	59,5
	Total	27	64,3
Missing	System	15	35,7
Total		42	100,0

O local de vigilância de saúde mais representativo foi o Consultório privado.

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Consultório privado	31	37,8%	73,8%
Medico Centro de Saúde	29	35,4%	69,0%
Enfermeira Centro de Saúde	22	26,8%	52,4%
Total	82	100,0%	195,2%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.			



## Cuidados na Maternidade

Os três procedimentos que as senhoras mais reconhecem, realizados pelas enfermeiras, aquando da admissão no Bloco de Partos foram

- 1) A avaliação da TA
- 2) Cervicometria
- 3) A auscultação dos BCF

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
E1-Tricotomia perineal total	10	3,6%	23,8%
E2-Tricotomia perineal parcial	19	6,8%	45,2%
E3-Clister (enema)	8	2,9%	19,0%
E4-Micro-clister	6	2,2%	14,3%
E5-Determinação da Idade Gestacional	18	6,5%	42,9%
E6-Auscultação dos BCFetais	34	12,2%	81,0%
E7-Visualização fetal por Eco	15	5,4%	35,7%
E8-Avaliação da TA	38	13,6%	90,5%
E9-Avaliação do ritmo cardíaco materno	26	9,3%	61,9%
E10-Avaliação da temperatura	20	7,2%	47,6%
E11-Estática fetal [Manobras Leopold]	24	8,6%	57,1%
E12-Cervicometria	35	12,5%	83,3%
E13-Pesar	19	6,8%	45,2%
E14-Diz para tomar duche	6	2,2%	14,3%
E15-Pergunta se tem Plano de Parto	1	0,4%	2,4%
Total	279	100,0%	664,3%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.			

Os três procedimentos mais solicitados pelas utentes foram:

- 1) Perguntar quantos “dedos” de

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
S3-Clister (enema)	1	2,8%	5,3%
S5-Quantas semanas tem de gravidez	1	2,8%	5,3%

dilatação tinha

2) Se o bebé estava bem posicionado

3) Com igual representação

3.1) Pedir para ouvir o bebé

3.2) pedir para tomar um duche

S6-“Ouvir” o bebe	3	8,3%	15,8%
S7-“Ver” o bebé por Eco	2	5,6%	10,5%
S8-Avaliação da TA	2	5,6%	10,5%
S9-Avaliação do Pulso	2	5,6%	10,5%
S10-Avaliação da temperatura	2	5,6%	10,5%
S11-Se o bebé está bem posicionado	6	16,7%	31,6%
S12-Quantos “dedos” tem de dilatação	14	38,9%	73,7%
S14-Pede para tomar duche	3	8,3%	15,8%
Total	36	100,0%	189,5%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.			

Uma pequena parte das utentes (N=14) sabem o que é um Plano de Parto

<b>P5-Sabe o que é um Plano de Parto?</b>			
		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	14	100,0
Missing	Não	28	
Total		42	

Numa escala de 0 a 100

1) A memória da Dor durante o TP é em média de 70 pontos

2) A perceção de apoio das enfermeiras durante o TP é em média de 80,6 pontos

		D6-De uma maneira global, como se lembra da dor que sentiu?	D7-De uma maneira global, como classifica o apoio que as enfermeiras deram no alívio da dor?
N	Valid	41	41
	Missing	1	1
Mean		70,00	80,61

Median	75,00	90,00
Mode	100	100
Std. Deviation	25,298	23,189
Minimum	0	0
Maximum	100	100

Na preparação pessoal em casa, antes de ir para a maternidade, os três procedimentos mais referidos pelas utentes são:

- 1) Fazer a higiene pessoal tomando um duche
- 2) Tricotomia de parte dos pelos púbicos
- 3) Fazer uma refeição por receio de ter fome durante o TP

	Responses		%
	N	Percent	
C1-Rapou/depilou totalmente os pelos púbicos	12	12,6%	28,6%
C2-Rapou/depilou uma parte dos pelos púbicos	21	22,1%	50,0%
C3-Tomou Banho-Duche	36	37,9%	85,7%
C4-Fez um Clister	1	1,1%	2,4%
C5-Fez Micro-Clister [Microlax]	1	1,1%	2,4%
C6-Tomou refeição por receio de fome durante TP	18	18,9%	42,9%
C7-Não comeu por receio de vomitar	6	6,3%	14,3%
Total	95	100,0%	226,2%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.			

As três questões mais frequentes colocadas pelas utentes, na fase de admissão ao Bloco de Partos:

- 1) Se podia ter acompanhante; 2) Se tinha que ficar deitada durante; 3) Quando poderia fazer Epidural

	Responses		%
	N	Percent	
A1-Se podia beber líquidos durante o trabalho de parto	14	5,8%	35,9%
A2-Se podia comer alimentos sólidos leves durante o trabalho de parto	6	2,5%	15,4%
A3-Se podia ir à casa de banho evacuar durante o trabalho de parto	8	3,3%	20,5%

A4-Se podia ir à casa de banho urinar durante o trabalho de parto	12	5,0%	30,8%
A5-Se tinha que urinar na arrastadeira	14	5,8%	35,9%
A6-Se tinha que ser algaliada [porem-lhe um tubinho para urinar]	9	3,7%	23,1%
A7-Se podia ter um acompanhante [marido ou amiga, ou irmã ou mãe....]	26	10,8%	66,7%
A8-Se a Enfermeira estaria presente no quarto durante o trabalho de parto	5	2,1%	12,8%
A9-Se era a mesma Enfermeira a acompanhar e fazer o parto	9	3,7%	23,1%
A10-Se tinha uma campainha para chamar	7	2,9%	17,9%
A11-Se tinha que ficar deitada durante o Trabalho de Parto	16	6,6%	41,0%
A12-Se podia alternar a posição de deitada, sentada, de pé, cócoras, gatas.... conforme lhe desse jeito	13	5,4%	33,3%
A13-Se havia materiais para usar durante o trabalho de parto [Bola, almofadas, cadeira de baloiço ...]	2	0,8%	5,1%
A14-Se podia usar o duche quente para aliviar as dores	2	0,8%	5,1%
A15-Se a Enfermeira a ia ajudar a respirar, relaxar durante as contrações	9	3,7%	23,1%
A16-Se tinha o apoio da Enfermeira para fazer balanceio da anca e barriga para aliviar as dores	1	0,4%	2,6%
A17-Se a sala ia ficar obscurecida e silenciosa	5	2,1%	12,8%
A18-Se o seu acompanhante podia fazer massagens	3	1,2%	7,7%
A19-Se no hospital havia Epidural	9	3,7%	23,1%
A20-Em que altura do trabalho de parto a senhora podia fazer Epidural	15	6,2%	38,5%
A21-Se podiam dar-lhe medicamentos para as dores [outros sem ser a Epidural]	6	2,5%	15,4%
A22-Se o bater do coração do bebé era ouvido durante o Trabalho de parto	5	2,1%	12,8%
A23-Se podia andar levantada com “aparelho” para ouvir o bater do coração do bebé	2	0,8%	5,1%
A24-De quanto em quanto tempo lhes eram feitos toques vaginais durante o trabalho de Parto	4	1,7%	10,3%
A25-Se podia não ter soro durante o Trabalho de Parto	2	0,8%	5,1%
A26-Se podia ter soro para auxiliar o trabalho de parto	5	2,1%	12,8%
A28-Se lhe eram dados medicamentos para auxiliar a dilatação	10	4,1%	25,6%
A30-Se o corte na vagina [episiotomia] seria evitada a menos que absolutamente necessária	10	4,1%	25,6%

A31-Se podia ter o parto numa posição à sua própria escolha	3	1,2%	7,7%
A33-Se tinha que ir para outra sala mesmo antes do período expulsivo	5	2,1%	12,8%
A34-Se no período expulsivo seria a senhora a dizer quando tivesse vontade de “puxar”	4	1,7%	10,3%
Total	241	100,0%	617,9%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.			

	Responses		%
	N	Percent	
T10-Teve uma campanha para chamar	38	8,6%	95,0%
T11-Teve que ficar deitada durante o Trabalho de Parto	35	7,9%	87,5%
T12-Pode alternar a posição de deitada, sentada, de pé, cócoras, gatas... conforme lhe deu jeito	9	2,0%	22,5%
T13-Teve materiais para usar durante o trabalho de parto [Bola, almofadas, cadeira de baloiço ...]	2	0,5%	5,0%
T14-Pode usar o duche quente para aliviar as dores	4	0,9%	10,0%
T15-A Enfermeira ajudou-a a respirar, relaxar durante as contracções	26	5,9%	65,0%
T16-Teve o apoio da Enfermeira para fazer balanceio da anca e barriga para aliviar as dores	3	0,7%	7,5%
T17-A sala foi obscurecida e estava silenciosa	13	2,9%	32,5%
T18-O seu acompanhante pôde fazer-lhe massagens	17	3,8%	42,5%
T19-Teve analgesia Epidural quando pediu	26	5,9%	65,0%
T20-Foi-lhe explicada a altura do trabalho de parto em a senhora podia fazer Epidural	29	6,5%	72,5%
T21-Deram-lhe medicamentos para as dores [outros sem ser a Epidural]	17	3,8%	42,5%
T22-O bater do coração do bebé foi ouvido durante o Trabalho de parto	34	7,7%	85,0%
T23-Pôde andar levantada com “aparelho” para ouvir o bater do coração do bebé	7	1,6%	17,5%
T24-Os toques vaginais feitos durante o trabalho de Parto foram os necessários	34	7,7%	85,0%
T25-Não lhe foi colocado ter soro durante o Trabalho de Parto	1	0,2%	2,5%
T26-Foi-lhe colocado soro para auxiliar o trabalho de parto	36	8,1%	90,0%
T27-Foram-lhe dados medicamentos para avançar a dilatação sem lhe perguntarem se queria	20	4,5%	50,0%
T28-Foram-lhe dados medicamentos para avançar a dilatação a seu pedido	7	1,6%	17,5%

T29-Viu as Enfermeiras escrever em impressos/folhas que pensa serem os apropriados para registar a evolução do Trabalho de Parto	28	6,3%	70,0%
T30-Garantiram-lhe que o corte na vagina [episiotomia] seria evitada e feito só se necessário	16	3,6%	40,0%
T31-Garantiram que podia ter o parto numa posição à sua própria escolha	1	0,2%	2,5%
T32-Pode utilizar uma cadeira de partos [comadre]	4	0,9%	10,0%
T33-Teve que ir para outra sala mesmo antes do bebé nascer	21	4,7%	52,5%
T34-Na altura do nascimento a senhora disse quando tinha vontade de “puxar” sem ser comandada pela Enfermeira	13	2,9%	32,5%
T35-Pôde ter um espelho para perceber melhor a saída do bebé	3	0,7%	7,5%
Total	444	100,0%	1110,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

Os três cuidados prestados pelas Enfermeiras durante o TP, que as utentes mais referem são:

1)Ter uma campainha para chamar; 2) colocar soro para auxiliar o TP; 3) ter que ficar deitada durante o TP.




Na amostra de 42 casos, a RABA é referida pela maior parte das utentes (N=23; 54,8%)

<b>BA11-Durante o parto romperam-lhe a bolsa de águas ?</b>		
Frequency		Percent
Sim	23	54,8
Não	19	45,2
Total	42	100,0

Das 20 senhoras que responderam à questão, na sua perceção, a RABA foi realizada na maior parte das vezes quando a dilatação se encontrava aos 4-5 cm

<b>BA12-Se lhe romperam a bolsa de águas sabe dizer qual a dilatação nessa altura?</b>			
		Frequency	%
	2cm a 3cm	4	20,0
	4cm a 5cm	8	40,0
	6cm a 8cm	6	30,0
	9cm a 10 cm	2	10,0
	Total	20	100,0

Das 15 possibilidades quanto a posição durante o TP, as utentes referem que teriam preferido:

		Responses		Percent of Cases	
		N	Percent		
1º Lugar		PE1-Posição 1	12	11,7%	34,3%
		PE2-Posição 2	19	18,4%	54,3%
		PE3-Posição 3	8	7,8%	22,9%
		PE4-Posição 4	8	7,8%	22,9%
2º Lugar		PE5-Posição 5	2	1,9%	5,7%
		PE6-Posição 6	1	1,0%	2,9%
		PE7-Posição 7	5	4,9%	14,3%
		PE8-Posição 8	2	1,9%	5,7%
3º Lugar		PE9-Posição 9	3	2,9%	8,6%
		PE10-Posição 10	16	15,5%	45,7%
		PE11-Posição 11	5	4,9%	14,3%
		PE12-Posição 12	3	2,9%	8,6%
		PE13-Posição 13	4	3,9%	11,4%
		PE14-Posição 14	2	1,9%	5,7%
		PE15-Posição 15	13	12,6%	37,1%
Total		103	100,0%	294,3%	
a. Dichotomy group tabulated at value 1.					

## Apêndice C- Quadro Resumo Revisão Sistemática da Literatura



Autor Ano	Tipo de Estudo	Participantes	Intervenção	Medidas de Resultado	Resultados
Lawrence A. et al (2009)	Revisão sistemática da literatura	21 estudos, no total de 3706 mulheres na 1ª fase do trabalho de parto	Avaliar o efeito da liberdade de movimentos e das posições verticais nas grávidas na 1ª fase do trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duração do TP;</li> <li>• Tipo de parto;</li> <li>• Nível de conforto/satisfação da mulher</li> </ul>	<p>Houve diminuição do tempo na 1ª fase do TP (&lt;1h) e contribuiu para alívio da dor (uso de menos analgésicos);</p> <p>Sem dados relativos a nível de satisfação ou bem estar da mãe e do RN</p>
MIQUELUTTI et al. (2009)	RCT (Randomized controlled trial)	107 Primíparas em TP com apresentação cefálica, com 3-5 cm de dilatação cervical	Incentivaram-se as mulheres a deambular e a manterem-se em posição vertical.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível de satisfação com a posição</li> <li>• Dor</li> </ul>	A posição vertical contribuiu no alívio da dor e aumentou o conforto e satisfação das mulheres
<a href="#">SELBY C.</a> et al. (2012)	RCT (Randomized controlled trial)	Amostra de conveniência de 63 nulíparas de termo, com baixo risco, com um exame inicial negativo para o trabalho ativo (dilatação cervical <4 cm; membranas íntegras)	Foram feitos 2 grupos aleatoriamente em que um grupo de grávidas deambula e outro fica no leito sendo avaliadas 1h depois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação entre o nível de atividade e o desenvolvimento do trabalho de parto durante 24h</li> <li>• Nível de conforto</li> </ul>	Não houve diferença na dilatação cervical entre os grupos. As mulheres devem ser incentivadas a adotar o nível de atividade /posição que se sentem mais confortáveis e não o que é rotina dos hospitais.

## Apêndice D- Proposta de Projeto de Intervenção

O Trabalho de Parto [TP] é uma das experiências mais significativas na vida de uma mulher dadas as modificações orgânicas que ocorrem num curto período de tempo. O desenlace do TP confere à mulher a denominação e o papel social de mãe e enferma, de acordo com Meleis (2007) uma transição para o cuidador, nomeadamente para o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia [EESMOG] que assiste a mulher em TP, representa um desafio pela diversidade de expressões possíveis na mulher e as consequentes respostas às suas necessidades, numa tentativa de dar resposta aos direitos das utentes, exercer as suas competências e preservar as recomendações das organizações de saúde. Em termos fisiológicos, Graça (2010) define o TP como um conjunto de fenómenos que, uma vez iniciados, levam à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior. O decurso do TP depende de vários fatores, tais como o passageiro (feto), a passagem (canal de parto), as contrações, a posição da mãe e as reações psicológicas. (Lowdermilk & Perry, 2006). Sabe-se que o facto da mulher se manter em movimento durante o TP, é benéfico para a mãe e para o nascituro e a posição mais adotada na antiguidade era a vertical. A defesa dos autores quanto a esta postura vertical e deambulação justifica-se pela sua associação a menor dor, uma vez que o útero contrai-se mais eficazmente, diminui o tempo de decurso deste período, existe melhor aporte sanguíneo placenta-feto, a contractilidade uterina melhora em tonicidade, dá mais conforto às parturientes e assegura os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal (Mamede, Almeida & Clapis, 2004). Desde 1996 que a World Health Organization/Organização Mundial de Saúde [WHO/OMS], para as situações de parto normal, recomenda a não utilização da litomia dorsal durante o TP e parto e sublinha o encorajamento da mulher para a deambulação, permitindo-se-lhe liberdade de movimentos (OMS, 1996). Em Portugal, no movimento de Iniciativa Parto Normal, surgido em recentemente pode ver-se a referência às posições durante o TP (APEO, 2009). Posteriormente a Ordem dos Enfermeiros, no âmbito das comemorações do Dia Internacional do EESMOG, publicou uma brochura onde recupera tomadas de posição anteriores, voltando a estimular os EESMOG a fomentar práticas para o processo fisiológico do parto que incluem, por exemplo no ponto 7 “apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical” (OE, 2012: p 23). Tal posição foi subscrita em 2010 pela Direção Geral de Saúde [DGS], pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO] e pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012). O 1º Estádio do TP, entendido como o período que decorre entre o início de contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo (Graça, 2010), pode ser mais curto e mais confortável se a mulher se encontrar na vertical ou a deambular. De fato, na Revisão Sistemática realizada pela Cochrane, referida a 3706 mulheres participando em 21 ensaios aleatórios ou quase-aleatórios, a duração do 1º Estádio do TP, foi reduzida em uma hora nas situações de posicionamento vertical ou deambulação. Recomenda esta Revisão Sistemática que a posição materna seja uma opção materna, de acordo com o seu maior conforto (Lawrence, Lewis, Hofmery, Dowswell & Styles, 2009), fato corroborado pela organização Lamaze ao definir seis passos para um nascimento seguro (2009). O posicionamento da mulher interfere nas adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher no TP (Lowdermilk & Perry, 2006). O padrão de dilatação cervical, num trabalho de parto normal, é representado por uma curva sigmóide onde se podem definir duas fases: a fase latente e a fase ativa, sendo esta última ainda subdividida em três segmentos designados por fase de aceleração, fase de declive máximo e fase de desaceleração. A fase latente é a que decorre desde o início das contrações regulares até ao momento em que o colo está completamente apagado e com cerca de três centímetros de dilatação; inicia-se então a fase ativa, durante a qual o colo se dilata a maior ritmo até ser atingida a dilatação completa (Graça, 2010).

Para favorecer o momento do parto e TP são várias as estratégias que podem ser utilizadas e desenvolvidas pela enfermagem, tais como proporcionar ambiente aconchegante, mensagens, oferta de líquidos durante o trabalho de parto, deambulação, alívio da dor e presença de um acompanhante (Castro & Clapis, 2005). A deambulação durante o trabalho de parto é uma técnica usada com a finalidade, além de outros, aliviar a dor que a mulher sente nesta fase (Mamede,

Almeida, Souza & Mamede, 2007). Contudo a preocupação com o bem-estar fetal é uma responsabilidade dos EESMOG, fato pelo qual o registo cardiotocográfico fetal [CTG], contínuo ou intermitente é uma prática comum na maior parte das maternidades. Através deste registo, com rapidez se detetam alterações e prontamente se tomam resoluções. No sentido de conjugar as vantagens da deambulação e simultaneamente vigiar de maneira contínua o bem-estar fetal, a telemetria pode ser uma solução adequada. A telemetria é uma forma de monitorização fetal sem fios que permite diferentes opções para a mãe, nomeadamente repouso no leito e/ou deambulação durante o TP. Os resultados dos estudos realizados nos anos 80, que usam a telemetria são controversos. Posteriormente regista-se uma evolução favorável à utilização desta metodologia. Na década de 80, enquanto Calvert, Newcombe e Hibbard (1982) observaram que as primíparas com telemetria e deambulação referiam maior intensidade de dor, comparativamente a outras primíparas com monitorização convencional; contudo a ansiedade era maior naquelas com telemetria que tinham optado por não deambular. No mesmo estudo, as múltiparas que tinham experimentado as duas formas de monitorização, preferiam a telemetria ambulante, referindo menor ansiedade e menor restrição de movimentos. No mesmo ano Haujjamaa, Purhonen e Teramo (1982) referiam que as primíparas sujeitas a telemetria usaram menos analgésicos e as múltiparas referiam ainda menor necessidade. Em estudos mais recentes, fazendo parte da amostra da Revisão Sistemática Cochrane já enunciada, utilizam com sucesso a telemetria na condição de deambulação durante o TP (Lawrence, Lewis, Hofmery, Dowsell & Styles, 2009).

Como aluna do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia [MSMO], e conhecendo os recursos da unidade onde exerço, considero de grande interesse pôr em prática novas metodologias de acompanhamento da mulher durante o TP. Tendo em conta que o serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes em Beja, que de acordo com a minha perceção investe na melhoria da prestação de cuidados às suas utentes, tem recursos materiais e abertura para projetos inovadores, procurando que a atualização das práticas traga benefícios aos clientes e simultaneamente some gratificação dos EESMOG no desenvolvimento e aplicação das competências específicas (OE,2012) com base na evidência, desenvolvi o atual projeto. Uma vez que a deambulação durante o trabalho de parto acompanhada do uso de telemetria ainda não é uma prática recorrente neste serviço, mas existem evidências do seu benefício, desenha-se o atual projeto que tem como objetivo geral: Construir um programa de assistência à mulher no 1º Estádio do TP com recurso a deambulação e telemetria

Tenho noção que tudo o que implica mudança, implica bastante esforço e dedicação e por vezes até alguma “luta” perante resistências, algo que me comprometo a enfrentar, em prol de uma melhoria de prestação de cuidados à mulher grávida no Serviço de Obstetrícia de Beja.

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Obtenção de permissão para elaboração de projecto no Serviço de Obstetrícia do Hospital de Beja, relativo ao tema a deambulação no trabalho de parto

ACTIVIDADES	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	DATA
Reunião com superiores hierárquicos e parceiros	Agendamento de reuniões com Diretora Clínica, Chefe de Enfermagem do Serviço de Obstetrícia, Chefe de equipa de médicos Anestesistas e Enfermeiro diretor da ULSBA  Envio de EDOC com pedido de permissão de elaboração do projeto ao Conselho de Administração da ULSBA	Enfermeira/Parceiros	Maio/Junho 2012

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Efetuar diagnóstico de situação sobre os cuidados prestados à grávida no momento de admissão, trabalho de parto e parto, no Serviço de Obstetrícia do Hospital de Beja

ACTIVIDADES	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	DATA
Caracterização dos cuidados na perspectiva do cuidador e beneficiário na fase pré parto e intra-parto no serviço de Obstetrícia	Aplicação de questionários à equipa de EESMOG do Hospital de Beja  Aplicação de questionário às puérperas de forma a exporem a experiência vivenciada no Serviço de Obstetrícia do Hospital de Beja	Enfermeira/Equipa multidisciplinar  computador  Papel  impressora	Novembro 2012

**AValiação:** Tratamento de dados no SPSS,

**OBJECTIVO ESPECIFICO:** Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a deambulação no trabalho de parto

ACTIVIDADES	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	DATA
Apresentação do Projeto ao Serviço de Obstetrícia da ULSBA	Agendamento de reunião;	Enfermeira/Equipa multidisciplinar	Novembro 2012
Transmitir dados científicos à equipa de enfermagem relativamente à deambulação no trabalho de parto	Formação em serviço sobre deambulação no trabalho de parto;	Enfermeira	Novembro 2012

**AValiação:** Registo de presenças nas reuniões agendadas

<b>OBJECTIVO ESPECIFICO:</b> Motivar as grávidas para deambular durante o trabalho de parto			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>DATA</b>
Distribuição de informação relativa ao tema deambulação no trabalho de parto	Elaboração de folhetos que descrevam as vantagens da deambulação no trabalho de parto;  Efetuar ensinamentos verbais relativos às vantagens da deambulação no trabalho de parto	Enfermeira  Computador  Papel  impressora	Novembro  2012    Dezembro  2012
Sensibilização das grávidas para a importância da deambulação no trabalho de parto	Elaboração de poster que enumere as vantagens da deambulação no trabalho de parto, a fixar no corredor do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Beja;  Ligação aos Centros de Saúde, para informação sobre a nova metodologia e construção, nas senhoras interessadas, do Plano de Parto que inclua a deambulação e telemetria	Enfermeira  Computador  Gráfica	Novembro  2012
Permitir o uso dos aparelhos de tocografia por telemetria, por parte das grávidas internadas	Incentivar o uso dos aparelhos de tocografia por telemetria nas senhoras internadas, motivando a liberdade de movimentos	Enfermeira/Parceiros	Junho, Julho, Setembro 2012
<b>AVALIAÇÃO:</b> Observação do nível da adesão das utentes			
<b>OBJECTIVO ESPECIFICO:</b> Implementação de protocolo que defenda deambulação durante o trabalho de parto			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>DATA</b>
<b>AVALIAÇÃO:</b> aprovação do conselho de administração da norma elaborada			
<b>Referências Bibliográficas</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>APEO (2009). Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Loures: Lusociência</li> <li>Calvert, J. P., Newcombe, R. G. &amp; Hibbard, B. M. (1982). An assessment of radiotelemetry in the monitoring of labour. British Journal of Obstetric and Gynaecology 89(4) 285-291.</li> <li>Castro J.; Clapis M.(2005)-<i>Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto</i>. Trabalho extraído da dissertação de mestrado. disponível em <a href="http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48265_5776.PDF">http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48265_5776.PDF</a>, consultado a 15 de Setembro de 2012.</li> <li>Devane, D., Lator, J. G., Daly, S., Mcguire, W. &amp; Smith, V. (2012). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing.</li> </ul>			

Cochrane Database Systematic Review 15 (2)

- Graça, L.M. (2010), *Medicina Materno Fetal* (4ª Ed.) Lisboa-Porto: Lidel.
- Haukkamaa, M., Purhonen, M. & Terano, K. (1982). The monitoring of labor by telemetry. *Journal of Perinatal Medicine* 10 (17).
- Lamaze international (2009). Overview of six Lamaze healthy birth practices. Acedido em 19 de Outubro 2012 em: [http://www.injoyvideos.com/mothersadvocate/pdf/ma\\_hbyw-summary.pdf](http://www.injoyvideos.com/mothersadvocate/pdf/ma_hbyw-summary.pdf)
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T. & Styles, L. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T. & Styles, L. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.
- Lowdermilk & S. E. Perry (Eds.)(2006)- *Enfermagem na Maternidade* (7.ª ed., pp. 333-353), Loures: Lusodidacta.
- Mamede F.; Almeida A. & Clapis M.(2004)- *Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão*, disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=413741&indexSearch=ID>, consultado a 15 de Setembro de 2012.
- Mamede F., Almeida A., Souza L., Mamede M. (2007) -*A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação*. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692007000600016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692007000600016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt), consultado a 15 de Setembro de 2012
- Mamede F.; Mamede M., Dotto L.(2007)- *Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto*.Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23.pdf>, consultado a 15 de Setembro de 2012.
- Mamede, F.; Gomes F.; Almeida A.; Panobianco M. & Nakano A.(2007)- *O efeito da Deambulação na Duração da Fase Ativa do Trabalho de Parto*, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a11.pdf>, consultado a 15 de Setembro de 2012
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott [Capítulo 3]
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Pelo direito ao parto normal. Uma visão partilhada. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- WHO. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Report of a Technical Working Group. Department of Reproductive Health & Research. World Health Organization. Geneve.

Apêndice E- Questionário dirigido às EESMOG do Serviço de Obstetrícia do H.J.J.F.-  
EPE, Beja



## Apresentação

Senhora Enfermeira. Estimada Colega

Convido-a a participar nesta investigação, que me encontro a realizar como estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna na Universidade de Évora e que tem como objetivo: Desenvolver um novo programa de assistência à mulher em trabalho de parto

O estudo é orientado por professora da Universidade de Évora.

Por favor, responda logo quando receber o questionário para não se perderem a oportunidade de colher os seus dados. Leva aproximadamente 20 m. Ponha depois o questionário na caixa selada que a(o) colega indicar.

Será mantida a confidencialidade dos seus dados.

Muito obrigada pela sua participação

---

Por favor, dê-nos o seu Consentimento, assinalando um X neste retângulo,  se concorda com as frases seguintes:

*Eu, sendo responsável pelos meus atos, declaro que compreendi as intenções deste estudo, permito o uso dos meus dados e disponho-me a participar. Compreendo que a data de nascimento seguinte se destina à codificação dos dados.*

Sua data de nascimento ____/____/_____
---

Data de preenchimento deste questionário \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

SECÇÃO 1:

2. Tempo de exercício como Especialista _____ anos
---

3. Tempo de exercício com Enfermeiro Generalista _____ anos
--

Considerando aproximadamente os últimos 2 meses, assinale com X no quadro abaixo, os procedimentos que realiza e os que lhe são solicitados pela parturiente na altura da Admissão no Bloco de Partos [considere as situações entendidas como gravidez vigiada, sem qualquer tipo de urgência ou problema]

4. Procedimentos que habitualmente realiza como EESMO	5. Procedimentos que a parturiente habitualmente lhe solicita
E1 Tricotomia perineal total	S1 Tricotomia perineal total
E2 Tricotomia perineal parcial	S2 Tricotomia perineal parcial
E3 Clister (enema)	S3 Clister (enema)
E4 Micro-clister	S4 Micro-clister
E5 Determinação da Idade Gestacional	S5 Quantas semanas tem de gravidez
E6 Auscultação dos BCFetais	S6 “Ouvir” o bebe
E7 Visualização fetal por Eco	S7 “Ver” o bebé por Eco
E8 Avaliação da TA	S8 Avaliação da TA
E9 Avaliação do ritmo cardíaco materno	S9 Avaliação do Pulso
E10 Avaliação da temperatura	S10 Avaliação da temperatura
E11 Estática fetal [Manobras Leopold]	S11 Se o bebé está bem posicionado
E12 Cervicometria	S12 Quantos “dedos” tem de dilatação
E13-Pesar	S13 Avaliação do peso
E14 Diz para tomar duche	S14 Pedir para tomar duche
E15 Pergunta se tem Plano de Parto	S15 Pedir aplicação do Plano de Parto

SECÇÃO 2: Considerando aproximadamente os últimos 2 meses, assinale com X as estratégias que mais frequentemente observou nas parturientes, na altura da Admissão no Bloco de Partos [considere as situações entendidas como gravidez vigiada, sem qualquer tipo de urgência ou problema]

O que as parturientes fizeram em casa antes de ir para a maternidade	
C1. Tricotomia	1 Tricotomia ou depilação <b>total</b> dos pelos púbicos
	2 Tricotomia ou depilação <b>parcial</b> dos pelos púbicos
	3 Não fizeram nada nos pelos púbicos
C2 Banho-Duche	1 Sim
	2. Não
C3 Eliminação	1 Enema [clister]
	2 Micro-clister
	3 Não fizeram nada na limpeza intestinal
C4 Comer/Beber	1 Tomaram refeição por receio de terem fome durante o trabalho de parto
	2 Não comeram para evitar o vómito

O que perguntam as parturientes na Admissão		
D1 Comer/Beber	1 Se lhes são dados líquidos orais durante o trabalho de parto	
	2 Se lhes são dados alimentos sólidos leves durante o trabalho de parto	
D2 Eliminação	1 Se durante o trabalho de parto podem ir à casa de banho defecar	
	2 Se durante o trabalho de parto podem ir à casa de banho urinar	
	3 Se têm que urinar na arrastadeira	
	4 Se têm que ser algaliadas	
D3 Ambiente seguro	1 Se podem ter acompanhamento da figura/accompanhante significativo	
	2 Se a EESMO vai estar presente no quarto durante o trabalho de parto	
	3 Se é a mesma EESMO que a vai acompanhar e fazer o parto	
	4 Se têm uma campainha para chamar	
D4 Mobilização para alívio da dor	1 Se têm que ficar deitadas durante o Trabalho de Parto	
	2 Se podem alternar a posição de deitada, sentada, de pé, cócoras, gatas.... durante o Trabalho de Parto, conforme preferirem	
D5 Recursos para alívio da dor	1 Se há materiais para utilizar durante o trabalho de parto [Bola de Partos, almofadas, cadeira de baloiço, cordas...]	
	2 Se podem usar o duche quente para alívio da dor	
	3 Se têm apoio da EESMO para técnicas respiratórias, relaxamento, outras	
	4 Se têm apoio da EESMO para fazer balanceio	
	5 Se a sala fica obscurecida e silenciosa	
	6 Se podem ter o acompanhante significativo pode fazer massagens	
D6 Alívio da Dor meios farmacológicos	1 Se há recursos para fazer Epidural	
	2 Em que altura do trabalho de parto podem ser submetidas a Epidural	
	3 Se lhes podem ser dados analgésicos durante o trabalho de parto [outros que não a Epidural]	
D7 Procedimentos técnicos	1 Se os batimentos cardíacos do bebé são ouvidos durante o Trabalho de parto	
	2 Se podem andar levantadas com “aparelho” para ouvir BCF [telemetria wireless]	
	3 De quanto em quanto tempo lhes são feitos toques vaginais durante o trabalho de Parto	
	4 Se podem <b>não ter soro</b> durante o Trabalho de Parto	
	5 Se podem <b>ter soro</b> para auxiliar o trabalho de parto	
	6 Se podem <b>não lhes ser administrados</b> medicamentos para auxiliar a dilatação (i.e. PO...)	
	7 Se <b>lhes são administrados</b> medicamentos para auxiliar a dilatação (i.e. PO...)	
	8 Se há impressos/folhas próprias para registar a evolução do Trabalho de Parto	
	9 Se a episiotomia é evitada a menos que absolutamente necessária	
D8 Expetativas do Período Expulsivo	1 Se podem ter o parto numa posição à sua própria escolha	
	2 Se pode ser utilizada cadeira de partos [comadre]	
	3 Se têm que ir para outra sala mesmo antes do período expulsivo	
	4 Se no período expulsivo são as próprias que dizem quando têm vontade de “puxar”	
	5 Se podem ter um espelho para ver o evoluir do período expulsivo	

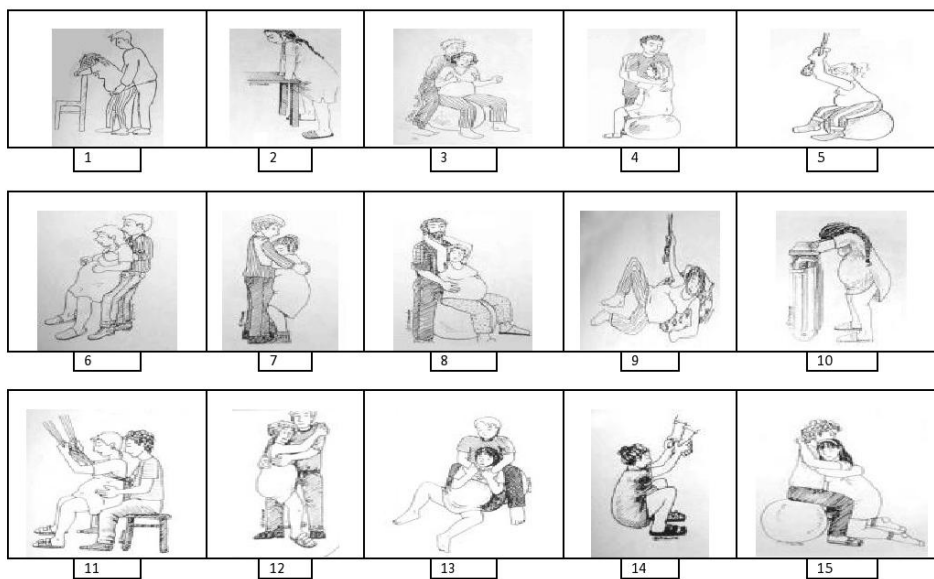
BA12 Efetua amniotomia quando a cervicometria	2 a 3cm	4cm a 5cm	6cm a 8cm	9cm a 10 cm
---	---------	-----------	-----------	-------------

SECÇÃO 3: Considerando os últimos 2 meses, assinale com X, os procedimentos que mais realizou às parturientes que ficam internadas [considere situações de gravidez vigiada, sem qualquer problema, bolsa íntegra, apresentação apoiada a iniciar a Fase Ativa do Trabalho Parto]

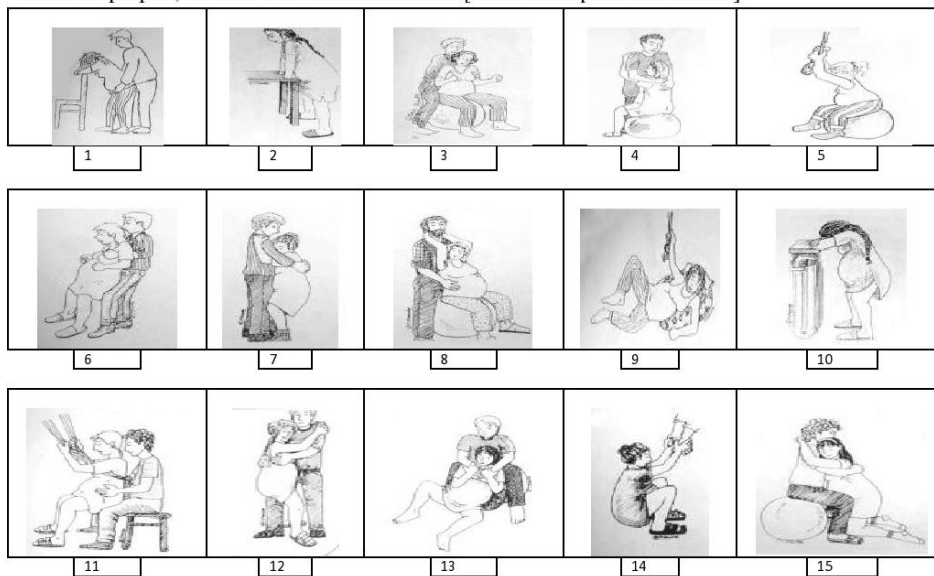
<b>Cuidados que presta na Admissão</b>		
E1 Higiene	1 Tricotomia <b>total</b> dos pelos púbicos	
	2 Tricotomia <b>parcial</b> dos pelos púbicos	
	3 Indica para tomar Banho-Duche	
E2 Eliminação	1 Enema [clister]	
	2 Micro-clister	
E3 Comer e beber	1 Pergunta se deseja tomar refeição por receio de terem fome durante o trabalho de parto	
	2 Não oferece refeição leve para evitar o vómito	

<b>Cuidados que presta durante o Trabalho de Parto</b>		
F1 Comer e beber	1 Proporciona líquidos orais durante o trabalho de parto	
	2 Proporciona alimentos sólidos leves durante o trabalho de parto	
F2 Eliminação	1 Permite ida à casa de banho para defecar	
	2 Permite ida à casa de banho para urinar	
	3 Usa só a arrastadeira	
	4 Evita o uso de arrastadeira	
	5 Recorre a algáliação	
F3 Ambiente seguro	1 Promove acompanhamento da figura/acompanhante significativo	
	2 Está presente no quarto durante o trabalho de parto	
	3 Acompanha a mulher no Trabalho de parto e faz o parto	
	4 Quando se ausenta mostra a campainha para chamar	
F4 Mobiliza p <sup>a</sup> alívio dor	1 Recomenda a posição supina (deitada) durante o Trabalho de Parto	
	2 Informa, estimula alternar de posição deitada, sentada, de pé, cócoras, gatas....	
G1 Recursos para alívio da dor	1 Se há materiais utiliza-os [Bola, almofadas, cadeira de baloiço, cordas...]	
	2 Promove o uso do duche quente para alívio da dor	
	3 Apoia presencialmente/ajuda técnicas respiratórias, relaxamento ou outras	
	4 Apoia presencialmente e ajuda no balanceio	
	5 Promove o escurecimento e silêncio durante o Trabalho de parto	
	6 Estimula o acompanhante significativo a fazer massagens	
G2 Alívio da Dor meios farmacológ.	1 Informa de maneira livre e esclarecida sobre efeitos da Epidural	
	2 Informa sobre a altura em que podem ser submetidas a Epidural	
	3 Informa de maneira livre/esclarecida de analgésicos [outros que não Epidural]	
G3 Procediment os técnicos	1 Ausculta os batimentos cardíacos do bebé durante o Trabalho de parto	
	2 Estimula o uso de telemetria ambulatória para BCF [telemetria wireless]	
	3 Reduz ao essencial os toques vaginais durante o trabalho de Parto	
	4 Coloca soro com finalidade de evitar hipoglicemia	
	5 Coloca soro com finalidade de manter acesso venoso	
	6 Coloca PO com finalidade de auxiliar a dilatação	
	7 Regista dados no Partograma	
	8 Evita Episiotomia a menos que absolutamente necessária	
G4 Expetativas do Período Expulsivo	1 Facilita o parto numa posição à escolha da parturiente	
	2 Se tem, utiliza cadeira de partos [comadre]	
	3 Leva a parturiente da cama da enfermaria para a sala de partos	
	4 Comanda o período expulsivo dizendo à parturiente quando deve “puxar”	
	5 Dá um espelho para se aperceberem do evoluir do período expulsivo	

29. Que posições que mais recomenda às mulheres no Trabalho de Parto [assinale com X ]



30. Tendo em conta a sua experiência clínica, quais as posições que as mulheres mais utilizam, por iniciativa própria, durante o Trabalho de Parto [assinale as que mais observa]



Agradeço muito ter dado o seu tempo, a responder a este questionário. Muito obrigada.

Apêndice F- Questionário dirigido às puérperas do Hospital de Beja

## Apresentação

Exª Senhora

Convido-a a participar nesta investigação, que me encontro a realizar como estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna na Universidade de Évora e que tem como objetivo: Desenvolver um novo programa de assistência à mulher em trabalho de parto

O estudo é orientado por professora da Universidade de Évora.

Por favor, responda logo quando receber o questionário para não se perderem a oportunidade de colher os seus dados. Leva aproximadamente 20 m. Ponha depois o questionário na caixa selada que a(o) enfermeira(o) indicar.

Será mantida a confidencialidade dos seu dados.

Muito obrigada pela sua participação

Por favor, dê-nos o seu Consentimento, assinalando um X neste retângulo,  se concorda com as frases seguintes:

*Eu, sendo responsável por mim e pelo meu filho, declaro que compreendi as intenções deste estudo, permito o uso dos meus dados e disponho-me a participar. Compreendo que as datas de nascimento seguintes se destinam à codificação, para que seja possível seguir o meu caso.*

Sua data de nascimento ____/____/____	Data de nascimento do seu filho ____/____/____
--	---

Data de preenchimento deste questionário \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Se a sua gravidez foi vigiada diga-nos onde [assinale com um X]:

1. Consultório privado \_\_\_\_\_; 2. Médico Centro de Saúde \_\_\_\_\_; 3. Enfermeira Centro de Saúde \_\_\_\_\_

Secção 1: Por favor assinale com X no quadro abaixo, os procedimentos que a Enfermeira realizou e os que a **senhora pediu** na altura em que entrou na Maternidade.

3. Procedimentos que a Enfermeira realizou

E1 Rapar com lâmina os pelos púbicos totalmente	
E2 Rapar com lâmina uma parte dos pelos púbicos	
E3 Clister	
E4 Micro-clister [Microlax]	
E5 Avaliar com a Roda ou fazendo contas, quantas semanas tinha de gravidez	
E6 Ouvir o coração do bebé	
E7 "Ver" o bebé pela Ecografia	
E8 Avaliar a Tensão Arterial	
E9 Avaliar a sua frequência cardíaca	
E10 Medir a sua temperatura	
E11 Palpar a sua barriga para ver se o bebé estava bem colocado	
E12 Medir os "dedos" de dilatação pelo exame vaginal	
E13 Pesar	
E14 Disse-lhe que podia tomar duche	
E15 Perguntou se a senhora tinha Plano de Parto	

4. **Procedimentos que a senhora pediu**

S1 Rapar com lâmina os pelos púbicos totalmente	
S2 Rapar com lâmina uma parte dos pelos púbicos	
S3 Clister	
S4 Micro-clister [Microlax]	
S5 Saber quantas semanas tinha de gravidez	
S6 Ouvir o coração do bebé	
S7 "Ver" o bebé pela Ecografia	
S8 Avaliar a Tensão Arterial	
S9 Avaliar a sua frequência cardíaca	
S10 Medir a sua temperatura	
S11 Ver se o bebé estava bem colocado	
S12 Saber que dilatação tem	
S13 Pesar	
S14 Duche	
S15 Pediu a aplicação do seu Plano de Parto	

5. Sabe o que é um Plano de Parto?

1SIM  2NÃO

D6. Pense na dor que teve durante o trabalho de parto e parto. De uma maneira global, como se lembra da dor que sentiu? Marque um X na reta abaixo.

0 \_\_\_\_\_ 100  
Sem dor Dor Máxima

D7. Pense na dor que teve durante o trabalho de parto e parto. De uma maneira global, como classifica o apoio que as enfermeiras lhe deram no alívio da dor? Marque um X na reta abaixo.

0 \_\_\_\_\_ 100  
Sem apoio Apoio Máximo

SECÇÃO 2: 8. Assinale com X como a Senhora se preparou antes de ir para a maternidade (em sua casa)

C1 Rapou ou depilou <b>totalmente</b> os pelos púbicos	
C2 Rapou ou depilou <b>uma parte</b> dos pelos púbicos	
C3 Tomou Banho-Duche	
C4 Fez um Clister	
C5 Fez Micro-clister [Microlax]	
C6 Tomou uma refeição por receio de ter fome durante o trabalho de parto	
C7 Não comeu para evitar vomitar	



9. Assinale com X o que perguntou à Enfermeira na sala de Admissão à entrada da Maternidade

A1 Se podia beber líquidos durante o trabalho de parto	
A2 Se podia comer alimentos sólidos leves durante o trabalho de parto	
A3 Se podia ir à casa de banho evacuar durante o trabalho de parto	
A4 Se podia ir à casa de banho urinar durante o trabalho de parto	
A5 Se tinha que urinar na arrastadeira	
A6 Se tinha que ser algaliada [porem-lhe um tubinho para urinar]	
A7 Se podia ter um acompanhante [marido ou amiga, ou irmã ou mãe....]	
A8 Se a Enfermeira estaria presente no quarto durante o trabalho de parto	
A9 Se era a mesma Enfermeira a acompanhar e fazer o parto	
A10 Se tinha uma campainha para chamar	
A11 Se tinha que ficar deitada durante o Trabalho de Parto	
A12 Se podia alternar a posição de deitada, sentada, de pé, cócoras, gatas.... conforme lhe desse jeito	
A13 Se havia materiais para usar durante o trabalho de parto [Bola, almofadas, cadeira de baloiço ...]	
A14 Se podia usar o duche quente para aliviar as dores	
A15 Se a Enfermeira ia ajudar a respirar, relaxar durante as contrações	
A16 Se tinha o apoio da Enfermeira para fazer balanceio da anca e barriga para aliviar as dores	
A17 Se a sala ia ficar obscurecida e silenciosa	
A18 Se o seu acompanhante podia fazer massagens	
A19 Se no hospital havia Epidural	
A20 Em que altura do trabalho de parto a senhora podia fazer Epidural	
A21 Se podiam dar-lhe medicamentos para as dores [outros sem ser a Epidural]	
A22 Se o bater do coração do bebé era ouvido durante o Trabalho de parto	
A23 Se podia andar levantada com “aparelho” para ouvir o bater do coração do bebé	
A24 De quanto em quanto tempo lhes eram feitos toques vaginais durante o trabalho de Parto	
A25 Se podia <b>não ter soro</b> durante o Trabalho de Parto	
A26 Se podia <b>ter soro</b> para auxiliar o trabalho de parto	
A27 Se podia <b>não lhe serem dados</b> medicamentos para auxiliar a dilatação	
A28 Se <b>lhe eram dados</b> medicamentos para auxiliar a dilatação	
A29 Se há impressos/folhas próprias onde as Enfermeiras escrevem a evolução do Trabalho de Parto	
A30 Se o corte na vagina [episiotomia] seria evitada a menos que absolutamente necessária	
A31 Se podia ter o parto numa posição à sua própria escolha	
A32 Se podia utilizar uma cadeira de partos [comadre]	
A33 Se tinha que ir para outra sala mesmo antes do período expulsivo	
A34 Se no período expulsivo seria a senhora a dizer quando tivesse vontade de “puxar”	
A35 Se podia ter um espelho para perceber melhor a saída do bebé	

10. Assinale com X os cuidados que as Enfermeiras lhe prestaram durante o trabalho de parto
















	Sim	Não
T1 Deram-lhe líquidos durante o trabalho de parto quando pediu		
T2 Deram-lhe alimentos sólidos leves durante o trabalho de parto quando pediu		
T3 Foi à casa de banho evacuar durante o trabalho de parto quando pediu		
T4 Foi à casa de banho urinar durante o trabalho de parto quando pediu		
T5 Teve que urinar na arrastadeira		
T6 Foi algaliada [porem-lhe um tubinho para urinar]		
T7 Teve um acompanhante [marido ou amiga, ou irmã ou mãe....]		
T8 Teve a Enfermeira quase sempre presente no quarto durante o trabalho de parto		
T9 Foi a mesma Enfermeira a acompanhar e fazer o parto		
T10 Teve uma campainha para chamar		
T11 Teve que ficar deitada durante o Trabalho de Parto		
T12 Pode alternar a posição de deitada, sentada, de pé, cócoras, gatas.... conforme lhe deu jeito		
T13 Teve materiais para usar durante o trabalho de parto [Bola, almofadas, cadeira de baloiço ...]		

10.CONT. Assinale com X os cuidados que as Enfermeiras prestaram durante o trabalho de parto	Sim	Não
T14 Pode usar o duche quente para aliviar as dores		
T15 A Enfermeira ajudou-a a respirar, relaxar durante as contrações		
T16 Teve o apoio da Enfermeira para fazer balanceio da anca e barriga para aliviar as dores		
T17 A sala foi obscurecida e estava silenciosa		
T18 O seu acompanhante pôde fazer-lhe massagens		
T19 Teve analgesia Epidural quando pediu		
T20 Foi-lhe explicada a altura do trabalho de parto em a senhora podia fazer Epidural		
T21 Deram-lhe medicamentos para as dores [outros sem ser a Epidural]		
T22 O bater do coração do bebé foi ouvido durante o Trabalho de parto		
T23 Pôde andar levantada com "aparelho" para ouvir o bater do coração do bebé		
T24 Os toques vaginais feitos durante o trabalho de Parto foram os necessários		
T25 <b>Não lhe foi colocado ter soro</b> durante o Trabalho de Parto		
T26 <b>Foi-lhe colocado soro</b> para auxiliar o trabalho de parto		
T27 <b>Foram-lhe dados</b> medicamentos para avançar a dilatação sem lhe perguntarem se queria		
T28 <b>Foram-lhe dados</b> medicamentos para avançar a dilatação a seu pedido		
T29 Viu as Enfermeiras escrever em impressos/folhas que pensa serem os apropriados para registar a evolução do Trabalho de Parto		
T30 Garantiram-lhe que o corte na vagina [episiotomia] seria evitada e feito só se necessário		
T31 Garantiram que podia ter o parto numa posição à sua própria escolha		
T32 Pode utilizar uma cadeira de partos [comadre]		
T33 Teve que ir para outra sala mesmo antes do bebé nascer		
T34 Na altura do nascimento a senhora disse quando tinha vontade de "puxar" sem ser comandada pela Enfermeira		
T35 Pôde ter um espelho para perceber melhor a saída do bebé		

BA11 Durante o parto romperam-lhe a bolsa de águas ?  SIM  NÃO

BA12 Se lhe romperam a bolsa de águas sabe dizer qual a dilatação nessa altura?	2 a 3cm	4cm a 5cm	6cm a 8cm	9cm a 10 cm
---	---------	-----------	-----------	-------------

10 Recorde a sua experiência neste parto, assinale com um X nos quadradinhos quais as posições que a senhora teria preferido para lidar melhor com as dores das contrações

				
1	2	3	4	5
				
6	7	8	9	10
				
11	12	13	14	15



## Apêndice G- Portfolio com Documentos sobre Deambulação no Trabalho de Parto



Revisão  
Bibliográfica  
Sobre  
Deambulação  
no Trabalho  
de Parto

PROCEDIMENTOS

IMPRESSOS DE:  
M A L F O R M A Ç Õ E S  
E N V I O D E F E T O S  
SERVIÇO DE OBSTETRICIA

HOSPITAL  
ARQUIVO  
H O R Á R I O S  
/ PLANOS DE FÉRIAS  
/ E N F E R M A G E M  
SERVIÇO DE OBSTETRICIA

HOSPITAL  
FORMAÇÃO EM SERVIÇO  
SERVIÇO DE OBSTETRICIA

SC  
RELATÓRIO DE  
AUDITORIA  
MENSAL  
E  
NÃO  
CONFORME

Apêndice H- Sessão de Formação “ Vantagens da deambulação no TP”





Autor e Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Participantes	Intervenção	Medidas de Resultado	Resultados
MIQUELUTI et al. (2009)	RCT (Randomized controlled trial)	107 Primíparas em TP com apresentação cefálica, com 3-5 cm de dilatação cervical	Incentivaram-se as mulheres a deambular e a manterem-se em posição vertical.	*Nível de satisfação com a posição *Dor	A posição vertical contribuiu no alívio da dor e aumentou o conforto e satisfação das mulheres

Autor e Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Participantes	Intervenção	Medidas de Resultado	Resultados
SELBY et al (2012)	RCT (Randomized controlled trial)	Amostra de conveniência de 63 nulíparas de termo, com baixo risco, com um exame inicial negativo para o trabalho ativo (dilatação cervical <4 cm; membranas íntegras)	Foram feitos 2 grupos aleatoriamente e em que um grupo de grávidas deambula e outro fica no leito sendo avaliadas 1h depois	*Relação entre o nível de actividade e o desenvolvimento do trabalho de parto durante 24h *Nível de conforto	Não houve diferença na dilatação cervical entre os grupos. As mulheres devem ser incentivadas a adoptar o nível de actividade /posição que se sentem mais confortáveis e não o que é rotina dos hospitais.

### Conclusão da revisão sistemática da literatura

- Os estudos analisados nesta RSL revelam que a deambulação durante o trabalho de parto contribui para uma **diminuição do tempo de trabalho de parto** e para o **alívio da dor**.
- Defendem também que a mulher deve ser incentivada a adotar qualquer posição que lhe seja confortável durante o trabalho de parto.



Imagem extraída de site <https://www.cafedadesaberes.com.br/boas-praticas-para-trabalho-de-parto-normal.html>

### Resultados dos Questionários

#### Participantes

- 11 Enfermeiras
- Idade: 30-50 anos; Média 42,2 anos
- Exercício Profissional: 6 a 27 anos; Média 18,6 anos
- Exercício ESMO: 1 a 16 anos; Média 7,9 anos

- 42 puérperas
- Idade: 18-40 anos; média = 32,02 anos
- A maior parte das utentes é casada ou vive em união de fato (N=30; 93,8%)
- Para mais de metade das mulheres que responderam à questão, este parto corresponde ao 1º filho (N=22; %43,7%)

#### Admissão da Parturiente

##### Procedimentos mais efetuados pelas EESMO

	Não	Sim
Tricotomia perineal total	8	3
Tricotomia perineal parcial	1	10
Clister (enema)	10	1
Micro-clister	5	6
Determ/ Idade Gestacional		11
Auscultação dos BCFetais		11
Visualização fetal por Eco	9	2
Avaliação da TA		11
Avaliação do Pulso Materno	11	
Avaliação da temperatura	8	3
Estática fetal [M. Leopold]	4	7
Cervicometria	1	10
Pesar		11
Diz para tomar duche	10	1
Pergunta se tem Plano de Parto	11	

#### Cuidados que presta durante o Trabalho de Parto:

Proporciona líquidos orais durante o trabalho de parto		11
Proporciona alimentos sólidos leves durante o trabalho de parto		11
Permite ida à casa de banho para defecar	1	10
Permite ida à casa de banho para urinar	1	10
Usa so a arastadeira	10	1
Evita o uso de arastadeira	10	1
Recorre a algáliação	11	



Promove acompanhamento da figura acompanhante significativo		11	
Esta presente no quarto durante o trabalho de parto	9	2	
Acompanha a mulher no Trabalho de parto e faz o parto		11	
Quando se ausenta mostra a campanha para chamar	1	10	
Recomenda a posição supina (deitada) durante o Trabalho de Parto	7	4	
Informa, estimula alternar de posição deitada, sentada, de pé, cócoras, gatas, ...	6	5	
Se há materiais utiliza-os [Bola, almofadas, cadeira de balanço, cordas...]	6	5	
Promove o uso do duche quente para alívio da dor	7	4	
Apoia presencialmente ajuda técnicas respiratórias, relaxamento ou outras	4	7	
Apoia presencialmente e ajuda no balanço	9	2	
Promove o escurecimento e silêncio durante o Trabalho de parto	7	4	
Estimula o acompanhante significativo a fazer massagens	5	6	

Evita Episiotomia a menos que absolutamente necessária	1	10	
Facilita o parto numa posição à escolha da parturiente	11		
Se tem, utiliza cadeira de partos [comadre]	11		
Leva a parturiente da cama da enfermaria para a sala de partos	1	10	
Comanda o período expulsivo dizendo a parturiente quando deve "pusar"	2	9	
Da um espelho para se aperceberem do evoluir do período expulsivo	11		

**Que posições que mais recomenda às mulheres no Trabalho de Parto**

Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim		N	%
8	3	8	3	8	3	3	8	Posição 2	3	15,8%
								Posição 4	3	15,8%
								Posição 5	1	5,3%
								Posição 7	3	15,8%
								Posição 10	8	42,1%
								Posição 15	1	5,3%
								Total	19	100,0%

Imagem retirada do site <http://113.lidademanchipart.pt/2007/03/parto-e-a-combinacao-de-pa.html>

**Posições mais usadas pelas mulheres, por sua iniciativa no Trabalho de Parto**

Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim		N	%
8	3	7	4	8	3	2	9	Posição 1	3	15,8%
								Posição 2	4	21,1%
								Posição 7	3	15,8%
								Posição 10	9	47,4%
								Total	19	100,0%

Imagem retirada do site <http://113.lidademanchipart.pt/2007/03/parto-e-a-combinacao-de-pa.html>

**Os procedimentos que as senhoras mais reconhecem, realizados pelas enfermeiras, aquando da admissão no Bloco de Partos foram:**

- A avaliação da TA
- Cervicometria
- A auscultação dos BCF

	Respostas		Percent of Cases
	n	Percent	
E1-Tricotomia perineal total	10	5,6%	23,8%
E2-Tricotomia perineal parcial	19	6,8%	45,2%
E3-Cliter (menma)	8	2,9%	19,0%
E4-Micro-cliter	6	2,2%	14,3%
E5-Determinação da idade Gestacional	18	6,5%	42,9%
E6-Auscultação dos BCF fetais	34	12,2%	81,0%
E7-Vitalização fetal por Eco	15	5,4%	35,7%
E8-Avaliação da TA	38	13,6%	90,5%
E9-Avaliação do ritmo cardíaco materno	26	9,3%	61,9%
E10-Avaliação da temperatura	20	7,2%	47,6%
E11-Estática fetal [Manobras Leopold]	24	8,6%	57,1%
E12-Cervicometria	35	12,5%	83,3%
E13-Pesar	19	6,8%	45,2%
E14-02 para tomar diuche	6	2,2%	14,3%
E15-Pergunta se tem Plano de Parto	1	0,4%	2,4%
Total	279	100,0%	664,3%

n. Dichotomy group tabulated at value 1.

**Os três procedimentos mais solicitados pelas utentes foram**

- 1) Perguntar quantos "dedos" de dilatação tinha
- 2) Se o bebé estava bem posicionado
- 3) Com igual representação
  - 3.1) Pedir para ouvir o bebé
  - 3.2) pedir para tomar um duche

	Responses		Percent of Cases
	n	Percent	
S3-Cliter (menma)	1	2,8%	5,3%
S5-Quantas semanas tem de gravidez	1	2,8%	5,3%
S6-"Ouvir" o bebé	3	8,3%	15,8%
S7-"Ver" o bebé por Eco	2	5,6%	10,5%
S8-Avaliação da TA	2	5,6%	10,5%
S9-Avaliação do Pulso	2	5,6%	10,5%
S10-Avaliação da temperatura	2	5,6%	10,5%
S11-Se o bebé está bem posicionado	6	16,7%	31,6%
S12-Quantos "dedos" tem de dilatação	14	38,9%	73,7%
S14-Pede para tomar diuche	3	8,3%	15,8%
Total	36	100,0%	189,5%

n. Dichotomy group tabulated at value 1.



## Apêndice I - Plano de Sessão

## PLANO DE SESSÃO

**TEMA:** A Deambulação Durante o Trabalho de Parto

**PRELETOR:** Enfermeira Solena Correia (1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia)

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiras do serviço de Obstetrícia do Hospital de Beja

**LOCAL:** Hospital José Joaquim Fernandes, Beja; Gabinete médico do Serviço de Obstetrícia.

**DATA:** 14 de Maio de 2013, 14:30h

**DURAÇÃO:** 30 minutos

**Objectivo Geral:** Desenvolver competências na assistência à mulher em trabalho de parto promovendo a deambulação

### Objectivos Específicos:

- Sensibilizar a equipa profissional para a deambulação no trabalho de parto
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados à mulher/casal em trabalho de parto no S. de Obstetrícia do H.J.J.F. Beja.
- Apresentar evidências científicas que defendem a deambulação no trabalho de parto
- Apresentar resultados de questionários efetuados no serviço, como análise de situação

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	MATERIAL	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Apresentação da preletora - Apresentação do tema - Apresentação dos objetivos	Expositivo		2 min.
DESENVOLVIMENTO	- Princípios orientadores para o exercício profissional do EESMOG - A assistência no trabalho de parto	Expositivo Participativo		23 min.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Deambulação Durante o Trabalho de Parto</li> <li>- Orientações das Organizações de Saúde</li> <li>- Revisão sistemática da Literatura</li> <li>- Análise de dados dos questionários</li> </ul>			
CONCLUSÃO	Revisão dos conteúdos	Expositivo		2 min.
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preenchimento do questionário</li> <li>- Debate</li> </ul>	Participativo		3 min.

## Apêndice J- Avaliação da Sessão

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

DESIGNAÇÃO DA FORMAÇÃO	A Deambulação no Trabalho de Parto
FORMADOR(A)	Solena Correia
DATA	14 de Maio de 2013

A sua opinião sobre a formação em que acaba de participar, reveste-se de grande importância para que possamos:

- ✓ Aferir em que medida foram satisfeitas as expectativas;
- ✓ Perceber se os objetivos delineados foram atingidos;
- ✓ Melhorar a eficácia/eficiência em futuras ações de formação;
- ✓ Diagnosticar necessidades de formação.

Assim solicitamos o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial.

Responda a cada item, colocando uma cruz  na coluna que melhor exprime a sua opinião.

1 – AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
1.1 – Apreciação global da formação					
1.2 – Adequação da formação ao seu nível de conhecimentos					
1.3 – Cumprimento dos objetivos propostos					
1.4 – A formação correspondeu às expectativas					

2 – AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
2.1 – Pertinência dos conteúdos					

2.2 – Utilidade dos conteúdos					
2.3 – Tempo dedicado a cada conteúdo					
2.4 – Relevância para aquisição de novos conhecimentos					

3 – AVALIAÇÃO DO FORMADOR	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
3.1 – Domínio dos conteúdos					
3.2 – Clareza da Comunicação					
3.3 – Motivação dos formandos					
3.4 – Relação com o grupo					
3.5 – Esclarecimento de dúvidas					
3.6 – Metodologia de apresentação					

4 – AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E RECURSOS DE APOIO	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
4.1 – Divulgação da formação no serviço					
4.2 – Tempo de duração da formação					
4.3 – Horário da formação					
4.4 – Adequação dos suportes pedagógicos (retroprojetor, videoprojetor...)					

GOSTARIA AINDA QUE RESPONDESSE ÀS SEGUINTES QUESTÕES:

5 – SUGESTÕES PARA FUTURAS AÇÕES DE FORMAÇÃO

---



---

6 – OUTROS COMENTÁRIOS

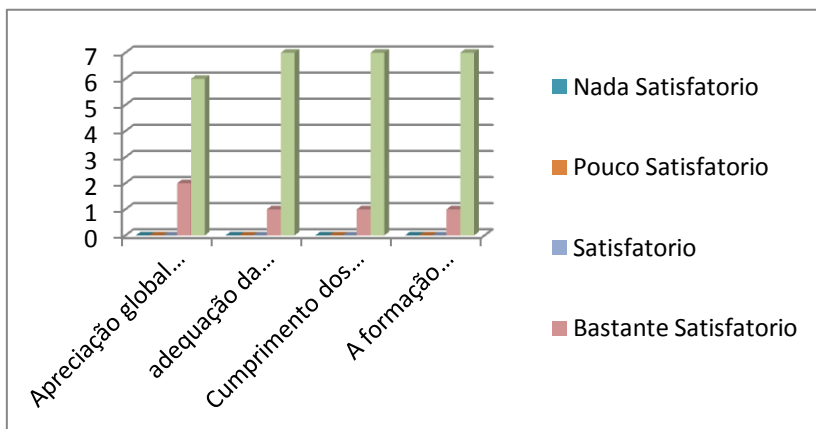
---



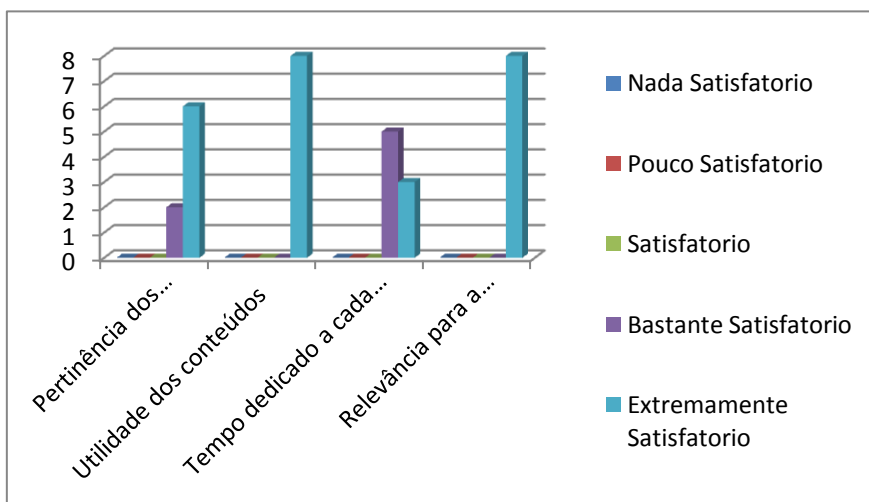
---



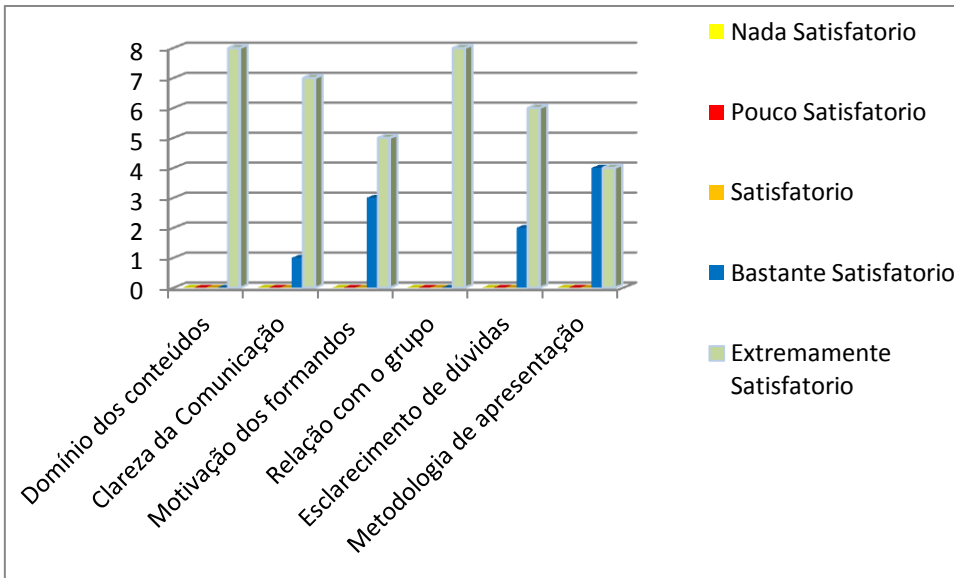
### Resultados da avaliação da Sessão:



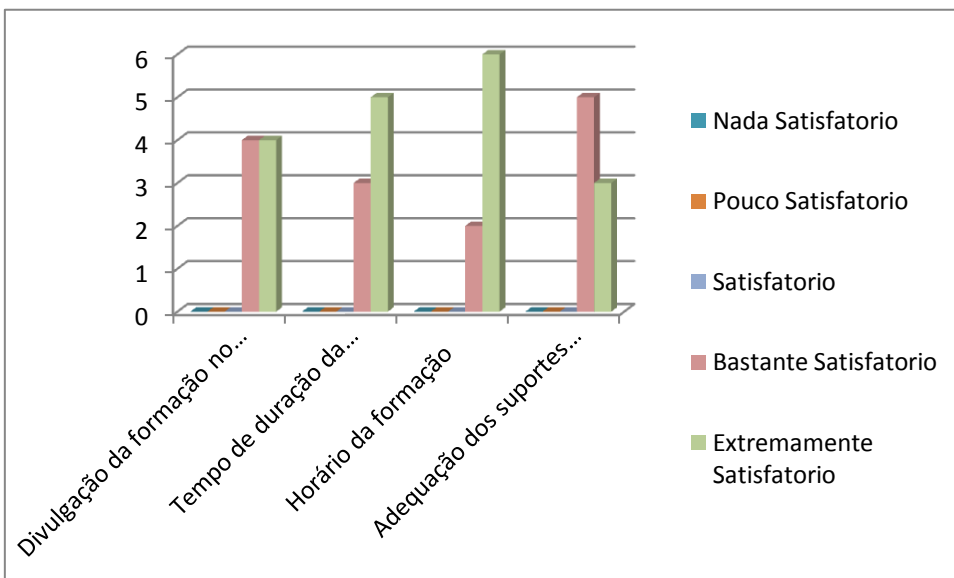
### Apreciação Global da Sessão de Formação



### Avaliação dos Conteúdos Programáticos



### Avaliação do Formador



### Avaliação da organização e recursos de apoio

## Apêndice K- Poster Vantagens da Deambulação durante o TP

# Vantagens da deambulação

durante o trabalho de parto

**Aumenta o fluxo  
sanguíneo** para a placenta

**Melhora a  
contratilidade** uterina

Proporciona **mais  
conforto** à mulher

**Diminui o tempo  
de trabalho de parto**

Apêndice L- folheto sobre As Vantagens da Deambulação durante o Trabalho de Parto

## POR UM AMOR INCONDICIONAL...

«Não importa apenas se a mulher e o bebé estão vivos e de boa saúde, mas também como foi a experiência para a mãe. Isso tem implicações na forma como vai encarar a maternidade, a sua relação com o bebé e com o pai.»

Shella Kitzinger



### Serviço de Obstetria - ULSBA

**9100-01000**  
Rua Dr. António Fernando Costa Lima  
780-361000, Portugal  
Tel: +351 266 91 0100. Fax: +351 266 922747  
obst@ulsa-mo-avulsa.pt [www.ulsa.pt](http://www.ulsa.pt)



Associação do Centro Cirúrgico  
Lusitano - 1.º Centro de Medicina em Emergências de Saúde Materna e Neonatal  
Base de Apoio às Emergências Não-Ledas de Cirurgia



**ULSBA**

Unidade Local de Saúde  
do Baixo Alentejo, EPE



## VANTAGENS DA DEAMBULAÇÃO

Informação para a Mulher  
em Trabalho de Parto

## O QUE É O TRABALHO DE PARTO?

Muitas vezes, existe uma frustração e alguma revolta quando a grávida é informada de que, apesar de estar a sentir dores, ainda não está «em trabalho de parto».

**Trabalho de parto** é o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez iniciados, levam 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 depende de vários fatores, tais como a passageiro (feto e placenta), a passagem (canal de parto), as contrações, a posição da mãe e as reações psicológicas.



## VANTAGENS DA DEAMBULAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO

O efeito da gravidade melhora as contrações;

Contribui para «moldar» a forma e o tamanho da sua bacia;

O peso do bebé provoca pressão no colo uterino, facilitando a sua dilatação;

Proporciona maior conforto à mulher;

Ajuda na alívio da dor;

Diminui o tempo do trabalho de parto.

**CAMINHAR PARA  
DAR VIDA.**



## RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

O Serviço de Obstetria do Hospital José Joaquim Fernandes (Beja) possui dois aparelhos de cardiocotografia (CTG) sem fios, permitindo a deambulação enquanto efetua o seu registo. Desta forma, está sempre garantida a vigilância do bem-estar materno fetal.

A utilização deste meio é efetuada, desde que não tenha indicação clínica para repouso total no leito. Esta informação ser-lhe-á fornecida pela Enfermeira Parteira ou pelo Médico.

O facto de poder andar dá-lhe uma sensação de controlo sobre o seu corpo, podendo adoptar várias posições durante o trabalho de parto. Procure a posição mais confortável para si!

**As Enfermeiras do Serviço de  
Obstetria desejam-lhe uma hora  
muito feliz.**

## Apêndice M- EDOCs Pedido de autorização ao CA para aplicação do projecto



## Relatório Detalhado da Distribuição: EDOC/2012/49854



<b>Assunto:</b> Pedido de autorização para elaboração de projecto	
<b>Observações:</b>	
<b>Processos</b>	
Código	Assunto Estado
<b>Antecedentes</b>	
Código	Assunto Data Início
<b>Registos Associados</b>	
Livro	Ano Número Assunto Observações Criado em
<b>Conhecimentos</b>	
Perfil	Nome Autor Data
<b>Etapas</b>	
Descrição	Detalhe
<b>Distribuição:</b>	EDOC/2012/49854
<b>Etapa nº:</b>	1
<b>Nome:</b>	
<b>Descrição:</b>	
<b>Percurso:</b>	
<b>Estado:</b>	Enviada
<b>Operações Efectuadas:</b>	
<b>Fase:</b>	
<b>Interveniente:</b>	Donzília Marques - ULSBA
<b>Executante:</b>	Donzília Marques - ULSBA
<b>Data de Leitura:</b>	10-07-2012 15:21:05
<b>Envio:</b>	10-07-2012 15:28:42
<b>Assinada:</b>	Não
<b>Documentos:</b>	Nome Assinaturas
	<a href="#">carta ao CA.doc</a>
	<a href="#">QUESTIONÁRIO ÀS PARTURIENTES DO BLOCO DE PARTOS DO HOSPITAL DE BEJA.doc</a>
	<a href="#">QuestParteirasV3.doc</a>
<b>Cópias Para:</b>	
<b>Parecer/Informação:</b>	Pedido de autorização para elaboração de projecto de Mestrado (Saúde Materna e Obstetrícia); Ver em anexo, por favor.
Descrição	Detalhe
<b>Distribuição:</b>	EDOC/2012/49854
<b>Etapa nº:</b>	2
<b>Nome:</b>	
<b>Descrição:</b>	
<b>Percurso:</b>	
<b>Estado:</b>	Enviada