

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

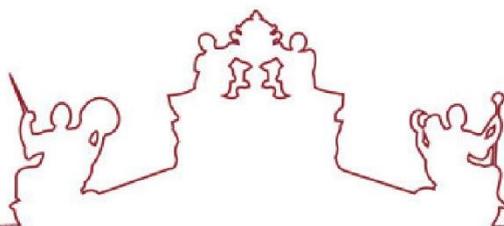
Relatório de Estágio

Liberdade de movimento no primeiro estadio do trabalho de parto

Alexandre Miguel Mourato Dias

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

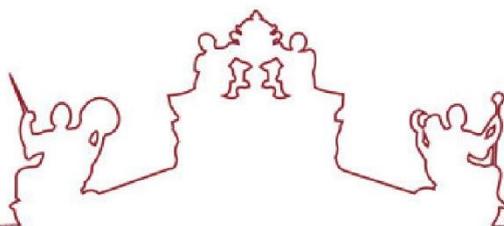
Relatório de Estágio

Liberdade de movimento no primeiro estadió do trabalho de parto

Alexandre Miguel Mourato Dias

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | A. Frias (Universidade de Évora) (Orientador)
Luís Manuel Pinto Miranda (Centro Hospitalar Barreiro, Montijo, E.P.E.)
(Arguente)

“If you can’t move the baby, move the mother!”

Barbara Harper

Agradecimentos

Esta é a marca que assinala o findar de uma etapa há muito por mim desejada. Desde os primeiros passos como aprendiz de enfermeiro percebi que o meu caminho passaria por poder fazer a diferença e marcar a vida de quem como eu se aventura na maternidade, ainda que com propósitos diferentes, mas em parte iguais. Na minha modesta e ainda curta jornada percebi que a vida é como uma linha, nas suas extremidades tem de um lado o primeiro choro e do outro um último suspiro. Por cada vez que presenciei o último suspiro tive cada vez mais a certeza que era com o primeiro choro que queria marcar a minha carreira e a vida de quem cruza o meu caminho.

Este foi um percurso que não foi feito sozinho, como tal não podia deixar de expressar o meu mais sincero agradecimento às pessoas que contribuíram para que fosse possível.

À Professora Doutora Ana Frias, por toda a dedicação, paciência, incentivo, orientação e apoio ao longo desta jornada.

À Carla, a minha companheira, a primeira pessoa que sempre me motivou e apoiou, estando presente nos melhores momentos e também naqueles que se mostraram mais desafiantes, com uma palavra estimulante que me deu sempre força para continuar a querer ser melhor a cada dia que passa.

À minha família, pai, irmão, tios, sogros, Diogo e Lucas, pelo apoio e motivação.

Às Enfermeiras Orientadoras, pelo empenho e dedicação, pelas oportunidades de aprendizagem e conhecimentos transmitidos.

Às equipas multidisciplinares dos serviços das instituições pela possibilidade de aprendizagem proporcionada e disponibilidade.

Aos amigos e colegas por cada palavra de incentivo.

Em especial dedico à minha mãe, por me ter ensinado que a palavra impossível foi inventada por alguém que não tentou o suficiente.

Resumo

TÍTULO: Liberdade de movimento no primeiro estágio do trabalho de parto

Introdução: O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica possibilita a aquisição de competências baseado no estágio de natureza profissional, e descrição por meio de Relatório Final, possibilitando o desenvolvimento teórico e prático conforme o Regulamento do 2.º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, para obtenção do grau de mestre.

Objetivo: Descrever e documentar as experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas no processo de aquisição de competências durante o estágio de natureza profissional, realizado em duas instituições de saúde públicas e aprofundar conhecimentos sobre o tema da liberdade de movimento no trabalho de parto.

Metodologia: Descrição e reflexão das experiências presenciadas ao longo do Estágio de Natureza Profissional e aprofundamento da temática “Liberdade de movimento no primeiro estágio do trabalho de parto”.

Resultados: Aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. O aprofundamento do tema contribuiu para adquirir e consolidar conhecimentos relativos aos cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto que permitam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pela prática baseada na evidência.

Conclusões: Os objetivos inicialmente estabelecidos foram atingidos, sendo que as competências adquiridas promovem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na prática clínica.

Descritores (MeSH): Deambulação; Mobilidade; Primeiro estágio trabalho de parto; Parto.

Abstract

TITLE: Freedom of movement in the first stage of labor

Introduction: The Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing enables the acquisition of skills based on the professional internship, and description through the Final Report, enabling theoretical and practical development in accordance with the Regulation of the 2nd cycle of studies at the Escola Superior de Enfermagem São João de Deus at the University of Évora, to obtain a master's degree.

Objective: To describe and document the experiences and activities developed in the process of acquiring skills during the internship of a professional nature, carried out in two public health institutions and to deepen knowledge about freedom of movement in labor.

Methodology: Description and reflection of the experiences witnessed during the Internship of a Professional Nature and deepening of the theme “Freedom of movement in the first stage of labor”.

Results: Acquisition and development of common competences of specialist nurses and specific competences of specialist nurses in maternal and obstetric health nursing. The deepening of the theme contributed to acquire and consolidate knowledge related to the care provided during labor and delivery that allow contributing to the improvement of care provided by evidence-based practice.

Conclusions: The initially established objectives were achieved, and the acquired skills promote the improvement of the quality of care provided in clinical practice.

Descriptors (MeSH): Ambulation; Mobility; Labour stage, first; Parturition.

Índice

1.Introdução	11
2. Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional.	14
2.1. Caracterização do contexto de Estágio	14
2.1.1. Caracterização dos serviços da Instituição de saúde do Sul do País	17
2.1.1.1. Serviço de consulta externa de obstetrícia	17
2.1.1.2 Serviço de Ginecologia	19
2.1.1.3. Serviço de Obstetrícia	20
2.1.1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	22
2.1.1.5. Urgência de Obstetrícia e Ginecologia	22
2.1.2. Caracterização dos serviços da Instituição de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.....	25
2.1.2.1. Urgência de Obstetrícia e Ginecologia	25
2.1.2.2. Bloco de partos	25
2.2. Metodologia do estágio de natureza profissional	27
2.2.1. Objetivos do estágio de natureza profissional.....	28
2.2.2. População-alvo	28
2.2.3. Metodologia de aprendizagem na prática clínica.....	30
3. Contributo para a assistência em enfermagem de saúde materna e obstétrica. ..	33
3.1. Concetualização	34
3.2. Metodologia	36
3.3. Resultados	42
3.4. Discussão	48
3.5. Conclusão	52
4. Análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências	54
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	54
4.2. Competências Especificas dos Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	58

5. Considerações finais	66
Referências bibliográficas	68
Apêndices	80
Apêndice A: Modelo T-005 Proposta de Tese / Dissertação / Estágio / Trabalho de projeto	81
Apêndice B: Apresentação “A tomada de decisão e importância no papel do enfermeiro – uma reflexão”	87
Apêndice C: Formulário Cedência de Placenta	94
Apêndice D: Registo de contabilização - Estágio de natureza profissional	95

Índice de figuras

Figura 1 - Quadro dos Campos clínicos do Estágio de Natureza Profissional	15
Figura 2 - Gráfico de distribuição faixa etária.....	29
Figura 3 - Gráfico da nacionalidade de grávidas e parturientes	30
Figura 4 - Quadro de Estratégia de Pesquisa	40
Figura 5 - Diagrama dos estudos identificados, incluídos e excluídos.....	41
Figura 6 - Quadro de Síntese dos estudos da revisão integrativa da literatura.....	47

1.Introdução

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora (EU), foi elaborado o presente relatório, que traduz o percurso percorrido na obtenção de competências técnicas, científicas e relacionais especializadas que são determinantes na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), tendo por base a mais atualizada evidência científica, descrevendo as atividades desenvolvidas e resultados obtidos com vista a obter o grau académico de mestre, pela UE.

O MESMO é um curso do 2.º ciclo de estudos da UE que permite a aprendizagem de conhecimentos e obtenção de competências reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para obtenção do título de EEESMO, em concordância com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 140/2019 de 6 de fevereiro e o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO nº 391/2019 de 3 de maio. De igual modo, para obter o grau académico de mestre e de acordo com o plano de estudos da UE, faz parte o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final que teve lugar nos serviços de consulta externa, internamento de ginecologia, internamento de puérpera e sala de partos de dois hospitais.

Para a OE (2010), o enfermeiro especialista tem competências instrumentais, interpessoais e sistemáticas, em determinado campo de intervenção, que lhes permite uma tomada de decisão com base num julgamento clínico tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Indo ao encontro desta premissa o presente relatório visa ser o reflexo daquele que foi o processo de aquisição de conhecimentos e competências que coadunam com aquela que será uma sugestão de implementação de melhoria dos cuidados. Visa igualmente demonstrar, pela defesa em provas públicas, aquelas que foram as competências específicas conseguidas ao longo do Estágio de Natureza Profissional (ENP) tendo por fundamento a Prática Baseada na Evidência (PBE) e ainda a realização de uma revisão da literatura sobre uma temática pertinente e de interesse para a Saúde Materna e Obstétrica. A sua organização foca primeiramente o contexto clínico do ENP, seguindo-se o tópico dos contributos para a melhoria da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), onde

foi desenvolvida e aprofundada a temática, liberdade de movimento no trabalho de parto, e finda com uma análise reflexiva do processo de aquisição de competências

Este relatório visa, também, a realização de uma revisão da literatura tendo por base um tópico relevante. Esta revisão será realizada segundo o método de revisão narrativa da literatura com o tema “Liberdade de movimento no primeiro estágio do trabalho de parto”. Sendo uma área de interesse pessoal e uma lacuna que foi percebida durante a prestação de cuidados na instituição onde atuo, revelou-se a pertinência do tema, por esta ser uma área de intervenção autónoma e de a sua aplicabilidade se traduzir numa melhoria da prática “humanizadora” de cuidados que respeitam a individualidade da mulher/casal e a sua vivência da maternidade.

Se pensarmos numa vivência marcante no ciclo de vida de uma mulher, provavelmente nenhuma se compara aquela que é vivida no decurso de Trabalho de parto (TP). A mulher inicia esta jornada que resultará na obtenção do mais gratificante papel atribuído pela sociedade, o papel de mãe (Estrela et al., 2018), sendo que, a mulher passa por uma série de modificações tanto fisiológicas como psicológicas num curto espaço de tempo (Mamede et al., 2004, 2007; Alves & Bezerra, 2020). Apesar de ser um processo mais ou menos comum na maioria das mulheres, cada mulher é única e com uma personalidade e desejos distintos para vivenciar o processo de TP (Rosa et al., 2021), razão pela qual é de extrema importância a implementação de práticas promotoras da humanização e respeito pelo processo fisiológico do TP.

Apesar das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1996, para adoção de posições verticais continua a existir alguma resistência e mesmo restrições para a mulher que lhe são impostas sejam por medidas de monitorização estáticas contínuas, rotinas dos serviços e/ou resistência de alguns profissionais em mudar práticas (Alcântara & Silva, 2021; Barasinski et al., 2018; Schwartz et al., 2016). Cada vez mais a mulher está capacitada para participar ativamente no seu processo de TP e cada vez mais procuram a possibilidade de poderem movimentar-se livremente como forma de se sentirem mais integradas no processo de nascimento dos seus filhos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), a posição supina em nada beneficia a evolução do trabalho de parto, uma vez que acarreta maior risco de compromisso circulatório, aumento da dor, redução do diâmetro interespinhoso e progressão mais lenta da apresentação fetal.

As alterações psíquicas, comportamentais, emocionais, inconscientes, hormonais e neurovegetativas que ocorrem durante todo o período de TP afetam a postura da mulher e a sua dinâmica pélvica, e podemos observar que a mulher vai sentir necessidade de se movimentar, mudando de posição com frequência até ao nascimento do bebé (Ferreira, 2021). Atualmente essa “necessidade de se movimentar” vão ao encontro dos resultados encontrados pelos investigadores em estudo como os de Alves et al. (2019), Berta et al. (2019), Desseuve et al. (2017), Digal et al. (2020), e Marzouk e Eid (2020) que comprovam cientificamente que a liberdade de movimento durante o TP promove uma eficiência contrátil uterina, uma promoção do fluxo sanguíneo para a placenta, vivências mais satisfatórias do TP, TP mais rápidos e menos dolorosos, bem como uma diminuição das distocias de progressão por melhorar a adaptação do feto ao diâmetro da bacia.

É objetivo geral do atual documento descrever as experiências clínicas através de um relato ilustrado e fundamentado daqueles que forma os compôs clínicos da prática de cuidados bem como os conhecimentos aprofundados sobre a temática liberdade de movimento, dada a sua importância no contexto dos cuidados especializados. O presente documento está organizado de acordo com as orientações escolares no Regulamento Académico da Universidade de Évora, despacho nº53/2022, faz uso do acordo ortográfico aplicado na Universidade de Évora através da circular nº 4 de 2011 e encontra-se redigido de acordo com as normas da American Psychological Association (APA), 7ª edição (Mendes, 2020; Reiçadas, 2020 cite in American Psychological Association, 2019).

2. Contexto Clínico do Estágio de Natureza Profissional.

Neste capítulo será feita uma descrição de forma a caracterizar os contextos clínicos de aprendizagem no decorrer do ENP, terá essa descrição em atenção toda a sua vertente, desde a estrutura física, humana e relacional na qual o estudante se insere para retirar experiência prática. É fundamental na aprendizagem uma vez que permite ao estudante um desenvolvimento prático aliado ao desenvolvimento teórico de forma a integrar as duas vertentes em simultâneo (Dias & Jesus, 2021).

O ENP foi precedido pela submissão do projeto (Apêndice A), documento onde estão descritas as competências a adquirir ao longo do ENP, bem como a temática abordada, a qual se apresenta como título do presente relatório e nele aprofundada.

2.1. Caracterização do contexto de Estágio

O ENP do MESMO da UE é a unidade curricular do 2.º ano que permite ao estudante a realização de Estágio em diversos contextos clínicos e dá oportunidade de conhecer as diferentes realidades de cada serviço nos diversos campos clínicos. O ENP conta com um total de 36 semanas de estágio que correspondem a 60 ECTS, conforme consta da Lei Portuguesa nº9/2009 de 4 de março, divididos em períodos de quatro, seis e oito semanas. O seu início teve lugar a 13 de setembro de 2021 e término a 25 de junho de 2022. O ano letivo é dividido em dois semestres, sendo que o 1.º semestre iniciou a 13 de setembro de 2021 e terminou a 29 de janeiro de 2022 com interrupção para férias de Natal (de 23 a 31 de Dezembro de 2021). O 2.º semestre teve início a 22 de fevereiro de 2022 e terminou a 25 junho de 2022, com interrupção para férias de Páscoa (de 13 a 18 de Abril de 2022).

O contexto clínico construtivo de aprendizagem em enfermagem compreende toda a sua envolvência física, humana, relacional e organizacional (Ekstedt et al., 2019). É fundamental que este contexto seja promotor de experiências no contexto clínico que motivem e permitam a consolidação dos conhecimentos teórico na prática (Arkan et al., 2018; Ekstedt et al., 2019; Kalyani et al., 2019). Dada a importância que o contexto clínico e a supervisão clínica desempenham no processo de aprendizagem, a relação entre aluno, supervisor clínico e orientador pedagógico deve ser promotora de segurança e suporte permitindo colmatar as lacunas do conhecimento. O aluno tem a responsabilidade de desempenhar um papel ativo na busca pelo conhecimento a par com o supervisor

clínico e orientador pedagógico como facilitadores e responsáveis dessa aprendizagem (Ekstedt et al., 2019; Kalyani et al., 2019). O seguinte quadro, sintetiza e apresenta os campos clínicos e os períodos em que foi realizado o ENP.

Datas	Estágio Profissional	Campo clínico / Instituição	Semestre
13/09/2021 a 24/10/2021	Consulta externa – Cuidados de Saúde Primários (6 semanas)	Hospital da Região Sul do país	1.º semestre
25/10/2021 a 05/12/2021	Ginecologia (6 semanas)	Hospital da Região Sul do país	
06/12/2021 a 22/01/2022	Bloco de Partos (6 semanas)	Hospital da Região Sul do país	
07/02/2022 a 20/03/2022/	Puerpério (6 semanas)	Hospital da Região Sul do país	2.º semestre
21/03/2022 a 24/04/2022	Bloco de Partos (4 semanas)	Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo	
26/04/2022 a 19/06/2022	Bloco de Partos (8 semanas)	Hospital da Região Sul do país	

Figura 1 - Quadro dos Campos clínicos do Estágio de Natureza Profissional

Os contextos clínicos foram orientados/avaliados em regime de supervisão clínica por um especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica dos serviços onde ocorreu o ENP e sob orientação pedagógica da docente do departamento de enfermagem da escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, da Universidade de Évora, a professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias.

Segundo o Regulamento de Competências Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, da OE, a supervisão clínica é “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e o supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 16657). Este processo vai permitir que o estudante

tenha um acompanhamento e orientação pedagógica que contribua para o seu desenvolvimento profissional com o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O EEESMO é um elemento-chave na prestação de cuidados diferenciados à mulher inserida na família e na comunidade em todas as fases do seu ciclo sexual e reprodutivo. É através da promoção do planeamento familiar e pré concecional, de cuidar na gravidez, no parto e no puerpério, com o intuito de promover o autocuidado e proporcionar uma melhor transição e adaptação parental que resultaram em famílias saudáveis, vivências positivas da gravidez, parto e puerpério, sexualidade e parentalidade saudáveis. É também da índole do EEESMO cuidar da mulher durante o período do climatério, promovendo uma adaptação saudável à menopausa, e na vivência do processo de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015, 2019). Deste modo o estágio de natureza profissional e o seu relatório, são o início de um progresso contínuo de desenvolvimento profissional do EEESMO onde alia os conhecimentos teórico e prático à prática clínica com o objetivo de demonstrar os conhecimentos e competências adquiridas.

O ENP é demonstrativo daquilo que deve ser o cuidar focado na mulher e no seu meio, com a consciência de que a mulher é a interveniente principal do seu parto e não quem tem uma intervenção ou o realiza (Rosa et al., 2021; Valadão & Pegoraro, 2020). Pelo que devemos entender o papel descentralizado de juízos de valor, focando-nos em respeitar as decisões e valores tendo em conta de que as mesmas devem sempre ser suportada pelo apoio e orientação do EEESMO com vista a proporcionar vivências mais positivas da parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

De acordo com o estipulado no Código Deontológico, o enfermeiro é “obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de: (...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Lei 111/2009 de 16 de setembro, p. 6548). De modo a conservar a confidencialidade das instituições e pessoas, dos locais onde se desenvolveu o estágio, apenas será feita referência a área geográfica abrangente no enquadramento da sua caracterização.

O ENP, decorreu em duas instituições hospitalares públicas, localizadas em áreas ecográficas distintas. Esta jornada teve início numa instituição de saúde da região sul,

onde ocorrem cerca de 2500 partos por ano (PORDATA, 2021b; Transparência - SNS, 2021). Esta instituição conta com a unidade materno-fetal que engloba o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia, consulta externa de obstetrícia, serviço de ginecologia, serviço de obstetrícia e unidade de cuidados intensivos neonatais. Seguidamente o ENP teve lugar numa instituição de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo onde ocorrem cerca de 2000 partos por ano (PORDATA, 2021b; Transparência - SNS, 2021). Nesta unidade estão incluídos o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia e bloco de partos.

Os cuidados em ambas as instituições são semelhantes, na medida em que foram prestados cuidados gerais e especializados a parturientes em todos os estádios do TP, incluindo situação de indução do TP e a parturientes e/ou puérperas com patologia associada, induzida ou não pela gravidez. A diferença entre as duas instituições prende-se com a PBE, com o nível de atualização de conhecimentos da equipa e principalmente com os recursos humanos e materiais disponíveis. É a PBE que permite a atualização e melhoria dos cuidados (Massaroli et al., 2020; Santos et al., 2022). Contudo e apesar dos enfermeiros corroborar com este facto e admitirem a sua contribuição para a melhoria dos cuidados, continuamos a assistir a um ambiente limitador com sobrecarga de trabalho, renitência à mudança e falta de compreensão sobre o processo de PBE (Santos et al., 2022).

2.1.1. Caracterização dos serviços da Instituição de saúde do Sul do País

O presente capítulo visa descrever de forma mais detalhada cada uns dos locais onde teve lugar o ENP na instituição de saúde do Sul do País, nomeadamente o serviço de consulta externa de obstetrícia, serviço de ginecologia, serviço de obstetrícia, unidade de cuidados intensivos neonatal (UCIN) e a urgência de obstetrícia e ginecologia.

2.1.1.1. Serviço de consulta externa de obstetrícia

O Serviço de Consulta externa de obstetrícia abarca as valências de Medicina Materno Fetal, Referência Obstétrica, Diagnóstico Pré-Natal (DPN) e Saúde Reprodutiva.

A consulta de Medicina Materno Fetal realiza-se de segunda a sexta-feira, e visa manter uma vigilância da grávida patológica ou de risco. O encaminhamento destas grávidas é feito pelos centros de saúde, pelo serviço de urgência, por consultas de outras especialidades e medicina privada. Esta consulta é composta pela consulta de enfermagem especializada em saúde materna e obstétrica e consulta com médico obstetra.

A consulta de enfermagem consiste numa entrevista guiada de forma a recolher dados obstétricos, antecedentes pessoais, familiares e de contexto social relevantes para o desenvolvimento da gravidez (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Conseguindo assim fazer uma avaliação dos riscos maternos-fetais e de conhecimento relativamente ao progresso da gravidez. É com base nestes pontos que a consulta de enfermagem para além de contemplar a avaliação dos parâmetros vitais, antropométricos e obstétricos, permite ainda a realização de ensinamentos de educação para a saúde adequados ao estágio da gravidez e patologia associada (Néné et al., 2016).

De acordo com a condição obstétrica de cada mulher, existem normas do serviço que protocolam a execução de determinados exames complementares de diagnóstico (ECD's), sendo a cardiocografia (CTG) da responsabilidade do EEESMO uma vez que este é o profissional habilitado com competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade (*Decreto-Lei n.º 161/96*, 1996). Dada a sua importância na avaliação do bem-estar fetal, mais ainda em situações de gravidez de risco onde a realização deste exame pode ser crucial para uma intervenção atempada em casos de alteração do bem estar fetal, minimizando possíveis complicações que decorram do estado de sofrimento fetal (Kelly et al., 2021; Mohan et al., 2021).

A consulta de referência obstétrica é a consulta de enfermagem que se realiza no período da tarde de segunda a sexta-feira, com o intuito de realizar uma consulta no hospital de referência onde se prevê ter lugar o parto. As grávidas que frequentam esta consulta são encaminhadas pelos centros de saúde e pelo serviço de urgência. Geralmente esta consulta tem lugar cerca das 38 semanas de gravidez e vem dar resposta às orientações do guia de vigilância da gravidez de baixo risco (Direção-Geral da Saúde, 2015; Néné et al., 2016).

A consulta acima referida tem também como objetivo identificar alguma intercorrência que possa não ter sido identificada no seguimento da gravidez nos centros de saúde, como diabetes gestacional, hipertensão induzida pela gravidez, restrições de crescimento fetal, oligoamnios, hidrâmnios, entre outras. Bem como avaliação do bem-estar fetal e realização de ensinamentos de sinais e sintomas de alerta para recorrer à urgência. Fazem ainda parte dos ensinamentos a preparação da grávida/família para receber o novo elemento da família, a preparação da mala de maternidade e esclarecimento de dúvidas

que a grávida/casal tenha. A programação da indução de TP se o parto não ocorrer até as 41 semanas completas também é feita nesta ocasião.

A consulta de DPN ocorre de segunda a sexta-feira, é realizada pelo EEESMO e divide-se em consultas de protocolo I (rastreamento combinado do 1.º trimestre) e consultas de DPN subsequentes. Estas consultas são compostas por uma avaliação inicial que é feita com base numa colheita de dados relevantes para a gravidez, por colheitas de sangue para análise e avaliação dos parâmetros vitais e ensaios relativos aos cuidados. Como apoio à consulta existe ainda um gabinete preparado para a realização de técnicas invasivas de diagnóstico e outra destinada à realização de ecografia obstétrica.

No âmbito da saúde reprodutiva o EEESMO responsável pela consulta de DPN colabora ainda na consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), conforme preconizado pelo Decreto-Lei nº 16/2007.

2.1.1.2 Serviço de Ginecologia

A estrutura física do Serviço de Ginecologia apresenta 2 enfermarias com apenas uma cama e 6 enfermarias com capacidade para 3 camas cada, permitindo um total de 20 utentes internadas. Para além das diversas patologias do foro ginecológico e sinológico neste serviço presta-se cuidados, também, a alguns doentes de outras especialidades cirúrgicas conforme a disponibilidade e necessidade da organização. O serviço é ainda composto por uma sala de enfermagem, sala de tratamento/observação, sala de acolhimento e quartos de banho com duche. Existem vários profissionais que integram a equipa multidisciplinar, são eles enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas, médico dentista, assistente Social e psicóloga. A enfermeira chefe do serviço é Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Não obstante de toda a equipa multidisciplinar por vezes os rácios não são os mais adequados, sendo que no caso do EEESMO o mesmo não existe, o que contraria as dotações seguras de pelo menos um EEESMO em permanência nas 24 horas, como determinado pela Ordem dos Enfermeiros (2019a).

A metodologia de trabalho é por enfermeiro responsável, centrado na distribuição de doentes pelo número de enfermeiros em cada turno. Tem por base o sistema de classificação de doentes, integrado no suporte informático SClinic® utilizado para registo de enfermagem, que quantifica o tempo aproximado de cuidados de enfermagem a prestar. O regime terapêutico respeita o sistema de unidades previamente preparado nos

serviços farmacêuticos para as 24 horas. Este é um método que promove a segurança do doente diminuindo o erro terapêutico já que permite uma dupla verificação por diferentes profissionais. Para além dos ganhos em saúde pela diminuição do erro terapêutico podemos também verificar que existem ganhos para os profissionais, nomeadamente os enfermeiros a nível da preparação de alguns fármacos. A nível institucional existem ganhos a nível económico pela eficácia e diminuição das perdas e desvios de terapêutica relacionados aumentando o seu controlo e permite o reaproveitamento racional de fármacos a cada 24h (Araújo et al., 2020; Barbosa et al., 2021).

Maioritariamente a proveniência das utentes hospitalizadas é feita pelo serviço de urgência ou mesmo pela consulta externa de ginecologia, e as patologias mais frequentemente observadas estão associadas a afeções ginecológicas como os carcinomas do ovário, útero, endométrio e mama; miomas e fibromiomas; gravidez ectópica; abortos espontâneos ou falha do método medicamentoso na interrupção voluntária da gravidez e doença infamatória pélvica. Dado que uma grande parte do tratamento destas condições de doença é a cirurgia foi por base nas oportunidades de observação e pelo posterior estudo, apreender conhecimentos sobre as cirurgias que presenciadas em bloco operatório e as mais recorrentes como as histerectomias totais abdominais, histerectomia vaginal, com colporrafia anterior ou posterior, ooforectomia, salpingectomia, miomectomia, curetagem uterina evacuadora. Ainda a nível cirúrgico, mas na área de ginecologia oncológica e senologia surgiu a oportunidade de colaborar em casos clínicos de mastectomias simples e radicais, tumorectomias da mama secundária a colocação de arpão estereotáxico, histerectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral e omentectomia.

2.1.1.3. Serviço de Obstetrícia

O serviço de obstetrícia é constituído por 10 enfermarias com capacidade para um total de 30 camas e ainda 4 quartos de isolamento que pode ser utilizado para situações clínicas específicas de isolamento ou situações que carecem de uma atenção especial quer pelo contexto clínico, social e/ou familiar. Salvo casos específicos, é praticado o alojamento conjunto entre puérpera e recém-nascido uma vez que permite praticar a amamentação em horário livre e facilita a amamentação conforme demonstram os estudos. A puérpera tem mais oportunidades de amamentar e reconhecer os sinais de prontidão do recém-nascido. A prática do alojamento conjunto é promotora da amamentação dado que promove uma produção de leite materna adequada as

necessidades do recém-nascido e uma maior probabilidade a manter amamentação exclusiva. Também em termos psicológicos existem benefícios na redução do stress e de sentimentos depressivos pelo empoderamento materno nos cuidados ao recém-nascido promovido pela prática do alojamento conjunto (Silva et al., 2021; Wu et al., 2022). Em linha com estas conclusões outro estudo verificou a relação entre o alojamento conjunto e a vinculação positiva precoce com o recém-nascido encontrando benefícios não só por promover a amamentação mas também para o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança (Handelzalts et al., 2021). Apesar das restrições impostas pela pandemia sabemos hoje que não houve qualquer benefício em separar puérperas e recém-nascido (Brito et al., 2021).

O serviço dispõe ainda de uma sala de enfermagem, um gabinete médico, o gabinete da Enfermeira Gestora, uma sala de preparação de terapêutica e material clínica, uma sala de tratamento e observação ginecológica, um berçário, um armazém clínico, uma sala de sujos, três casas de banho para utentes (2) e para profissionais (1), rouparia, copa, uma sala destinada ao projeto “Nascer Cidadão” e outra destinada ao Cantinho de Amamentação. Este espaço permite o EEESMO observar e delinear estratégias e incentivos há amamentação, aplicando os seus conhecimentos técnicos e científicos focados no cuidar da puérpera e recém-nascido de acordo com as necessidades individuais (Silva et al., 2021; Spatz, 2020).

A equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Puerpério é composta por 21 enfermeiras de cuidados gerais, uma enfermeira EEESMO e duas enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica. No Internamento de Puerpério é adotado o método individual de trabalho, sendo a distribuição realizada segundo o grau de dependência com recurso à classificação de doentes. A distribuição de enfermeiros pelos turnos da manhã, tarde e noite são, respetivamente, quatro enfermeiros, três enfermeiras e dois enfermeiros. Apesar das recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2019a) que determina que os serviços de internamento de puerpério devem cumprir um rácio de 1 EEESMO para 3 puérperas patologias e 1 EEESMO para 6 puérperas normais. Acrescenta ainda que o serviço de puerpério deve ser assegurados exclusivamente por EEESMO. Em nenhum dos casos se verifica uma vez que existe apenas um elemento com formação em ESMO e não esta presente em todos os turnos. Todas as alterações e adaptações físicas e psicológicas geradas pelo puerpério e sociais pela chegada de um novo membro requerem uma adaptação à parentalidade que precisa do apoio qualificado do EEESMO como forma

a empoderar a mulher não comprometendo uma vivência do puerpério (Organização Mundial de Saúde, 2018).

2.1.1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A experiência clínica na UCIN foi integrada no ensino clínico de puerpério e decorreu em regime de observação pelo período de uma semana. Esta unidade está equipada com 5 incubadoras de cuidados intensivos neonatais com suporte ventilatório, 7 berços de cuidados intermédios e ainda 6 berços. De acordo com as Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2017) a UCIN está localizada contiguamente ao bloco de partos e próxima do bloco operatório com uma janela comunicante pela qual se faz a transferência de recém-nascidos prematuros. A UCIN está integrada no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal e conta ainda com duas unidades para dar resposta a doentes pediátricos que precisem de cuidados intensivos. Dada a especificidade e caris das situações clínicas, é preciso garantir condições favoráveis para a permanência e recuperação do recém-nascido, mas também da família, principalmente da mãe, que em casos de internamento conjunto é, regra geral, quem acompanha o recém-nascido. Dada a fragilidade de um recém-nascido prematuro e o ambiente medicalizado por vezes o impacto negativo nos pais desencoraja-os de cuidar do seu filho, no entanto existe um empenho generalizado da equipa de enfermagem em cuidar centrado na família empoderando os pais nos cuidados ao seu filho (Fonseca et al., 2020). É feita uma primeira abordagem sobre o recém-nascido a sua condição por forma a justificar os cuidados necessários a ter na sua abordagem e os equipamentos utilizados na unidade para suporte e vigilância, por forma a minimizar o impacto negativo nos pais (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, s.d.)

2.1.1.5. Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

Da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia fazem parte a Admissão (Serviço de Urgência (SU)) de Ginecologia e Obstetrícia, o Internamento de Grávidas Patológicas, o Bloco de Partos (BP) e uma sala de Bloco Operatório.

A equipa de enfermagem do serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia é constituída por 47 enfermeiros, 29 dos quais EEESMO e 14 enfermeiros de cuidados gerais. Salvo raras exceções estão sempre distribuídos dois EEESMO na admissão, sendo que um dos quais está em regime de prevenção para a ala COVID, caso haja necessidade por internamento de grávidas com teste positivo para o SARS-CoV2, apoiada por um

enfermeiro de cuidados gerais. O SU é composto por duas salas comunicantes com um corredor de acesso ao bloco de partos com a sala e observação (SO). Em cada uma delas encontramos marquesa ginecológica, ecógrafo e um monitor de sinais vitais. Na sala maior da admissão encontrasse uma divisão equipada com CTG, uma maca e um cadeirão, onde as grávidas realizam o CTG. Dado o contexto da pandemia houve necessidade de reestruturar a disposição do serviço e apenas é realizado um exame de cada vez, tendo sido reformulada e equipada a SO para permitir também a realização de CTG e/ou partos iminentes.

No internamento de grávidas estão duas EEESMO e o método adotado de trabalho é o método de tarefa, que se baseia na distribuição de cuidados específicos pelos enfermeiros. Este método acaba por ser mais focado na eficiência, uma vez que a repetição de determinada tarefa acaba por trazer ganhos a nível da produtividade dos enfermeiros associado a melhor gestão do tempo, uma vez que os cuidados repetidos acabam por ser executados com maior rapidez. Apesar dos ganhos em eficiência acaba por haver aumento dos riscos de erro pelo nível de confusão da responsabilidade de execução de determinada tarefa (Ventura-Silva et al., 2021 cite in Mororó et al., 2017; Fiorio et al., 2018; Wharton et al., 2016). Esta valorização da tarefa descentraliza o foco na pessoa que deve ser o elemento central dos cuidados (Ventura-Silva et al., 2021). Podemos relacionar este método de trabalho com os fatores do contexto da prática clínica nomeadamente as dotações seguras para assistência em internamento de grávidas de alto risco com um rácio de 1:3 e grávidas de médio risco com um rácio de 1:6, que nem sempre são possíveis de cumprir, o que agrava o volume de cuidados a prestar durante o horário de trabalho e dependendo da condição clínica a complexidade dos mesmos, diminuindo a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Ventura-Silva et al., 2021).

No internamento de grávidas existem 5 enfermarias com 3 unidades cada, totalizando 15 camas. Este serviço é partilhado fisicamente com o serviço de ginecologia, por este motivo em algumas situações em que é necessário gerir vagas por vezes existem cedências de enfermarias de forma a facilitar a gestão dos serviços. Em todas as unidades estão disponíveis fonte de oxigênio, vácuo e ar comprimido, bem como ligação para CTG com acesso à Central de *OmniView*. Existe um espaço de trabalho para os profissionais que se encontra equipado com computadores e um monitor dedicado a vigilância de CTG e espaços sanitários distintos para as utentes e profissionais de saúde. Devido à pandemia

houve a necessidade de reestruturar o serviço, criando uma “Ala Covid”, um espaço reorganizado de forma a criar uma sala de partos para mulheres com teste positivo para o SARS-CoV2, equipada cama de parto e material clínico para um parto iminente. Concomitantemente, encontra-se a sala de reanimação do recém-nascido, onde serão prestados os primeiros cuidados. Apresentando o recém-nascido uma boa condição de adaptação a vida é dada primazia ao internamento em alojamento conjunto com a puérpera desde o parto.

O espaço do bloco de partos é composto por quatro salas de partos, equipadas com cama de partos; cardiotocógrafo; armário com material consumível; mesa de apoio; bancada de reanimação do recém-nascido equipada com fonte de calor e banheira; rampas com fonte de oxigênio, vácuo e ar comprimido; monitor de sinais vitais e candeeiro de teto. Nas Salas de Parto encontram-se dois EEESMO, salvo em caso de necessidade pode haver apenas um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais, com o apoio do EEESMO distribuídas pela admissão que em casos de necessidade presta cuidados nas salas de parto. De acordo com a OE, as dotações seguras definidas para a assistência Intra Parto no 1.º estágio do TP o rácio deverá ser de 1:2 e no 2.º estágio do TP o rácio deverá ser de 1:1. Não menos importante, o 3.º e 4.º estágio devera ser assistido pelo profissional envolvido no 2.º estágio, assemelhando-se ao seu rácio. Para além da prestação dos cuidados, a gestão dos mesmos, cabe ao EEESMO, uma vez que apenas estes estão habilitados a exercer funções/atividades específicas do seu exercício profissional no Bloco de Partos (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Na sala operatória existe uma maca operatória; um ventilador; um armário móvel de apoio à anestesia; um armário móvel de consumíveis da sala operatória; três mesas móveis de apoio; um candeeiro de teto e dois computadores, onde são realizados os registos na Cirurgia Segura e futuramente do BANestetic, um software que permitirá que os registos da técnica anestésica utilizada bem como as terapêuticas administradas seja realizados informaticamente, terminando com o registo em papel e minimizando a perda de informação. A técnica cirúrgica realizada neste bloco operatório é a cesariana eletiva ou de urgência, por vezes pode ser utilizada para realização de dequitação manual ou curetagem sob sedação. No Bloco Operatório existem três postos de trabalho, o de enfermeiro de anestesia, enfermeiro instrumentista e o de enfermeiro circulante, geralmente distribuídos a enfermeiros de cuidados gerais do serviço.

No Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia encontra-se um carro de urgência devidamente homologado de acordo com a Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º. 008/2011.

2.1.2. Caracterização dos serviços da Instituição de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

O presente subcapítulo visa descrever de forma mais detalhada os locais onde teve lugar o ENP na instituição de Lisboa e Vale do Tejo, nomeadamente a urgência de obstetrícia e ginecologia e o bloco de partos.

2.1.2.1. Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

A Urgência de Obstetrícia e Ginecologia engloba a Admissão (Serviço de Urgência (SU) de Ginecologia e Obstetrícia), o Bloco de Partos (BP) e o dois Blocos Operatórios.

A admissão de parturientes ou mulheres que recorram à urgência por outra condição é realizada no secretariado onde são confirmados os documentos importantes como o boletim de grávida e exames previamente realizados. Posteriormente a triagem é realizada por EEESMO, com atribuição de pulseira mediante o grau de urgência.

Existem 4 salas de observação equipadas com CTG, um dos SO com capacidade para 3 camas e sala de pequena cirurgia. Dadas as contingências da pandemia houve necessidade de transformar uma sala de SO em sala de colheita SARS-COV2, realizado em caso de internamento.

Após a triagem de Enfermagem a observação médica da utente realiza-se numa das 3 salas de observação que tem todo o equipamento clínico necessário e ecógrafo. Mediante a avaliação clínica o encaminhamento é feito para o domicílio, internamento de grávidas, bloco de partos ou SO da urgência obstétrica/ginecológica

2.1.2.2. Bloco de partos

O bloco de partos é composto por 5 salas de partos, equipadas com cama de partos; um cardiotocógrafo (existem 2 equipamentos *wireless* que podem ser adaptados aos cardiotocógrafos); um armário que contém todo o material consumível; uma mesa de apoio; rampa com fonte de oxigênio, vácuo e ar comprimido; um monitor de sinais vitais e um candeeiro móvel. Uma das salas é apelidada de “Sala de Dilatação/Observação” com capacidade para 3 camas e destina-se a vigilância de gravidez, como sejam, ameaça

de parto pré-termo, situações patológicas da gravidez, vigilância de TP (fase latente de TP).

Atendendo o contexto epidemiológico atual devido ao vírus SARS-COV2, apenas era permitida a presença de acompanhante nas salas individuais, quando em TP ativo. Os testes eram agendados na última consulta de gravidez para realização no exterior ou em casos de internamento de urgência os mesmos são realizados no serviço, sempre de acordo com as normas emitidas pela autoridade de saúde.

É filosofia do serviço a promoção de um parto humanizado, menos interventivo e com respeito pela fisiologia do TP e parto, onde toda a utente (com gravidez de baixo, médio e/ou alto risco), tem o direito a que o seu parto seja o mais fisiológico possível. Os Planos de Parto são sempre discutidos com a grávida/accompanhante, desmistificando todas as dúvidas e receios, as mesmas são incentivadas à sua realização e envio atempado para a enfermeira chefe que arquiva o mesmo numa pasta para consulta da equipa. É ainda oferecido um leque de métodos não farmacológicos para gestão da dor (bola de Pilates; musicoterapia; hidroterapia; aromaterapia; liberdade de movimento e posições verticais durante o TP; aplicação de calor/frio no períneo; apoio continua) e também os métodos farmacológicos para gestão da dor (Analgesia epidural com possibilidade de deambulação; Analgesia endovenosa).

Acordado com a filosofia da instituição e sempre que seja o desejo da tríade é promovido o contacto pele-a-pele desde o nascimento. Procura-se que toda a observação e cuidados necessários do recém-nascido sejam realizados junto dos pais. Quando há necessidade de cuidados ou observações específicas pelo médico pediatra, os mesmos são realizados no berçário. A amamentação é também incentivada e promovida na primeira hora de vida, sendo esse o desejo da mãe, e indo ao encontro da política “Hospital Amigo dos Bebés” pelo que há um apoio e supervisão do enfermeiro aliado à não introdução de tetinas. Mesmo que seja necessário a introdução de substitutos do leite materno, o mesmo é administrado por copo. A OE no ano de 2013 criou o projeto “Maternidade com Qualidade” tendo em vista a melhoria de cuidados de saúde o aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade dos cuidados; a satisfação dos EEESMO envolvidos na prática clínica; a melhoria da eficiência dos cuidados; a dotação de recursos adequada. Em 2018, a OMS em parceria com a United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF) lançou o programa mundial de promoção do aleitamento materno, intitulado de “Hospital Amigo dos Bebés”, com a finalidade de promover e apoiar o aleitamento

materno em serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, melhorando a prática dos profissionais de saúde e dos cuidadores. Para tal a instituição tem que cumprir as dez medidas estipuladas pelas organizações, sendo que no caso do ACES, as medidas que têm de ser cumpridas para que a unidade de saúde seja considerada “Unidade Amiga dos Bebés” reduz para sete (UNICEF, 2018). Estes tipos de projetos são de extrema importância na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados nas maternidades e conseqüente no aumento da satisfação materna.

A identificação do recém-nascido é feita com um grupo de 3 pulseiras com um código único que as identifica juntamente com uma etiqueta de identificação da mãe, adicionalmente é colocada uma pulseira eletrônica ainda no bloco de partos que apenas é retirada no dia da alta.

As salas operatórias estão equipadas com maca operatória; ventilador; armário movel de apoio à anestesia; armário movel de consumíveis da sala operatória; mesas móveis de apoio; candeeiro de teto e dois computadores, onde são realizados os registos na Cirurgia Segura e Anestesia. A técnica cirúrgica realizada neste bloco operatório é a cesariana eletiva ou de urgência, outras cirurgias do foro obstétrico e ginecológico. É permitida a presença de acompanhante, caso desejo da grávida, em situações de cesariana eletiva ou cesariana sem critérios de urgência e/ou emergência.

No Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia existe um carro de urgência devidamente homologado de acordo com a Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 008/2011.

A equipa do serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia é constituída por médicos obstetras, EEESMO e enfermeiros de cuidados gerais; assistentes operacionais e assistentes técnicas. Faz ainda parte da equipa, em regime de chamada, o médico anestesista e médico pediatra. Por turno a distribuição no serviço é de três EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais, que são responsáveis pelas utentes internadas em TP e pelo funcionamento do bloco operatório para cirurgias eletivas ou urgentes.

2.2. Metodologia do estágio de natureza profissional

O presente capítulo descreve as metodologias aplicadas na aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMO.

2.2.1. Objetivos do estágio de natureza profissional

Em concordância com o regulamento da unidade curricular do Curso de MESMO da UE e com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019c), os objetivos propostos prendem-se com a capacitação do estudante para cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:

- a. no âmbito do planeamento familiar e período preconcepcional;
- b. no período pré-natal;
- c. no trabalho de parto;
- d. no período pós-natal;
- e. no período do climatério;
- f. na vivencia de processos de saúde/doença ginecológica;
- g. no campo da saúde sexual e reprodutiva.

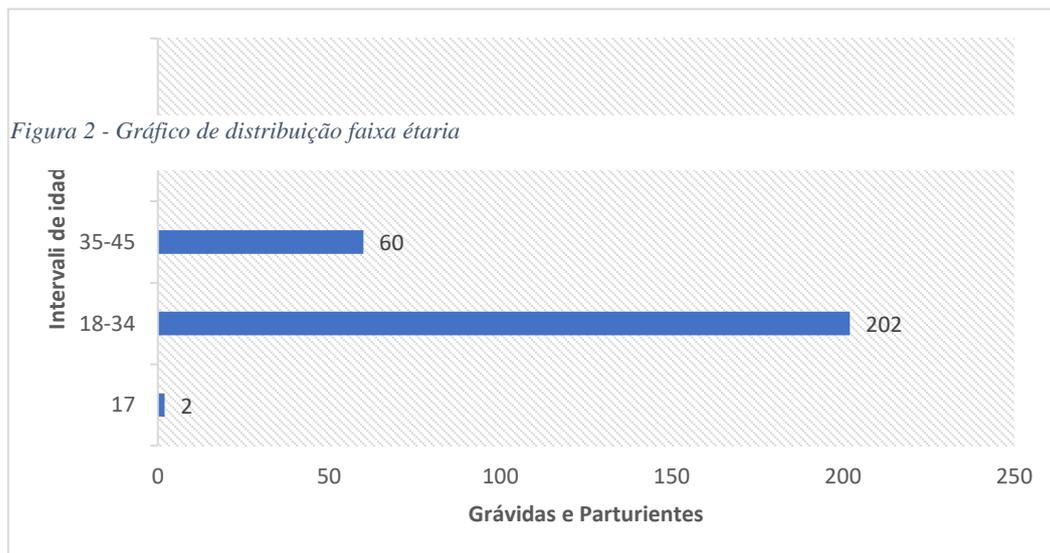
Outros dos objetivos é o de adquirir e desenvolver conhecimentos conducente com uma proposta de melhoria de cuidados. E ainda defender o presente Relatório em provas públicas, expondo os conhecimentos e competências adquiridas ao longo do ENP.

De modo a alcançar os objetivos referidos no plano de estudos, o desenvolvimento de competências tornou imperativo evidenciar conhecimentos na vertente clínica e na abordagem à investigação através da revisão bibliográfica com foco na melhoria dos cuidados e desenvolvimento de competências essenciais do EEESMO.

2.2.2. População-alvo

A população-alvo do ENP abrange todas as mulheres/família grávidas que procuram cuidados de saúde diferenciado, ficando internadas em TP (fase latente ou fase ativa) nos blocos de partos de duas instituições de saúde publicas, com as quais houve oportunidade de contactar e prestar cuidados como EEESMO. No caso do bloco de partos, foi possível verificar que existem casais que optam por eleger o lugar de nascimento do seu filho independentemente de qual seja a sua área de residência, mas sim com foco na procura de cuidados específicos e diferenciados relacionados com os seus interesses, valores e crenças. Foi também possível identificar pontos comuns nas duas instituições apesar da sua distribuição geográfica ser bastante distinta, a multiculturalidade, este foi sem dúvida o ponto e desafio em comum uma vez que apesar da universalidade da

maternidade nos mostra especificações diferentes de cada cultura. As grávidas e parturientes representadas pela figura 2 tinham idades compreendidas entre os 17 e 43 anos, numa breve análise pelo gráfico da distribuição por faixa etária verifica-se que o grupo mais representativo de idades se encontra na faixa entre os 18 anos de idade e os 34 anos (n=202; 76%), sendo que o grupo com menor representatividade se encontra na faixa dos 17 anos de idade (n=2; 1%). O grupo de grávidas com idades superiores a 35 anos é um dado considerável e importante que reflete a realidade da evolução do papel da mulher na sociedade (n=60;23%). Estes dados são representativos daquele que tem sido a realidade Portuguesa ao longo dos anos, em média as mulheres e casais adiam os planos de maternidade até aos 30,9 anos de idade segundo dados estatísticos da PORDATA (2021a) o que não é muito diferente da média de 30,1 (DP=5,71) do grupo de mulheres cuidadas durante o ENP. O protelar da maternidade nada teria de alarmante caso não fosse o limiar dos 35 anos que acarreta risco acrescido à gravidez como de anomalias cromossómicas, aborto espontâneo, doença hipertensiva, diabetes, anomalias placentares e risco de descolamento de placenta (Attali e Yogev, 2021; Nieto et al., 2019; Ferreira et al., 2022; Frederiksen et al., 2018; Frick, 2021; Leader et al., 2018; Zhang et al., 2021). Também a nível do parto parece existir uma maior tendência para a cesariana (Attali e Yogev, 2021; Nieto et al., 2019; Ferreira et al., 2022; Frederiksen et al., 2018; Frick, 2021; Leader et al., 2018; Zhang et al., 2021; Rydahl et al., 2019).



No que concerne à nacionalidade, a figura 3 exprime a existencia de uma diversidade cultural do publico alvo que maioritariamente são: Portuguesas (n=123;47%) e Brasileiras (n=53;20%); seguidas de um aumento das mulheres da Europa de Leste (n=57; 21%) e

Ásia (n=26; 10%); em menor representatividade as mulheres Africanas (n=5;2%). Este foi um desafio e uma aprendizagem que serviu para toldar o início de uma personalidade profissional de respeito e constante adaptação às especificidades de cada cultura como forma de oferecer a melhor experiência da maternidade aliada a cuidados de excelência com base na mais atualizada evidencia científica.

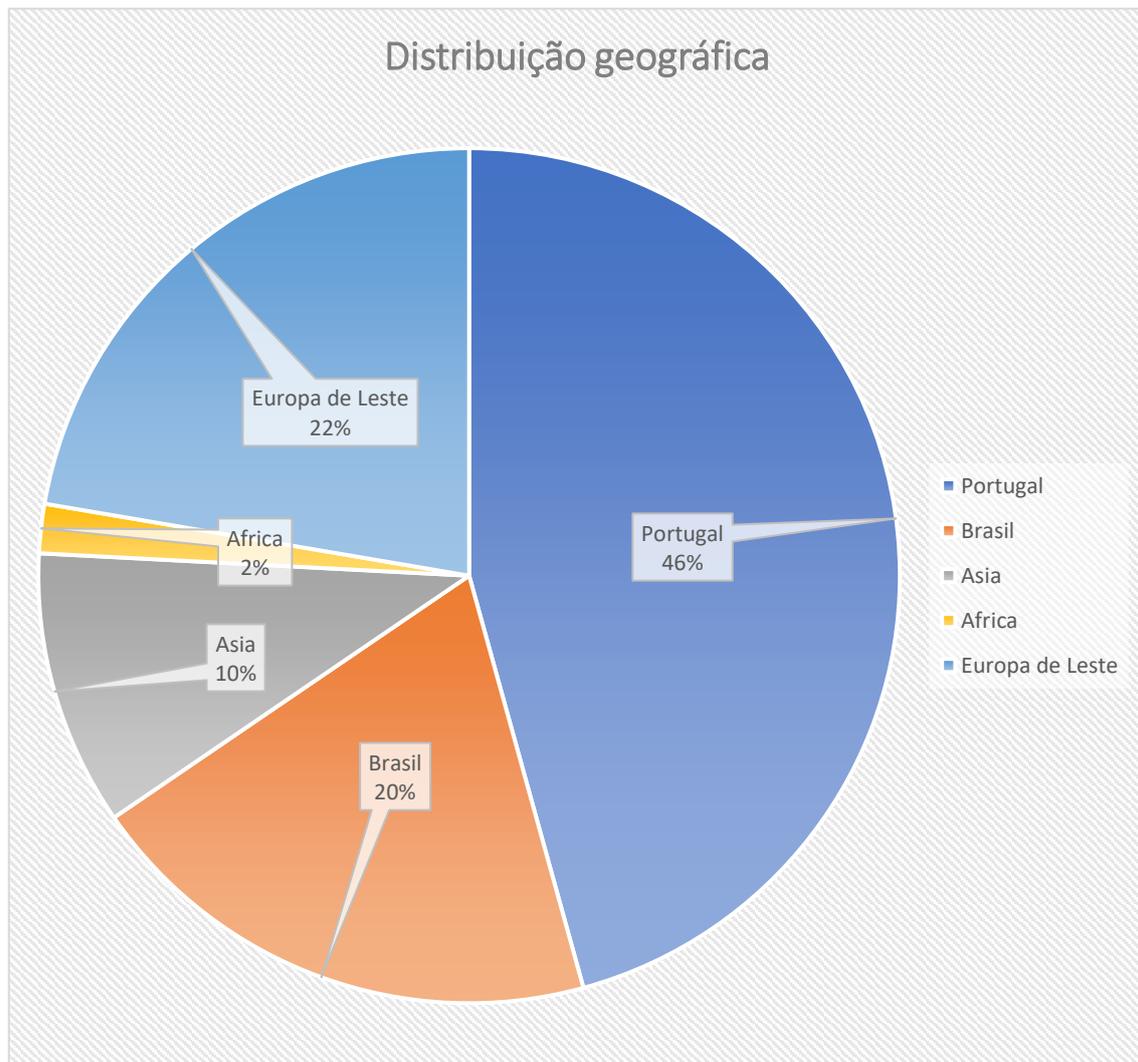


Figura 3 - Gráfico da nacionalidade de grávidas e parturientes

2.2.3. Metodologia de aprendizagem na prática clínica

A prática clínica teve lugar sob a supervisão clínica de EEESMO's e com orientação pedagógica de docente da Universidade de Évora, no entanto segundo Fujita et al. (2016) citado por Dias e Jesus (2021) o processo educativo do estudante torna-se

independente do professor dando a oportunidade para que este possa contruir o seu conhecimento. É com base numa metodologia ativa que o estudante cria uma identidade mais critica e reflexiva com vista a estar capacitado para lidar com as situações reais no contexto profissional (Dias e Jesus, 2021; Ghezzi et al., 2019). Desta forma as estratégias aplicadas ao longo dos períodos de aprendizagem foram a observação reflexiva de cuidados, o treino em contexto clínico sob supervisão, pesquisa e revisão bibliográfica da temática. O treino em contexto clínico sob supervisão apresenta-se como um processo dinâmico, interpessoal e formal entre o estudante e o supervisor, que promove o seu desenvolvimento de conhecimentos e competências profissionais, analíticas e reflexivas. Promovendo a capacidade de decisão autónoma, valorizando a proteção e segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A metodologia ativa não deve subestimar o conhecimento teórico em prol do conhecimento prático, mas sim procurar oportunidades que permitam conjugar o conhecimento teórico com aplicabilidade pratica no estímulo do desenvolvimento individual do estudante (Dias & Jesus, 2021). De forma a fomentar o processo de aprendizagem foi imperativo nortear a prática baseada na evidencia tendo por base um Modelo Teórico de Enfermagem. O Modelo teórico do deficit de autocuidado de Dorotheia Orem serviu como modelo de referência para o desenvolvimento do estágio, uma vez que a estrutura conceptual fornece a sustentação teórico-conceitual necessária para a prestação de cuidados de enfermagem humanizados, encontrando-se atualizada e inserida no contexto selecionado para o desenvolvimento de competências. De acordo com Nóbrega e Barros (2001, p. 74) “os modelos teóricos de enfermagem refletem os conceitos, organizam o conhecimento e descrevem, explicam e predizem o campo de conhecimento de enfermagem. Estes modelos servem para guiar a busca e a compreensão do domínio de enfermagem”.

Orem (2001), definiu o autocuidado como as atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter e preservar a vida, a saúde e o bem-estar. Na base da sua teoria estão três teorias inter-relacionadas:

- A Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias;
- A Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem;

- A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza Enfermagem.

O autocuidado é a função humana reguladora que a pessoa desempenha deliberadamente por si própria ou que alguém que execute por ela de forma a preservar a vida, a saúde e o bem-estar (Santos B. et al, 2017). Esta teoria compreende as limitações e as condições de cada ser humano, isto é, a capacidade de autocuidado deve ser uma potencialidade que deve fazer parte integrante do ser humano, caso não seja possível a enfermagem deverá dar o seu benefício. A escolha deste modelo teórico permitiu determinar as competências das mulheres para o autocuidado, identificando as suas necessidades e mobilizando as competências comuns e específicas do EEESMO promovendo o autocuidado da parturiente e acompanhante durante o trabalho de parto, de forma a promover a participação ativa dos intervenientes pela capacitação baseada em ensinamentos inerentes à promoção da liberdade de movimento no trabalho de parto.

3. Contributo para a assistência em enfermagem de saúde materna e obstétrica

A formação de Enfermagem no âmbito do mestrado em saúde materna e obstetrícia requer um elevado nível de desenvolvimento de forma a contribuir para acrescentar conhecimentos e novas perspetivas no cuidar. No decorrer da prática clínica surgiu o interesse em aprofundar o contributo da liberdade de movimento no primeiro estágio do TP.

O livre movimento no TP era uma prática adotada de forma não fundamentada pelos nossos ancestrais, maioritariamente o parto era assistido com a mulher em posição vertical. A partir do século XVI, as mulheres passaram de uma postura vertical para adotar uma posição horizontal (posição litotomia) na hora de parir, este fenómeno foi motivado pela medicalização do parto (Alves et al., 2019; Berta et al., 2019).

Com base nas evidências científicas, atualmente, a Organização Mundial da Saúde (2018) recomenda que a parturiente não seja colocada em posição de litotomia durante o TP, por considerar não apresentar benefícios ou ser ineficaz. A par destas recomendações, tem-se assistido a uma contestação destes métodos pelos profissionais que acreditam nos benefícios da liberdade de movimento, atualmente vê-se que a sua prática é cada vez mais realizada pelos comprovados benefícios que a evidencia científica tem demonstrado tanto para a mulher como para o recém-nascido ao longo de todo o processo. Estão descritas melhorias a nível da regularização das contrações, encurtamento do primeiro estágio de TP e período expulsivo, melhor adaptação do canal de parto e menos riscos de laceração e necessidade de episiotomia, e diminuição das sensações dolorosa na contração (Berta et al., 2019; Ferrão & Zangão, 2017; Watkins et al., 2021; Watson & Cooke, 2018; World Health Organization, 2018). Sendo a prática da deambulação durante o TP comprometida em grande parte pelas medidas de monitorização fetal estáticas (Abdul-Sattar Khudhur Ali & Mirkhan Ahmed, 2018; Barasinski et al., 2018; Desseauve et al., 2017).

Considerando os efeitos da liberdade de movimento no TP, esta reduz a necessidade do uso de ocitocina sintética uma vez que promove a regularização das contrações, e da necessidade de analgesia pela diminuição da sensação dolorosa da contração e maior autocontrolo da parturiente (Digal et al., 2020). Estes e outros autores consideram ainda que a liberdade de movimento promove uma redução da necessidade

de recurso a parto instrumentalizado uma vez que adaptação ao canal de parto é facilitada (Digal et al., 2020; Farrag & Omar, 2018; Marzouk & Eid, 2020).

O presente trabalho pretende compreender se a liberdade de movimento durante o primeiro estado do TP tem influência e, caso se verifique, de que forma. Será baseado na investigação já existente sobre a temática, de forma a sustentar o conhecimento através de uma revisão narrativa da literatura.

3.1. Concetualização

No contexto atual, apesar das recomendações, verifica-se que apenas uma reduzida percentagem de mulheres elege a liberdade de movimento, quer seja por deambulação ou pela posição vertical durante o TP (Alcântara & Silva, 2021; Barasinski et al., 2018; Organização Mundial de Saúde, 2018).

Não obstante das recomendações e vantagens da liberdade de movimentos durante o TP, subsiste ainda a insegurança e receio de complicações por parte da mulher, aliado à carência de recursos adequados que permitam monitorizar o TP sem recurso a dispositivos estáticos ou a utilização de analgesia por via epidural diminuindo a capacidade de deambulação e aumentando o risco de queda da parturiente. Esta conjetura gera hesitação, por parte dos profissionais de saúde, no momento de incentivar a mulher à liberdade de movimento (Alcântara & Silva, 2021; Barasinski et al., 2018; Schwartz et al., 2016).

No presente é sabido que já existe a possibilidade de administração de analgesia por via epidural, sem que esta comprometa a capacidade motora da mulher, pelo recurso a baixas dosagens de fármacos ou administração intermitente (Aragão et al., 2019; Teixeira & Santos, 2016). Ainda assim, existe uma renitência por parte dos profissionais de saúde em promover a liberdade de movimento, pela dificuldade em monitorizar de forma adequada e continua o TP e a sua progressão, concomitante com o aumento do risco de queda da parturiente sob o efeito de analgesia por via epidural (Aragão et al., 2019; Silva et al., 2020; Teixeira & Santos, 2016).

O TP não depende apenas da mulher, existe uma componente multifatorial tal como o feto, a placenta, o canal de parto, as contrações, as reações psicológicas e até mesmo a posição materna no decurso do mesmo (Lowdermilk & Perry, 2009). Apesar de

todo o processo ser fisiológico, o mesmo é influenciado por algumas condições como a atitude corporal que a mulher adota (Ferrão & Zangão, 2017; Miquelutti et al., 2009; Watson & Cooke, 2018). Cada vez mais a evidência científica demonstra os benefícios da liberdade de movimento, como o estímulo da mulher para a adoção de posições verticais, uma prática vantajosa na dinâmica do primeiro estágio do TP. A influência da atitude corporal e da dinâmica do movimento corpóreo vão alicerçar na ação da gravidade, na diminuição da compressão dos grandes vasos maternos, no aumento dos diâmetros do canal de parto e dos mecanismos de encravamento e descida fetal. São ainda descritos benefícios a nível da melhoria da ventilação materna e do equilíbrio ácido-base do recém-nascido (Abdul-Sattar Khudhur Ali & Mirkhan Ahmed, 2018; Barasinski et al., 2018; Desseauve et al., 2017; World Health Organization, 2018).

Está demonstrado por vários autores, os benefícios da liberdade de movimento, na parturiente em movimento, adotando a posição vertical, o útero contrai de forma mais eficaz requerendo assim menor esforço por parte do mesmo e o fluxo sanguíneo para o feto tem menor taxa de comprometimento, o que se traduz em menor risco de sofrimento fetal (De Sousa et al., 2018; Miquelutti et al., 2009; Zhang et al., 2017). A ação da gravidade ao promover pressão sobre o colo do útero, pela cabeça fetal, estimula o reflexo hipotálamo-hipófise que resulta na produção de oxitocina endógena, favorecendo uma melhor irrigação uterina que resulta em contrações mais eficazes (Barasinski et al., 2018; Desseauve et al., 2017; Ferrão & Zangão, 2017; Watson & Cooke, 2018).

Quando fazemos uma retrospectiva podemos verificar que a posição vertical no TP era transversal nas mulheres de diferentes culturas, indo ao encontro do que era praticado no ambiente doméstico, não medicalizado, corroborando com a evidência atual (Abdul-Sattar Khudhur Ali & Mirkhan Ahmed, 2018; Barasinski et al., 2018; Desseauve et al., 2017). Os estudos defendem que a posição vertical está associada a menor dor durante o TP, bem como a menores taxas de episiotomias e lacerações, e ainda maior satisfação materna (Ferrão & Zangão, 2017; Meyvis et al., 2012; Watkins et al., 2021; World Health Organization, 2018; Zhang et al., 2017)

Em contrapartida as posições horizontais no TP têm uma influência negativa uma vez que promovem a compressão dos grandes vasos sanguíneos, com conseqüente comprometimento do débito cardíaco materno, ocorrendo hipotensão e bradicardia. Concomitantemente levando à diminuição do fluxo sanguíneo placentário e quantidade de oxigénio fornecida ao feto, aumentando as hipóteses de sofrimento fetal em casos de

períodos expulsivos mais prolongados, bem como, dificulta a distensão gradual do períneo uma vez que o polo cefálico não pressiona de forma contínua o períneo (Alves et al., 2019; Ferrão & Zangão, 2017; Watkins et al., 2021; Zhang et al., 2017).

Importa reconhecer os benefícios da liberdade de movimento e o reconhecimento dos potenciais riscos das posições horizontais, para que os profissionais de saúde rejam a sua prática clínica com base na evidência científica e possam direcionar as parturientes para aqueles que são os cuidados de excelência. É imperativo que o EEESMO forneça todas as condições de segurança e qualidade na assistência das parturientes através da adoção de comportamentos com vista ao melhor desfecho do TP e possam promover uma vivência saudável da maternidade com um RN saudável.

3.2. Metodologia

A revisão da literatura é a ferramenta que permite ao investigador obter conhecimento sobre os conceitos em estudo tendo por base os trabalhos publicados com vista a preencher as lacunas da teoria emergente (Mendes et al., 2008; Sousa et al., 2017; Souza et al., 2010). Deste modo o método de revisão utilizado foi seguindo a metodologia de revisão narrativa da literatura.

Esta revisão visa a pesquisa através da literatura quais os efeitos da liberdade de movimento na progressão do primeiro estágio do TP. Esta problemática emergiu pela perceção de uma necessidade que foi reconhecida nas parturientes e também como suporte para a prática profissional dos EEESMO, desencadeado uma pesquisa pormenorizada com o desígnio de providenciar as respostas necessárias para consolidar conhecimento científico sobre o tema.

A revisão da literatura foi com base na formulação da questão de investigação “Quais os efeitos da liberdade de movimento da parturiente na progressão da primeira fase do trabalho de parto?”. A pergunta de investigação teve por base a mnemónica PICO e é ela que vai dirigir a pesquisa bibliográfica e a construção da investigação, permitindo localizar de modo mais acurado e rápido a melhor informação científica disponível (Santos et al., 2007).

A revisão narrativa da literatura apoia o desenvolvimento de competências no campo da investigação em enfermagem, mas também da necessidade em adquirir

conhecimentos que permitam sustentar a prática clínica em evidências científica atual e fidedignas. A revisão narrativa da literatura é considerada um instrumento essencial na área da Enfermagem, pois favorece a síntese de conhecimento acerca de um determinado tema e permite a incorporação de saber científico para a prática clínica. Na categoria profissional de Enfermagem é fundamental a procura constante de conhecimento científico, promovendo a melhoria da prestação de cuidados aos utentes (Souza, Silva, & Carvalho, 2010). Como forma de contribuição para a disseminação do conhecimento e suportar a prática baseada na evidência, a pesquisa foi desenvolvida com recurso a base de dados informáticas como a Scientific Electronic Library Online (SciELO), Repositório da Universidade de Évora, ScienceDirect, PubMed e Cochrane Library. Foi ainda realizada pesquisa no motor de busca Google Académico por forma a conseguir um maior número de artigos relevantes. Para as pesquisas em bases de dados foram definidos e aplicados descritores MeSH, de modo a formular a Equação Boleana. Para a seleção dos artigos foram definidos como critérios de inclusão: artigos com evidência científica; artigos que abordem liberdade de movimento das parturientes no primeiro estágio do TP; artigos escritos em português, espanhol e inglês; artigos publicados nos últimos 10 anos; Artigos com texto completos. Os critérios de exclusão: artigos sem evidência científica; artigos que não abordem liberdade de movimento das parturientes ou outro que não o primeiro estágio do TP; artigos escritos em línguas que não português, espanhol e inglês; artigos publicados antes de janeiro de 2012; Artigos que não tenha texto completos.

Numa primeira fase foram selecionados os artigos que dentro dos critérios de inclusão tinham interesse para a temática, após leitura do resumo. A escolha do primeiro estágio do TP foi motivada por este ser um intervalo longo, que vai deste o início das contrações uterinas até à completa dilatação do colo uterino e também por ser neste período que a mulher se apresenta mais recetividade para aderir às diferentes estratégias. A motivação por de trás da escolha da temática “liberdade de movimento no primeiro estágio do TP” foi, por um lado, por se apresentar como uma das áreas de intervenção autónoma do EEESMO e por outro lado por esta ser uma temática geradora de polémica na prática de cuidados, entre os profissionais de saúde, na instituição onde o mestrando se encontra. Uma vez que existem barreiras relacionadas com as medidas exigidas de monitorização continua estáticas e em mulheres sob o efeito de analgesia epidural por serem áreas de cuidar interdependentes. Mais ainda o desejo de se promover à mulher uma vivência do TP que vá ao encontro das suas expectativas e que seja promotora da

humanização de cuidados tendo em vista o maior grau de satisfação das parturientes. O EESMO tem um papel fundamental no acompanhamento da mulher em TP, tendo a responsabilidade de a informar sobre benefícios das posturas verticais bem como direito de opção na escolha pelo livre movimento e pela posição que a mesma considere mais vantajosa para o desenrolar do seu TP, assegurando que mulher toma uma decisão consciente e informada (Ordem dos Enfermeiros, 2013, 2015). A figura 4 resume a forma como foram identificados os estudos bem como o número de estudos incluídos e excluídos após aplicação dos critérios.

Base de Dados	Fórmula de Pesquisa	Número de Estudos
PubMed	“ambulation” OR “mobility” AND “labour stage, first” OR “delivery”	<p>Total de artigos encontrados: 120</p> <p>Total de artigos excluídos por não cumprirem com os critérios de inclusão: 108</p> <p>Total de artigos selecionados após a análise de título e resumo: 12</p> <p>Total de artigos excluídos após leitura integral: 8</p> <p>Duplicados: 0</p>
Scientific Eletrónica Library Online (SciELO)	“ambulation” OR “mobility” AND “labour stage, first” OR “delivery”	<p>Total de artigos encontrados: 24</p> <p>Total de artigos excluídos por não cumprirem com os critérios de inclusão: 20</p> <p>Total de artigos selecionados após a análise de título e resumo: 2</p> <p>Total de artigos excluídos após leitura integral: 1</p> <p>Duplicados: 0</p>
Repositório da Universidade de Évora	“ambulation” OR “mobility” AND “labour stage, first” OR “delivery”	<p>Total de artigos encontrados: 3</p> <p>Total de artigos excluídos por não cumprirem com os critérios de inclusão: 0</p> <p>Total de artigos selecionados após a análise de título e resumo: 1</p> <p>Total de artigos excluídos após leitura integral: 0</p> <p>Duplicados: 0</p>
ScienceDirect	“ambulation” OR “mobility” AND “labour stage, first” OR “delivery”	<p>Total de artigos encontrados: 117</p> <p>Total de artigos excluídos por não cumprirem com os critérios de inclusão: 57</p> <p>Total de artigos selecionados após a análise de título e resumo: 3</p> <p>Total de artigos excluídos após leitura integral: 2</p>

		Duplicados: 2
Cochrane Library	“ambulation” OR “mobility” AND “labour stage, first” OR “delivery”	<p>Total de artigos encontrados: 99</p> <p>Total de artigos excluídos por não cumprirem com os critérios de inclusão: 67</p> <p>Total de artigos selecionados após a análise de título e resumo: 5</p> <p>Total de artigos excluídos após leitura integral: 4</p> <p>Duplicados: 0</p>
Google Scholar	<p>Liberdade de movimento</p> <p>Primeiro estágio</p> <p>Trabalho de parto</p>	<p>Total de artigos selecionados após a análise de título e resumo: 6</p> <p>Total de artigos excluídos por não cumprirem com os critérios de inclusão: 227</p> <p>Total de artigos excluídos após leitura integral: 0</p> <p>Duplicados: 3</p>

Figura 4 - Quadro de Estratégia de Pesquisa

Tendo em conta a pesquisa efetuada apresenta-se de forma esquemática o Prisma dos estudos identificados (figura 5).

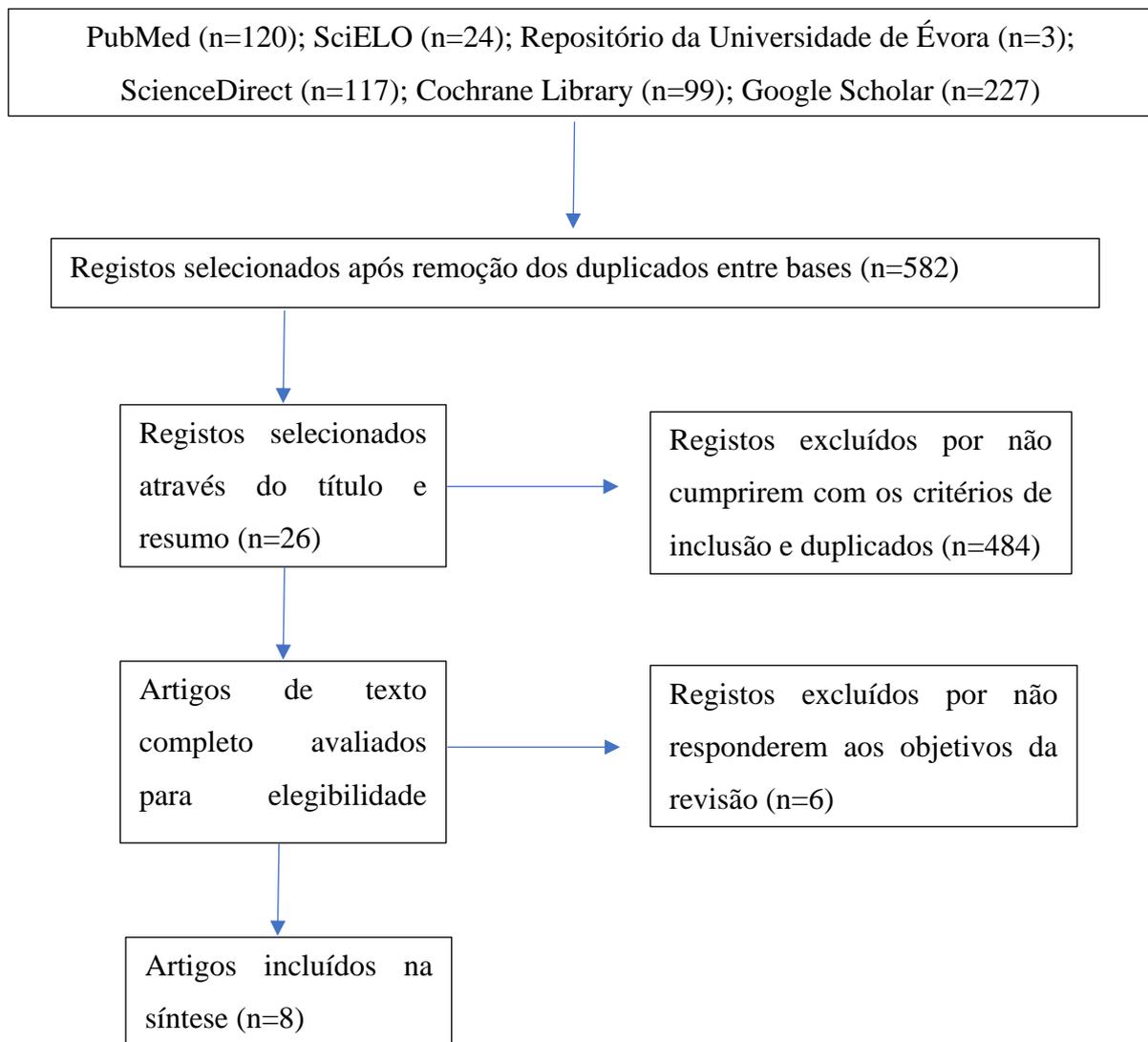


Figura 5 - Diagrama dos estudos identificados, incluídos e excluídos

3.3. Resultados

De modo a facilitar a leitura, interpretação e extração dos dados, os mesmos foram agrupados no formato de tabela (figura 6).

Título/Ano de Publicação	Autores	Metodologia	Fonte	Objetivo	Resultados
Effect of Ambulation on Labour Outcome during the first stage of Labour Among Primi Mothers (2020)	Nayak, D.; Tripathy, P.; Digal, B.	Estudo quantitativo	Google Scholar	Avaliar e comparar o efeito da deambulação na primeira fase do trabalho de parto.	<p>A fase de apagamento do colo uterino e a fase de dilatação ocorreu em menos tempo no grupo estudado.</p> <p>As contrações foram mais eficazes e mais breves juntamente com a progressão da apresentação mais eficaz em comparação com o grupo de teste.</p> <p>Relativamente ao desfecho do parto não houve uma diferença significativa entre os dois grupos.</p>
Estratégias do enfermeiro obstetra para diminuição dos	Cavalcante, L.; Barbosa, D.;	Revisão integrativa	Google Scholar	Identificar as principais estratégias do enfermeiro obstetra para a	Conclui-se que as estratégias em estudo se mostraram bastante eficazes no processo de partejar, visto que o banho de água quente aumenta as contrações uterinas, os exercícios

métodos intervencionistas durante o parto normal (2021)	Carvalho, B.; Souza, J.; Oliveira, R.; Costa, G.; Lima, T.; Silva, R.; Santana, M.; Abrão, R.			diminuição dos métodos intervencionistas durante o parto normal.	facilitadores (uso da bola, o incentivo a deambulação e os exercícios de respiração) evidenciaram aumento da mobilidade pélvica e da dilatação cervical e as posições para o parto são promissoras quando de acordo com a escolha da parturiente diminuindo assim o tempo do trabalho de parto.
Maternal positions and mobility during first stage labour (2013)	Lawrence, A.; Lewis, L.; Hofmeyr, G.; Styles, C.	Revisão sistematica da literatura	Cochrane Library	Avaliar os efeitos de encorajar as mulheres a assumir diferentes posições eretas (incluindo andar, sentar, ficar em pé e ajoelhadas) versus posições deitadas (supina, semi-reclinada e	Em mulheres que adotem posições verticais, sem recorro a analgesia epidural, o primeiro estágio de trabalho de parto foi mais curto aproximadamente 1h22m em comparação com mulheres em posição horizontal. Tiveram menos propensão a ter um parto por cesariana e a recorrerem a métodos farmacológicos de alívio da dor, nomeadamente analgesia epidural.

				lateral) para mulheres no primeiro estágio do trabalho de parto na duração do trabalho de parto, tipo de parto e outros resultados importantes para mães e bebês.	Em mulheres com analgesia epidural não houve diferenças significativas entre as variáveis estudadas.
Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado (2019)	Cavalcanti, A.; Henrique, A.; Brasil, C.; Gabriellon, M.; Barbieri, M.	Estudo clínico randomizado	SciELO	Avaliar o efeito do banho quente de chuveiro e exercício perineal com bola suíça isolados e de forma combinada, sobre a percepção da dor, ansiedade e progressão do trabalho de parto.	Houve aumento na classificação da dor e redução da ansiedade em todos os grupos em estudo, sobretudo quando utilizaram banho de chuveiro. A dilatação cervical, aumentou em todos os grupos de intervenção, bem como o número de contrações uterinas, principalmente quem utilizou banho e bola associados. As terapias combinadas também demonstraram influenciar na redução da duração do tempo de trabalho de parto.

<p>Influence of Ambulation during the First Stage of Labor on Labor Progress of Primi Parturients (2020)</p>	<p>Marzouk, T.; Eid, M</p>	<p>Estudo quasi-experimental randomizado</p>	<p>ResearchGate</p>	<p>Avaliar a influência da deambulação na evolução da primeira fase do trabalho de parto em primigestas.</p>	<p>O progresso no trabalho de parto foi determinado pelas mudanças na dilatação cervical que apresentou uma progressão mais rápida nas pacientes em deambulação do que nas pacientes do grupo de controlo, a par com a descida da apresentação fetal.</p> <p>As características da contração uterina demonstraram uma maior intensidade e número no grupo em estudo.</p> <p>O trabalho de parto progrediu mais rápido no grupo de deambulação em comparação ao grupo controle, dando uma fase ativa mais curta, segundo estágio e terceiro estágio do trabalho de parto com uma diferença média de 2,3 horas, 20,1 minutos e 3,0 minutos, respetivamente;</p> <p>O tipo de parto também teve diferenças significativas demonstrando uma menor tendência para a necessidade de intervenção cirúrgica no grupo em estudo.</p>
--	----------------------------	--	---------------------	--	---

<p>Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto (2017)</p>	<p>Ferrão, A.; Zangão, O.</p>	<p>Revisão da literatura</p>	<p>Repositório da Universidade de Évora</p>	<p>Analisar a literatura científica sobre os benefícios da liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto.</p>	<p>A deambulação associada à posição vertical confere um conjunto de efeitos benéficos, designadamente na progressão do primeiro estágio do trabalho de parto, na diminuição da dor e aumento da satisfação materna, na qualidade das contrações uterinas e na circulação materno-fetal, comparativamente à posição de litotomia dorsal.</p>
<p>Using of Birthing Ball during the first Stage of Labor: Its Effect on the Progress of Labor and Outcome among Nulliparous Women (2018)</p>	<p>Farrag, R.; Omar, A.</p>	<p>Estudo quasi-experimental</p>	<p>Google Scholar</p>	<p>Avaliar o efeito do uso da bola de parto durante a primeira fase do trabalho de parto na evolução e desfecho do trabalho de parto em nulíparas.</p>	<p>Diferença significativa entre o grupo de intervenção e o grupo de teste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O progresso da dilatação cervical e descida da apresentação mostrou ser mais eficaz e menos demorado no grupo de intervenção; - A precessão da dor e o nível de ansiedade foram menores no grupo de intervenção bem como maior nível de satisfação; - O tipo de parto também teve diferenças significativas demonstrando uma taxa menor de cesariana no grupo de intervenção.

<p>Effectiveness of Ambulation during First Stage of Labour, on the Outcome of Labour among Primigravid Women in selected hospitals of Palakkad District Kerala. (2015)</p>	<p>Prabhakar, D.; George, L.; Karkada, S.</p>	<p>Estudo quasi-experimental</p>	<p>ResearchGate</p>	<p>Determinar a eficácia da deambulação durante o primeiro estágio do trabalho de parto em 60 primigestas; Investigar se a deambulação pode ser usada para reduzir o uso de medicamentos intraparto para reduzir o tempo de trabalho de parto e a dor e, assim, reduzir as complicações.</p>	<p>No grupo de estudo houve redução do primeiro estágio do trabalho de parto e maior tolerância à dor das contrações uterinas; Não foram verificadas diferença entre os grupos quanto ao tipo de parto; A deambulação não tem qualquer efeito negativo no RN e é bem aceite pelas mulheres quando informadas dos potenciais benefícios.</p>
---	---	----------------------------------	---------------------	--	---

Figura 6 - Quadro de Síntese dos estudos da revisão narrativa da literatura

3.4. Discussão

Atualmente verifica-se que continua a haver um número elevado de mulheres a quem a possibilidade de liberdade de movimento no primeiro estágio do TP é restringida. Apesar desta tendência se manter, cada vez mais a evidência corrobora os benefícios da liberdade de movimento na redução da duração do primeiro estágio de TP; diminuição da dor e ansiedade materna, o que se traduz também numa redução da necessidade de recurso a analgesia epidural e opiáceos; aumento da satisfação materna; aumento da mobilidade pélvica e conseqüente melhoria na adaptação eficaz do produto da concepção ao canal de parto; diminuição da necessidade de intervenção médica e cirúrgica; diminuição da ocorrência de trauma perineal e necessidade de realização de episiotomia. Apesar dos inúmeros benefícios da liberdade de movimento em relação a postura dorsal, continua a haver resistência de alguns profissionais principalmente em mulheres que recorrem a analgesia epidural.

Num estudo sobre a deambulação e o seu efeito no primeiro estágio de TP entre primíparas, concluiu-se que esta tem um efeito significativo na promoção da descida do feto por influência da gravidade durante o TP, aumenta a intensidade e frequência das contrações uterinas, promove a progressão da fase ativa de TP e melhora os resultados do TP reduzindo as intervenções médicas durante o TP (Digal et al., 2020).

Cavalcante et al. (2021) verificaram, pelo meio de uma revisão integrativa, as estratégias do EESMO para a diminuição dos métodos intervencionistas no parto. Concluíram que estratégias como o banho quente tem efeito positivo no alívio da dor, além de ser bem aceite pelas parturientes pela sensação de bem-estar tem também benefícios a nível da contratilidade uterina, aumentando-a e facilitando assim o primeiro estágio do TP. Em associação com o uso da bola suíça para além do alívio da dor apresenta ainda uma melhoria na progressão da dilatação cervical, na promoção da descida fetal, aumento das contrações e diminuição do tempo de TP, culminando numa maior frequência de parto normal. Para além do uso da bola suíça outros exercícios facilitadores como as técnicas de respiração e a deambulação apresenta resultados na diminuição do tempo de TP, uma vez que promovem o relaxamento e facilitam o autocontrolo da parturiente (Cavalcante et al., 2021, as cited in Castro et al., 2018). A deambulação promove a redução do tempo de TP por meio do uso da gravidade a seu favor, a posição vertical associada ao aumento da mobilidade pélvica facilita a dilatação cervical e a descida fetal (Cavalcante et al., 2021, as cited in Lehugeur e al., 2017) Não

obstante é necessário ter sempre em consideração a alternância de posição, para promover o conforto da parturiente tendo em vista o protagonismo da mulher no parto, para que se sinta no controlo da situação contribuindo assim para uma melhor evolução do TP que culminará num parto natural saudável e seguro.

Noutra pesquisa de revisão da literatura, foi também evidente que em parturientes sem analgesia epidural que a deambulação e as posições verticais diminuem a duração do primeiro estágio do TP e promovem a ocorrência de parto normal, ajudam no controlo da dor diminuindo a necessidade de métodos farmacológicos para alívio da dor e estão associados a um aumento do bem-estar materno e fetal (Lawrence et al., 2013). Em parturientes com recurso a analgesia epidural os resultados demonstrados não apresentaram diferenças significativas nas variáveis estudadas. Os autores consideram também a necessidade de mais e melhores estudos para evidenciar com certeza os verdadeiros benefícios/risco das liberdades de movimento em relação a permanência em posição horizontal (Lawrence et al., 2013).

Num estudo clínico randomizado de Cavalcanti et al. (2019) com 128 parturientes, sobre as terapias complementares no TP, os autores avaliaram os efeitos do uso do banho quente e exercícios perineais com bola suíça de modo isolado e combinado na perceção da dor, ansiedade e progressão do TP. Constataram que houve um aumento da perceção da dor nas parturientes que receberam isoladamente o banho quente, no entanto também foi percebido maior sentimento de segurança, relaxamento e conforto durante a intervenção. Foi também percebido pelos autores que os níveis de ansiedade foram mais reduzidos no grupo que recebeu intervenção. O intervalo de tempo decorrido entre o uso das terapias complementares combinadas foi menor em cerca de uma hora no grupo que fez uso do banho quente e bola suíça, quando compara com o uso das terapias isoladamente. Este facto leva a que o tempo de exposição à dor e ao stress inerentes do TP sejam abreviados contribuindo para o conforto, maior controlo e participação ativa da mulher no parto. Para além disso a liberdade de movimento permite que a parturiente assumira posições facilitadoras da adaptação fetal ao canal de parto, favorecendo o parto fisiológico (Cavalcanti et al., 2019).

Um estudo quasi experimental randomizado de Marzouk e Eid (2020) com o objetivo de avaliar a influencia da deambulação na evolução do primeiro estágio do TP em primigestas, foi constatado que as parturientes do grupo de intervenção apresentaram um progresso mais rápido do TP em comparação com as do grupo de controle. Neste

estudo o progresso do TP foi avaliado pelas mudanças na dilatação cervical, descida da apresentação fetal e características das contrações uterinas durante o primeiro estágio do TP. Relativamente à dilatação cervical e descida da apresentação fetal, ambos apresentaram uma progressão mais rápida entre as parturientes do grupo de intervenção em relação ao grupo de controle. Em relação às contrações uterinas, evidenciou-se no presente estudo que as contrações uterinas se caracterizaram por serem mais frequentes, mais longas e de maior intensidade entre o grupo de intervenção em comparação ao grupo de controle. Em relação à duração do TP, a evolução mais rápida do TP no grupo de intervenção resultou em menor duração das diferentes fases do TP em comparação ao grupo controle. Os achados do presente estudo revelaram também um aumento significativo na taxa de ruptura espontânea das membranas fetais, com menor necessidade de uso de ocitocina, e menor taxa de parto por cesariana no grupo de intervenção em comparação ao grupo controle. Após o parto, foram avaliadas as percepções das participantes sobre a prática da deambulação ou a posição adotada durante a primeira fase do TP. A maior parte do grupo de deambulação estava satisfeita com esta experiência e disposta a deambular no futuro TP, em contrapartida apenas uma pequena porção do grupo de controle estava satisfeita com a posição adotada (Marzouk & Eid, 2020).

Uma revisão da literatura com vista a verificar os benefícios da liberdade movimento e as posições no primeiro estágio do TP concluiu que cada vez mais a parturiente procura estar envolvida nos cuidados e que este envolvimento apenas é possível com a articulação nos diferentes profissionais na promoção da autonomia e de intervenções que proporcionem o empoderamento da mulher nas decisões sobre o seu TP. Foram evidentes os benefícios da alternância de posições verticais e a deambulação na progressão do TP, no controlo da dor e aumento da satisfação materna, na qualidade das contrações uterinas e promoção do bem-estar fetal, comparativamente com posições horizontais (Ferrão & Zangão, 2017).

Farrag e Omar (2018), realizaram um estudo quasi experimental, onde averiguaram o efeito do uso da bola suíça durante o primeiro estágio do TP na evolução e desfecho do TP em nulíparas. Concluíram que houve distinções entre o grupo de parturientes estudadas em relação ao grupo de controlo, a nível da progressão da dilatação cervical pode-se verificar que está foi mais acentuada nas 4 horas após a intervenção a par com a descida da apresentação fetal no grupo em estudo; também a nível da dor e ansiedade percebidas pelas parturientes houve níveis mais baixos no grupo de

intervenção em relação ao grupo de controlo; menor duração dos primeiro e segundo estádio do TP no grupo em estudo; relativamente a necessidade de intervenção medica e desfecho do parto também houve diferenças, resultando numa menor taxa de intervenção bem como aumento dos partos vaginais no grupo de intervenção; também a nível da satisfação materna o estudo aponta para que 70% das mulheres do grupo de intervenção ficaram satisfeitas relativamente aos cuidados prestados em comparação com apenas 25% das mulheres do grupo de controlo. A liberdade de movimento e o uso da bola suíça promove a participação ativa da parturiente e auxilia na descida e rotação do feto, melhora o fluxo sanguíneo uterino, a eficácia das contrações e auxilia na dilatação do colo do útero, encurtando a duração das fases do TP.

Num estudo quasi experimental de Prabhakar et al. (2015) para determinar da eficácia da deambulação durante o primeiro estádio do TP numa amostra de 60 primigrávidas, foi verificado haver uma redução na duração do primeiro estádio do TP bem como uma maior tolerância a dor das contrações uterinas no grupo em estudo. Quanto ao tipo de parto não foram encontradas diferenças entre o grupo em estudo e o grupo de controlo. Os autores referem não ter encontrado qualquer efeito negativo, da deambulação, para o RN e que a mesma é bem aceite pela mulher quando devidamente informada dos seus benefícios. Mais ainda recomendando-a como estratégia de conforto eficaz (Prabhakar et al., 2015).

No decorrer do ensino clínico foi percecionado que as parturientes referiam tolerar melhor a dor quando assumia posições verticais e deambulavam, procedimento que por não ser habitual requeria um esclarecimento assertivo sobre os seus benefícios. Foi também verificado que com o escalar da dor associado à progressão do primeiro estádio do TP as parturientes tendiam a recorrer a posições horizontais para conforto e tolerância da dor das contrações uterinas. A maior sensação de controlo e conforto percecionada pela mulher permitia que houvesse maior relaxamento e acelerava o TP.

Os estudos apresentados demonstram de uma forma quase unanime que a liberdade de movimento no primeiro estádio do TP ostenta efeitos benéficos quando comparado com mulheres que permaneçam em posições horizontais. Existem estudos com resultados não evidentes da melhoria na progressão do TP, embora também não tenham verificado existência de qualquer efeito negativo, para a mulher ou feto, provocado pela liberdade de movimento. Conclui-se que a liberdade de movimento promove a redução do tempo de TP não alterando os possíveis riscos e desfechos adversos no TP.

As conclusões obtidas através da pesquisa efetuada, alertam os EEESMO para os efeitos da promoção da liberdade de movimento, na redução da duração do TP, aumento da mobilidade pélvica e conseqüentemente na progressão da apresentação fetal, na diminuição da ansiedade materna e dor do TP, na diminuição da necessidade de intervenção médica e partos distócicos, na redução do trauma perineal e aumento da satisfação materna.

Após a análise e reflexão dos artigos selecionados para a revisão narrativa da literatura, verifica-se que a prática da liberdade de movimento não apresenta quaisquer riscos maternos ou fetais, não obstante devem sempre ser tidos em conta potenciais risco para a mulher ou feto, mantendo uma atuação preventiva, minimizando os riscos potenciais.

Assim sendo, pode-se concluir que existe a necessidade de realização de mais estudos randomizados e controlados, de forma a sustentar a conclusão da ausência de risco advindos da prática da liberdade de movimento quer para a mulher como para o RN. No entanto e, consoante o conhecimento atual, recomenda-se que a evidência seja disponibilizada ao EEESMO para que este possa informar, discutir e propor os melhores cuidados às utentes, capacitando-as para uma tomada de decisão responsável e devidamente informada

3.5. Conclusão

A presente revisão procura perceber os efeitos da liberdade de movimento no primeiro estágio do TP e de que forma pode esta ser uma conduta facilitadora do empoderamento da mulher no seu TP aliado aos cuidados de excelência baseados na mais recente evidência científica.

Apesar de não haver uma conclusão unanime entre todos os estudos selecionados, regra geral em todos é demonstrado uma associação positiva da liberdade de movimento na progressão e duração do TP, na diminuição da dor e ansiedade, aumento da satisfação materna, na qualidade e eficácia das contrações uterinas e na circulação materno-fetal. A análise dos estudos possibilitou compreender que não existe uma posição, exercício ou cuidados universais, dado que cada mulher é única, com características distintas, também o seu TP o será.

É também foco desta revisão uma atualização, transição de conhecimentos e sensibilização dos EESMO para a promoção da liberdade de movimento e promoção de experiências de parto mais positivas, dando a conhecer à mulher os benefícios da liberdade de movimento durante o primeiro estágio do TP. A prática do EESMO deve basear-se na partilha, com a parturiente, permitindo uma tomada de decisão informada com base nos benefícios ou implicações da liberdade de movimento no TP e respeitando a sua decisão apoiando-a nesse processo.

Durante o ENP houve oportunidade para pôr em prática os cuidados e conhecimentos adquirido, apesar de ser uma prática mais comum num dos locais do que no outro considero que o resultado foi positivo na medida em que foi possível perceber os efeitos da liberdade de movimento no primeiro estágio do trabalho de parto na prática. Houve uma constante procura pela promoção da liberdade de movimento bem como pelo respeito da vontade da mulher, considero que após esclarecer as dúvidas e evidenciar os risco/benefícios da prática a adesão das parturientes foi satisfatória e demonstrativa das conclusões apreendidas na literatura

Considero que houve uma dificuldade que sobressaiu na realização deste trabalho, a falta de evidência centrada na liberdade de movimento no primeiro estágio do TP e de que forma é que a esta influência o TP a par com as diferenças de atuação nas duas instituições, uma vez que num dos locais esta é uma prática fortemente enraizada e que conta com a participação de todos os intervenientes e no outro onde esta prática encontra-se em fase de implementação com apenas alguns profissionais promotores e renitência por parte de outros.

4. Análise reflexiva sobre o processo de mobilização de competências

O perfil de competências do EEESMO resulta do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, e específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade. Este perfil de competências objetiva providenciar um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Para o desempenho das funções de especialista em Enfermagem existe um conjunto de competências comuns que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização. Seguidamente descreve-se as atividades realizadas na aquisição das competências descritas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 26.

A - Responsabilidade profissional, ética e legal

Competência A1: Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Competência A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Atividades e reflexão: Houve uma constante preocupação em preservar a individualidade dos intervenientes na prática de cuidados, tendo em conta os seus desejos e vontades, respeitando-os nas suas tomadas de decisão providenciando ensinamentos que lhes permitam fazer escolhas informadas, ponderadas, conscientes e autónomas atuando como um elemento facilitador da tomada de decisão pela transmissão de conhecimentos específicos da especialidade. Esta postura foi transversal na consideração da multiculturalidade, valores e crenças de cada interveniente que determinou a forma de atuar em cada momento, preservando os princípios éticos da beneficência e não-maleficência, igualdade de tratamento e autonomia. A manutenção da segurança, dignidade e privacidade foi uma preocupação que imperou, pelo que foi sempre respeitada a vontade e escolha dos intervenientes após esclarecimento sobre o âmbito da formação do mestrando. O respeito pelos direitos humanos foram uma preocupação particular em determinados casos de mulheres provenientes de outros países (i.e., Paquistão, Nepal, Bangladesh, Índia, entre outros) com dificuldade em compreender outra que não a sua língua materna, na maioria dos casos o cônjuge funcionava como tradutor mas sem possibilidade para validar a sua compreensão ou informação transmitida para a mulher, o que em alguns casos condicionou o direito a cuidados prestados por outros profissionais e a qualidade dos cuidados por falta de comunicação. Existiram ainda casos em que claramente o cônjuge exerce um controlo sobre o tipo de cuidados que a mulher permite e onde a “queda” desta barreira da comunicação poderia ser uma forma de promover a igualdade e respeito pelos direitos humanos bem como a emancipação da mulher.

B - Melhoria Contínua da Qualidade

Competência B1: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Competências B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Competência B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista colabora na concepção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Atividades e reflexão: O enquadramento do ENP, permitiu desenvolver ações formativas em serviço relativas à importância da tomada de decisão em enfermagem. Está ainda em preparação uma norma de serviço sobre a liberdade de movimento no primeiro estágio do TP bem como a implementação de um protocolo de “*walking epidural*” em colaboração com a equipa de anestesia e foi realizada uma formação em serviço sobre “A importância da tomada de decisão em enfermagem” (Apêndice B) e um documento informativo, para o casal, sobre a cedência e manuseamento da placenta (Apêndice C). Este último surgiu pelo aumento das solicitações por parte dos casais em poderem ficar com a placenta, para o fim que desejarem, dado o seu significado e simbolismo (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2016; Enning & Smith, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Sendo que para tal devem saber os cuidados e o risco de saúde pública associados, bem como as instituições devem ter definidas as regras para aceder ou recusar os pedidos dos casais (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2016).

O objetivo é uniformizar e melhorar os cuidados bem como providenciar cuidados de qualidade que ainda não se encontram implementados na instituição e que dependem da colaboração interdisciplinar. No âmbito da promoção do ambiente terapêutico e seguro, para além dos cuidados inerentes à situação pandémica para controlo do risco de contágio e transmissão, uma vez que nem sempre existia a possibilidade de realizar testagem atempada ou pela falta de colaboração no uso da máscara. Houve também o cuidado de promover ensinamentos promotores da colaboração materna, uma vez que, por vezes os desconfortos provocados pelas dores do TP levam a que ocorram comportamentos

desajustados pelo descontrolo físico e emocional pondo a mulher, feto e o profissional de saúde em risco. As situações mais difíceis prenderam-se com algumas barreiras inerentes a multiculturalidade, no entanto nunca foi negligenciado o respeito pela individualidade, desejos e vontades individuais promovendo assim uma perceção de segurança para os intervenientes.

C - Gestão dos Cuidados

Competência C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Competência C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Atividades e reflexão: A gestão de cuidados de saúde é fundamental na garantia da continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Deve existir uma gestão que procure articular a resposta de toda a equipa de saúde, com vista à otimização da tomada de decisão adequada para cada situação. O trabalho em equipas multidisciplinares é complexo, pelas relações de comunicação necessárias, os limites de autonomia e a cooperação entre profissionais. Sendo que no dia a dia do EEESMO não existe uma rotina definida, uma vez que durante o TP várias situações podem determinar uma atuação emergente é-lhe exigida a capacidade para avaliação de uma situação e capacidade de articulação e colaboração de outros profissionais a intervirem segundo a sua área de conhecimento. A importância deste domínio para o EEESMO não se prende apenas com as parturientes, visto que a mulher em todo o seu ciclo vital pode necessitar de assistência, o que exige ao EEESMO uma capacidade de articulação não só com a sua equipa, mas com outras equipas de diferentes valências no encaminhamento de situações que vão além da sua esfera de atuação.

D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Competência D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Atividades e reflexão: O rigor e a exigência imposta ao EEESMO pelo explorar de novos conhecimentos no seio de equipas particulares demonstrou ser uma experiência desafiante e por vezes melindrosa ao mesmo tempo que gratificante. O âmbito de cuidados do EEESMO é feito de momentos positivos, mas por vezes emotivos e de difícil resolução, facto que enaltece a necessidade de autoconhecimento, crescimento pessoal e profissional que apenas foi possível com a orientação dos supervisores clínicos. São eles os modelos que toldam o início da construção da identidade do futuro EEESMO e que tem a capacidade de transmitir a assertividade necessária para o desempenho da profissão. O enfermeiro está em constante processo de aprendizagem e autoformação, a constante procura pela obtenção de conhecimentos com base na mais atualizada evidência científica é uma premissa que o mestrando tem desde os primeiros dias do estágio, como estudante de enfermagem e que o acompanha no presente, foi-lhe transmitida como sendo o princípio para a aquisição e desenvolvimento de mais e melhores competências, objetivo que o acompanha nos cuidados que presta diariamente.

4.2. Competências Específicas dos Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

As competências específicas do EEESMO são definidas pela OE e estão publicadas em Diário da República no regulamento nº391/2019, em conjunto com as

competências comuns, apresentam-se como competências essenciais que regulam e certificam o EEESMO para os cuidados de enfermagem da sua área de especialidade. O desenvolvimento inicial destas competências está diretamente relacionado com as experiências vivenciadas no âmbito do ENP, os diferentes contextos de ensino clínico inseridos nas diversas áreas da saúde da mulher possibilitam opulentar conhecimentos, crescer como profissional e desenvolver competências essenciais para o futuro EEESMO.

As competências que se seguem descritas respeitam os princípios éticos e deontológicos bem como a integridade e veracidade dos registos clínicos efetuados.

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

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

Atividades e reflexão: O período de ensino clínico referente à consulta externa, permitiu presenciar e participar em 38 consultas de IVG com o intuito de providenciar ensinamentos, a mulheres/casal em idade fértil relacionados com os procedimentos e métodos farmacológicos utilizados, bem como cuidados a ter e sinais de alerta para recorrer aos cuidados de saúde, encaminhamento para consulta de controlo e contraceção futura. Assegurando-se que recebe toda a informação necessária que lhe permita tomar uma decisão consciente e informada.

Foi também possível participar na providência e ensinamentos sobre métodos contraceptivos adequados a cada mulher e ao seu estilo de vida, pelo que foi possível contactar com os diversos métodos. Constatou-se que, em todos os casos presenciados, nenhuma mulher se fez acompanhar pelo companheiro, o que vai ao encontro de alguns estudos que reconhecem o papel ausente no homem no planeamento familiar (Carvalho et al., 2018; Nogueira et al., 2018). Este facto leva a crer que ainda é necessária uma intervenção, por parte dos EEESMO, por forma a melhorar os cuidados a nível de interação no homem nas questões de planeamento familiar e de saúde da mulher uma vez que o seu papel no casal apresenta uma desigualdade de responsabilidade no que concerne à contraceção.

Competência 2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

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

Atividades e reflexão: O ENP na consulta externa proporcionou a aquisição de competências nas perspetivas das consultas de IVG como já foi referido, mas também a nível do Diagnóstico pré-natal onde foram realizadas 115 consultas, Medicina materno fetal com 87 consultas e 39 consultas de Referência obstétrica. Na consulta de IVG os cuidados centraram-se na promoção de ensinamentos e esclarecimentos no âmbito da IVG, garantindo a informação e orientação para os recursos disponíveis na comunidade. Identificação e monitorização do processo de abortamento e possíveis complicações que necessitem de referenciação. Orientação sobre a sexualidade no período pós-aborto.

A consulta era sempre assistida por um médico e pelo EEESMO e iniciava com a recolha de dados sociodemográficos, relação de conjugalidade, passado obstétrico, ginecológico e contraceutivo (dados estatísticos solicitados pela DGS); seguidamente era confirmada a datação da gravidez por controlo ecográfico, para confirmar que não ultrapassava as 10 semanas conforme legislação n.º 16/2007, e era reagendado novo contacto depois do período de reflexão de 3 dias; providenciado método medicamentoso e feitos ensinamentos de sinais e sintomas de alerta para recorrer aos serviços de saúde; monitorizado o processo de abortamento na consulta de controlo 15 dias após, verificada a contraceção e marcada consulta de planeamento familiar.

Na consulta de DPN foi possível desenvolver competências nas consultas denominadas “protocolo I” e subsequentes, onde se realizava: a avaliação da gravidez; colheita e avaliação de dados antropométricos; faziam-se ensinamentos relativos a estilos de vida saudáveis na gravidez; ensinamentos relativos a sinais e sintomas de alerta; ensinamentos relativos a medidas de alívio dos desconfortos da gravidez; identificação e monitorização da saúde materna-fetal; realização de rastreios combinados do 1.º trimestre e ensinamentos relativos a sua finalidade; participação em técnicas de DPN invasivas (biopsia das vilosidades coriônicas e amniocentese) e comunicação da má notícia quando os resultados dos exames complementares assim o determinavam.

Na consulta de medicina materno fetal foi possível colaborar na vigilância de gravidezes de risco por patologia associada ou prévia à gravidez. As atividades desenvolvidas tinham início na entrevista com a finalidade de recolher dados pessoais, familiares e obstétricos relevantes no desenvolvimento da gravidez; era feita a avaliação do risco materno fetal e dos conhecimentos relativos ao desenvolvimento da gravidez; avaliação dos parâmetros antropométricos e obstétricos; realizados ensinamentos de acordo com a idade gestacional e patologia associada e monitorização da gravidez; prescrição de exames auxiliares de diagnósticos.

Na consulta de referência obstétrica, de acordo com DGS (2015), no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, é realizada a todas as grávidas às 38 semanas e visa detetar qualquer intercorrência que possa não ter sido detetada durante a gravidez; avaliação do bem estar fetal; realização de ensinamentos sobre os sinais e sintomas de alerta para recorrer ao SU; ensinamentos relativos ao que é necessário na mala a levar para a maternidade; programar induções de TP e esclarecimento de dúvidas sobre a maternidade, TP ou outras que a grávida apresentasse.

Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.

Descritivo: Cuida 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 extrauterina.

Atividades e reflexão: Houve duas experiências distintas no domínio desta competência que tiveram lugar em dois serviços de bloco de partos com atuações distintas, proporcionando uma experiência mais enriquecedora para o estudante de ESMO.

O processo de aquisição de competências foi semelhante entre os contextos de estágio na medida em que os cuidados prestados são semelhantes, em ambos os locais houve oportunidade para realizar cuidados a mulheres grávidas em TP desde a sua admissão até ao puerpério imediato. As atividades desenvolvidas passaram por admissão da parturientes e preenchimento do partograma; prestação de cuidados especializados e individualizados de acordo com a fase do TP e respeitando o plano de parto; avaliação e referenciação de situações que estão para além da área de competência; avaliação cervical, da variedade e características perineais; promoção da adaptação do RN à vida

extrauterina, promoção da vinculação precoce, amamentação e contacto pele a pele na 1.º hora de vida.

No bloco de partos do hospital da região sul foram realizadas atendidas 81 grávidas, colaborados 61 partos dos quais 41 foram realizados pelo mestrando, sendo que dos restantes foi ainda possível a participação ativa em 2 partos gemelares eutócicos, 17 partos distócicos e casos de distocia de ombros. A grande diferença era o impedimento do acompanhamento permanente da parturiente, o método de alívio da dor utilizados e a postura do EEESMO perante o TP. Observou-se uma abordagem mais medicalizada do TP bem como uma diminuição do papel da mulher no seu TP. A nível da analgesia a mesma recorria a meios estáticos de administração contínua condicionando a liberdade de movimento da mulher. Os toques vaginais ocorriam com mais frequência por alterações no CTG (contínuo) ou queixas maternas. A mulher demonstrava pouca proatividade para posições verticais, deambulação e uso da bola suíça.

Por outro lado, no bloco de partos do hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo foram realizadas atendidas 47 grávidas, colaborados 10 partos dos quais 9 foram realizados pelo mestrando. O mestrando constatou a existência de um acompanhamento e incorporação do acompanhante no período do TP, neste contexto a mulher foi proativa na procura de liberdade de movimento o que lhe permitiu o controlo da sua autonomia em TP. A nível da analgesia existia a possibilidade a grávida se poder movimentar livremente uma vez que a abordagem é diferente e existem dispositivos móveis para administração contínua. Existe uma valorização maior dos sinais e sintomas no TP escusando toques vaginais desnecessários bem como a possibilidade de CTG intermitente. Mesmo nos casos de CTG contínuo existem a possibilidade de monitorização sem fios.

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

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

Atividades e reflexão: No serviço de obstetrícia onde teve lugar o ENP em internamento de puerpério bem como no bloco de partos, foi possível adquirir e melhorar competências

nos cuidados a 141 puerperas saudáveis e 199 recém-nascidos saudáveis com a prática de cuidados a nível da realização do exame físico da puérpera e recém nascido; ensinamentos de capacitação para os cuidados ao RN; ensinamentos de sinais e sintomas de alerta no puerpério e do RN; promoção da amamentação e ensinamentos da pega correta identificação e referenciação de desvios de adaptação da parentalidade; identificação de complicações puerperais; prestação de cuidados especializados a puérperas patológicas; promoção e ensinamentos relativos a métodos contraceptivos no puerpério e colaboração na colocação de implantes contraceptivos. Houve ainda participação nos cuidados de 66 recém-nascidos de risco com que posteriormente eram transferidos para a UCIN ou estavam em vigilância em bloco de partos e internamento de puerpério. Noutra vertente surgiu também uma oportunidade de participação na área formativa contribuindo com formação aos profissionais sobre o tema “A tomada de decisão e importância no papel do enfermeiro: uma reflexão” (Apêndice B), por ser uma competência do enfermeiro que se encontra por vezes negligenciada nesta área com a falta de EEESMO. Como enfermeiros, todos os dias tomamos decisões no sentido de um agir que responda às necessidades das pessoas. Por isso, a tomada de decisão não se dispensa, nem se pode renunciar, uma vez que o facto de não escolher ou de se abster de uma escolha representa uma escolha (Furukawa et al., 2018; Hayashida et al., 2014; Marques, 2019; Motta & Paulo, 2020).

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

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

Atividades e reflexão: O contacto com mulheres no período do climatério não teve um campo de ensino clínico específico, mas foi por interesse do aluno, que regularmente procurou adquirir competências colaborando nas situações em que as utentes procuraram o serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, maioritariamente por metrorragias. Assim foi possível identificar as alterações físicas, sexuais e psicológicas da mulher; colaborar nos cuidados a mulher com complicações no climatério e encaminhamento para o acompanhamento adequado a cada situação.

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

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

Atividades e reflexão: No serviço de ginecologia onde teve lugar uma parte do estágio foi possível contactar com diferentes casos dos processos de saúde/doença ginecológica em 135 mulheres cuidadas. O serviço de ginecologia comporta mulheres portadoras de diferentes patologias como cancro da mama e colo, gravidez extrauterina, IVG falhada ou complicada, aborto retido, doença inflamatória pélvica, endometriose e metrorragias. São também admitidas no serviço mulheres no âmbito da ginecologia geral, uroginecologia, obstetrícia e senologia para realização de ECD,e/ou cirurgia e cuidados hospitalares. No decorrer do ENP houve oportunidade para desenvolver competências na prestação de cuidados a mulheres submetidas a histerectomia (total, parcial ou radical), mastectomias (total, parcial ou radical), salpingectomia, salpingooforectomia, ooforectomia, vulvectomia radical, quistectomia e tumorectomia. Variando o método de abordagem cirúrgica entre laparoscopia, laparotomia ou abordagem mais localizadas. Os cuidados prestados foram na admissão das utentes e colheita de dados; verificação de análises e ECD pré-operatórios; preparação pré-operatória; avaliação da ferida cirúrgica e realização de penso cirúrgico; ensinos e preparação para a alta; apoio psicológico e estratégias para lidar com a alteração da imagem corporal. Outra vertente dos cuidados está relacionada com as mulheres em processo de aborto onde a atenção dos cuidados prestados é além dos cuidados de higiene e conforto, e administração de terapêutica para a interrupção e alívio da dor, é de extrema importância que sejam prestados ensinos relacionados com as diferentes fases do processo, prestar apoio psicológico à mulher e pessoa significativa bem como garantir a presença desta pessoa significativa durante todo o processo, gerir os pedidos de colaboração por parte do psicólogo da instituição. Também as vontades e desejos. das mulheres e pessoa significativa durante este processo, foram foco dos cuidados de forma a tornar este momento menos difícil.

No ensino clínico realizado na consulta externa, existiu ainda oportunidade para realizar uma breve passagem na consulta de patologia do colo do útero, onde foi possível observar e colaborar na realização de 10 exames de colposcopia, vigilância e tratamentos a mulheres após rastreio positivo. Houve a possibilidade de colaborar em 5 citologias, 2 técnicas de conização e ensinos referentes à prevenção da transmissão de HPV.

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

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

Atividades e reflexão: Por imposição da pandemia as atividades orientadas para a comunidade sofreram alterações, pelo que esta competência foi desenvolvida no âmbito da consulta externa e no internamento de puerpério. A educação para a saúde recaiu muito sobre os métodos contraceptivos quer na consulta de IVG quer no internamento de puerpério. Na consulta de IVG houve algumas adaptações feitas pelo enfermeiro no sentido de adaptar os cuidados aos recursos disponíveis recorrendo a contactos telefónicos por forma a conseguir um acompanhamento mais próximo do recomendado. Dentro desta competência foi possível contactar com diferentes culturas o que leva a que o enfermeiro faça uso de todas as ferramentas por forma a conseguir compreender a mensagem e transmitir informação o mais perceptível possível.

Nos cuidados culturalmente sensíveis as oportunidades foram poucas, sendo que são casos sensíveis os de violação sexual sobre a mulher, também existe uma política do serviço por forma a que este atendimento seja feito maioritariamente por profissionais do sexo feminino. Posto isto houve oportunidade de colaborar ativamente na colheita de sangue para análise, administração de fármacos (antibióticos, antirretrovirais e contraceção de emergência) e passivamente no encaminhamento de espécimes recolhidos para identificação de DNA humano, posteriormente entregue as autoridades competentes. A recolha de dados é particularmente cuidadosa pela implicação legal que os mesmo poderão ter no desenrolar de um processo-crime. Deve existir uma atenção especial com as mulheres vítimas de qualquer tipo de violência pois por vezes os sentimentos de vulnerabilidade, vergonha e mágoa podem representar um problema para a saúde mental pelas marcas não visíveis (C. L. Ribeiro et al., 2021).

5. Considerações finais

A aquisição do grau de mestre na área de saúde materna e obstétrica visa o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, necessárias para a construção de uma identidade profissional. Para o demonstrar o presente relatório teve por base as experiências clínicas do ENP, assente numa base sólida de prática baseada na evidência científica, inerente à prática do EEESMO. O processo de aprendizagem contínuo permitiu contextualizar e consolidar os conhecimentos teóricos obtidos no percurso académico em situações reais. As aptidões apreendidas no percurso permitiram sedimentar conhecimentos numa ótica profissional e potenciar o desenvolvimento pessoal pelas experiências proporcionadas. A abordagem de cada supervisor contribuiu de forma positiva na aquisição de aprendizagens e conhecimentos significativos bem como no início da construção da identidade profissional.

No relatório procurou-se demonstrar o percurso realizado e o seu contributo na obtenção e desenvolvimento de competências de EEESMO. As experiências mais marcantes e de maior relevo foram determinantes na certeza de que a temática escolhida é meritória de especial atenção, a liberdade de movimento no primeiro estágio do TP. O interesse adveio da experiência previa na área de saúde materna pela perceção da vontade das parturientes e dos seus benefícios para o TP, facto que foi precursor para uma investigação mais aprofundada com o objetivo de aprofundar conhecimento científico e providenciar melhores cuidados indo ao encontro das necessidades percecionadas. Pode-se desta forma concluir, com base na revisão da literatura, que a liberdade de movimento no primeiro estágio do TP favorece a redução do tempo de TP (em particular o primeiro estágio), promove uma melhor tolerância à dor durante o TP e aumenta a satisfação materna.

A discernimento de que cada mulher/casal faz com que cada pessoa seja um ser único com desejos, vontades, crenças e valores distintos. Esta consciência de singularidade foi fundamental para a consolidação de conhecimentos, de modo que seja possível criar cuidados individualizados suprimindo as necessidades e expectativas de cada um. Esta foi a premissa que conduziu a pesquisa constante na atualização de competências práticas, a par com a capacidade de resiliência para responder aos desafios mais complexos. A oportunidade de experienciar diferentes realidades no estágio permitiu

além de experienciar diferentes metodologias de trabalho, refletir acerca das práticas anteriores fazendo um juízo crítico sobre conceitos que considerávamos como adquiridos.

Com a pesquisa pretendeu-se contribuir para a melhoria dos cuidados de SMO, dando uma resposta abrangente, conclusiva e científica que seja ao mesmo tempo esclarecedora e desmistificadora dos medos inerentes à prática da liberdade de movimento. A renitência à mudança é uma característica inata do ser humano, pelo que se pretende justificar a promoção desta prática não apenas com base no conhecimento empírico, mas também com prática baseada na evidência científica que fomente a confiança do EEESMO na promoção destas práticas pelo conhecimento dos benefícios e riscos implicados.

Considera-se que os objetivos delineados foram atingidos, apesar das limitações inicialmente impostas pela pandemia e daquelas decorrentes da diversidade cultural ou carência de recursos. Um obstáculo só o é quando o encaramos como tal e por isso considera-se que as adversidades promoveram um desenvolvimento pessoal e profissional pelas experiências vividas que motivam a uma melhoria contínua e constante no futuro do EEESMO.

Referências bibliográficas

- Abalos, E., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., & Souza, J. (2020). Progression of the first stage of spontaneous labour. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 19–32. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.001>
- Abdul-Sattar, S., & Ahmed, H. (2018). Effect of Change in Position and Back Massage on Pain Perception during First Stage of Labor. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 19(3), 288–294. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.01.006>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf
- Alcântara, N., & Silva, T. (2021). Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento de risco habitual. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(3), 761–771. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300003>
- Alves, B., Santos, L., & Castro, A. (2019). Liberdade da mulher durante o trabalho de parto. *Acta de Estudos Interdisciplinares*, 1(1), Art. 1. <https://editoraverde.org/portal/revistas/index.php/aei/article/view/111>
- Alves, T., & Bezerra, M. (2020). Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional / Main Physiological and Psychological changes during the management period. *ID on line. Revista de psicologia*, 14(49), 114–126. <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i49.2324>
- Aragão, F., Aragão, P., Martins, C., Leal, K., & Tobias, A. (2019). Analgesia de parto no neuroeixo: Uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 69(3), 291–298. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.12.001>
- Araújo, S., Vasconcelos, A., Sousa, M., Silva, W., & Souza, P. (2020). Percepção do graduando de Enfermagem na segurança do paciente com sistema de medicamentos por dose unitária. *Nursing (São Paulo)*, 23(268), 4589–4607. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i268p4589-4607>
- Arkan, B., Ordin, Y., & Yılmaz, D. (2018). Undergraduate nursing students' experience related to their clinical learning environment and factors affecting to their clinical learning

process. *Nurse Education in Practice*, 29, 127–132.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.12.005>

Attali, E., & Yogev, Y. (2021). The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 70, 2–9.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.06.006>

Baena-García, L., Ocón-Hernández, O., Acosta-Manzano, P., Coll-Risco, I., Borges-Cosic, M., Romero-Gallardo, L., Flor-Alemany, M., & Aparicio, V. (2019). Association of sedentary time and physical activity during pregnancy with maternal and neonatal birth outcomes. The GESTAFIT Project. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 29(3), 407–414. <https://doi.org/10.1111/sms.13337>

Barasinski, C., Debost-Légrand, A., Lémercy, D., & Vendittelli, F. (2018). Positions during the first stage and the passive second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery*, 56, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.010>

Barbosa, E., Araújo, M., Oliveira, M., & Borges, A. (2021). *As vantagens da dose unitária no ambiente hospitalar*. https://facunicamps.edu.br/cms/upload/repositorio_documentos/56%20AS%20VANTAGENS%20DA%20DOSE%20UNIT%C2%A6RIA%20NO%20AMBIENTE%20HOSPITALAR.pdf

Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>

Brito, I., Sousa, R., Sanches, B., Franco, J., Marcelino, S., & Costa, A. (2021). Alojamento Conjunto, Amamentação e Seguimento Neonatal de Recém-Nascidos de Mãe com COVID-19. *Acta Medica Portuguesa*, 34. <https://doi.org/10.20344/amp.15441>

Carvalho, M., Paula, C., Queiroz, A., Viana, R., & Ferreira, H. (2018). Presença masculina no planejamento familiar: Experiências e propostas de intervenções. *Rev. Enferm. Atual In Derme*. <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/252/151>

Cavalcante, L., Barbosa, D., Carvalho, B., Souza, J., Oliveira, R., Costa, G., Lima, T., Silva, R., Santana, M., & Abrão, R. (2021). Estratégias do enfermeiro obstetra para

diminuição dos métodos intervencionistas durante o parto normal. *Research, Society and Development*, 10, e49510211896. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.11896>

Cavalcanti, A., Henrique, A. J., Brasil, C., Gabrielloni, M., & Barbieri, M. (2019). Terapias complementares no trabalho de parto: Ensaio clínico randomizado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20190026. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>

Claramonte Nieto, M., Meler Barrabes, E., Garcia Martínez, S., Gutiérrez Prat, M., & Serra Zantop, B. (2019). Impact of aging on obstetric outcomes: Defining advanced maternal age in Barcelona. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2415-3>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2016). *Parecer N.º 86/CNECV/2016 sobre o Destino da Placenta após o Parto | CNECV*. <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/parecer-n-o-86-cneqv-2016-sobre-o-destino-da-placenta-apos-o-par>

Decreto-Lei n.º 16/2007. (2007). Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2007-65965911>

Decreto-Lei n.º 161/96. (1996). Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., & Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 208, 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>

Dias, E., & Jesus, C. (2021). Aplicação de metodologias ativas no processo de ensino em enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 15(21), Art. 21. <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1127/788>

Digal, B., Nayak, D., & Tripathy, P. (2020). Effect of Ambulation on Labour Outcome during the first stage of Labour Among Primi Mothers. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(8), 1432–1437. https://ejmcm.com/article_4312_c63324c44f2e2f092d7cc6955aa5e37b.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015, novembro). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>

Ekstedt, M., Lindblad, M., & Löfmark, A. (2019). Nursing students' perception of the clinical learning environment and supervision in relation to two different supervision models – a comparative cross-sectional study. *BMC Nursing*, 18(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0375-6>

Enning, C., & Smith, C. (2007). *Placenta: The gift of life: the role of the placenta in different cultures, and how to prepare and use it as medicine*. Motherbaby Press. https://revista.cadizcf.com/Placenta-The-Gift-Of-Life-The-Role-Of-The-Placenta-In-Different-Cultures-And-How-To-Prepare-And-Use-It-As-Medicine/redir_esc?r=J5C511

Estrela, J., Machado, M., & Castro, A. (2018). O “Ser Mãe”: Representações Sociais do Papel Materno de Gestantes e Puérperas. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 12(42), 569–578. <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i42.1450>

Farrag, R., & Omar, A. (2018). Using of Birthing Ball during the first Stage of Labor: Its Effect on the Progress of Labor and Outcome among Nulliparous Women. *International Journal of Nursing Didactics*, 8(09), Art. 09. <https://doi.org/10.15520/ijnd.v8i09.2289>

Ferrão, A., & Zangão, M. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto Freedom of movement and position in the first stage of labor. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3, 886. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).886](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).886)

Ferreira, C., Guerra, C., Silva, A., do Rosário, H., & Pereira, M. (2019). Exercise in Pregnancy: The Impact of an Intervention Program in the Duration of Labor and Mode of Delivery. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia*, 41(2), 68–75. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1675613>

Ferreira, D., Oliveira, C., Gonçalves, M., & Reis, B. (2022). A gestante tardia e os riscos para Síndrome de Down: Uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 5, e10005–e10005. <https://doi.org/10.25248/reamed.e10005.2022>

Ferreira, I. (2021, março 7). *Movimento: Ingrediente Essencial para o Parto • Uterus*. <https://uterus.pt/2021/03/07/movimento-ingrediente-essencial-para-o-parto/>

- Fonseca, S., Silveira, A., Franzoi, M., Motta, E., Fonseca, S., Silveira, A., Franzoi, M., & Motta, E. (2020). Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): Experiências de enfermeiras. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(2), 170–190. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.1908>
- Frederiksen, L., Ernst, A., Brix, N., Lauridsen, L., Roos, L., Ramlau-Hansen, C., & Ekelund, C. (2018). Risk of adverse pregnancy outcomes at advanced maternal age. *Obstetrics & Gynecology*, 131(3), 457–463. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002504>
- Frick, A. (2021). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 70, 92–100. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.07.005>
- Ghezzi, J., Higa, E., Nalom, D., Biffe, C., Lemes, M., & Marin, M. (2019). Metodologias de aprendizagem ativa e a formação do enfermeiro com pensamento crítico: Revisão integrativa da literatura. *CIAIQ2019*, 1, 478–487. <https://doi.org/10.22533/at.ed.08720230412>
- Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal (5ª)*. LIDEL.
- Handelzalts, J., Levy, S., Molmen-Lichter, M., Muzik, M., Krissi, H., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2021). Associations of rooming-in with maternal postpartum bonding: The impact of mothers' pre-delivery intentions. *Midwifery*, 95, 102942. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102942>
- Kalyani, M., Jamshidi, N., Molazem, Z., Torabizadeh, C., & Sharif, F. (2019). How do nursing students experience the clinical learning environment and respond to their experiences? A qualitative study. *BMJ Open*, 9(7), e028052. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028052>
- Kelly, S., Redmond, P., King, S., Oliver-Williams, C., Lamé, G., Liberati, E., Kuhn, I., Winter, C., Draycott, T., Dixon-Woods, M., & Burt, J. (2021). Training in the use of intrapartum electronic fetal monitoring with cardiotocography: Systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 128(9), 1408–1419. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16619>

- Kumud, Kaur, A., & Chopra, S. (2013). Effect of upright positions on the duration of first stage of labour among nulliparous mothers. *Nursing & Midwifery Research Journal*, 9(1), 10–20. <https://doi.org/10.1177/0974150X20130102>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G., Dowswell, T., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub2>
- Leader, J., Bajwa, A., Lanes, A., Hua, X., Rennicks White, R., Rybak, N., & Walker, M. (2018). The Effect of Very Advanced Maternal Age on Maternal and Neonatal Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(9), 1208–1218. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.10.027>
- Lima, S., Schirmer, J., Dotto, L., & Santos, C. (2018). Práticas obstétricas de uma maternidade pública em rio branco-ac. *Cogitare Enfermagem*, 23(4), Art. 4. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i4.53258>
- Lowdermilk & Perry. (2009). *Enfermagem na maternidade (7^a)*. Lusodidacta.
- Lundborg, L., Åberg, K., Sandström, A., Discacciati, A., Tilden, E., Stephansson, O., & Ahlberg, M. (2020). First stage progression in women with spontaneous onset of labor: A large population-based cohort study. *PLOS ONE*, 15(9), e0239724. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239724>
- Maia, M. (2010). *Humanização Do Parto: Política Pública, Comportamento Organizacional e Ethos Profissional*. Editora FIOCRUZ [Imprint] Fundacao Oswaldo Cruz SciELO [distributor. <http://books.scielo.org/id/pr84k>
- Mamede, F., Almeida, A., Nakano, A., Gomes, F., & Panobianco, M. (2007). O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Escola Anna Nery*, 11, 466–471. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000300011>
- Mamede, F., Mamede, M., & Dotto, L. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Anna Nery*, 11(2), 331–336. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000200023>
- Marzouk, T., & Eid, M. (2020). Influence of Ambulation during the First Stage of Labor on Labor Progress of Primi Parturients. *Egyptian Journal of Health Care*, 11, 260–274. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2020.110407>

- Massaroli, A., Vandrúscolo, C., Martini, J., Alvarez, A., Ferraz, F., & Percisi, A. (2020). O processo de enfermagem como melhor prática na interface com a segurança do paciente. *História e teoria*, 86. <https://doi.org/10.7476/9786586545234>
- Mendes, J. (2020). *Normas APA* (7ª ed.). https://www.researchgate.net/publication/340429383_NORMAS_APA_7_EDICAO
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17, 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Meyvis, I., Rompaey, B., Goormans, K., Truijen, S., Lambers, S., Mestdagh, E., & Mistiaen, W. (2012). Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. *Birth*, 39(2), 115–120. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00529.x>
- Miquelutti, M., Cecatti, J., Morais, S., & Makuch, M. (2009). The vertical position during labor: Pain and satisfaction. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(4), 393–398. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000400002>
- Mohan, M., Ramawat, J., Monica, G., Jayaram, P., Fattah, S., Learmont, J., Bryan, C., Zaoui, S., Pullattayil, A., Konje, J., & Lindow, S. (2021). Electronic intrapartum fetal monitoring: A systematic review of international clinical practice guidelines. *AJOG Global Reports*, 1(2), 100008. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2021.100008>
- Motta, O., & Paulo, A. (2020). Revisão de literatura: Aspectos bioéticos da tomada de decisão do Enfermeiro em Terapia Intensiva / Literature review: bioethical aspects of decision-making by nurses in intensive care. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), Art. 2. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-095>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016) *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL.
- Nogueira, I., Carvalho, S., Tocantins, F., & Freire, M. (2018). Male participation in reproductive planning: An integrative review / Participação do homem no planejamento reprodutivo: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(1), Art. 1. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.242-247>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Maternidade com qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Livro de Bolso—Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/ Parteiras*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Parecer n.º 56/2015—A vontade das utentes levarem para o domicílio a sua placenta no pós-parto*. Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-páginas-antigas/mcee-de-saúde-materna-e-obstétrica-pareceres/>

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-páginas-antigas/competência-acrescida-diferenciada-e-avançada-em-supervisão-clínica/>

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento n.º 366/2018 / DRE*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 140/2019 / DRE*. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/>

Ordem dos Enfermeiros. (2019c). *Regulamento n.º 391/2019 / DRE*. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/padr-es-de-qualidade-mceesmo/full-view.html>

Orem D., Taylor S., Renpenning K. (2001) *Nursing: Concepts of Practice*. 6ª ed. St Louis.

Organização Mundial de Saúde. (1997). Care in normal birth: A practical guide. Technical Working Group. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 24(2), 121–123. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>

Organização Mundial de Saúde. (2014). *WHO recommendations for augmentation of labour*. World Health Organization. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/augmentation-labour/en/

Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>

Perales, M., Calabria, I., Lopez, C., Franco, E., Coteron, J., & Barakat, R. (2016). Regular exercise throughout pregnancy is associated with a shorter first stage of labor. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 30(3), 149–154. <https://doi.org/10.4278/ajhp.140221-QUAN-79>

Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J., & Marques, R. (sem data). *Livro «Pelo Direito ao Parto Normal—Uma Visão Partilhada» publicado no Dia Internacional do EESMO / Parteira*. Obtido 23 de julho de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/livro-pelo-direito-ao-parto-normal-uma-visao-partilhada-publicado-no-dia-internacional-do-eesmo-parteira/>

PORDATA. (2021a). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>

PORDATA. (2021b). *Partos: Total e em estabelecimentos de saúde*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde-152>

Prabhakar, D., George, L., & Karkada, S. (2015). Effectiveness of Ambulation during First Stage of Labour, on the Outcome of Labour among Primigravid Women in Selected Hospitals of Palakkad District, Kerala. *International Journal of Nursing Education*, 7, 1. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2015.00001.X>

Ramos, R., Alexandre, T., Cruz, O., Torcato, L., Carteiro, D., & Dias, H. (2020). Estratégias terapêuticas não convencionais durante o trabalho de parto: Uma scoping

review. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), Art. 1.
<https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19902>

Reiçadas, R. (2020). *Norma APA (7^a ed.)*. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/15071/6/Guia%20norma_APA_012021.pdf

Ribeiro, C., Maia, I., Souza, J., Santos, V., Santos, J., & Vieira, L. (2021). Atuação do enfermeiro na preservação de vestígios na violência sexual contra a mulher: Revisão integrativa. *Escola Anna Nery*, 25. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0133>

Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016). Nursing professional practice models: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 125–134. <https://doi.org/10.12707/RIV16008>

Rosa, A, Dadalt, A, Anversa, e., Assumpção, P., Aonaduzzi, D., & Fettermann, F. (2021). Experiências de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto. *Congresso Internacional em Saúde*, 8. <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/download/18920/17653/52397>

Rydahl, E., Declercq, E., Juhl, M., & Maimburg, R. D. (2019). Cesarean section on a rise—Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. *PLOS ONE*, 14(1), e0210655. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210655>

Salvesen, K., Stafne, S., Eggebø, T., & Mørkved, S. (2014). Does regular exercise in pregnancy influence duration of labor? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 93(1), 73–79. <https://doi.org/10.1111/aogs.12260>

Sanda, B., Vistad, I., Sagedal, L., Haakstad, L., Lohne-Seiler, H., & Torstveit, M. (2018). What is the effect of physical activity on duration and mode of delivery? Secondary analysis from the Norwegian Fit for Delivery trial. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 97(7), 861–871. <https://doi.org/10.1111/aogs.13351>

Santos, C. da C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508–511. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

- Santos, K., Miranda, R., Alves, C., Xavier, T., & Magalhães, A. (2022). Entraves na implementação da prática baseada em evidências (PBE) em enfermagem: Revisão integrativa. *Diversitas Journal*, 7(1), 0238–0246. https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/1491
- Schwartz, H., Prates, L., Possati, A., & Ressel, L. (2016). Estratégias de alívio da dor no trabalho de parto e parto: Uma revisão integrativa. *Journal of Nursing and Health*, 6(2), Art. 2. <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5975>
- Silva, N. da, Avelino, M., Almeida, M., Mota, P., Sena, C., Moraes, C., & Oliveira, J. (2021). Os benefícios do alojamento conjunto na ótica do enfermeiro: Revisão integrativa / The benefits of joint accommodation from the perspective of nurses: integrative review. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), Art. 2. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-292>
- Silva, Y., Araújo, F., Amorim, T., Martins, E., & Felisbino-Mendes, M. (2020). Analgesia obstétrica no trabalho de parto e sua associação com desfechos neonatais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (sem data). *O ambiente nas Unidades Cuidados Intensivos Neonatais*. Obtido 8 de outubro de 2022, de <http://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/o-ambiente-nas-unidades-cuidados-intensivos-neonatais1/>
- Sousa, L., Vieira, C., Severino, S., & Antunes, V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem*, 2, 17–26. <https://www.researchgate.net/publication/321319742>
- Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. de. (2010). Integrative review: What is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Spatz, D. L. (2020). Changing the Prenatal Care Paradigm to Improve Breastfeeding Outcomes. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 45(3), 186–186. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000619>
- Teixeira, S. G., & Santos, A. (2016). Analgesia de parto: Abordagem do neuroeixo e satisfação materna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 25(4), Art. 4. <https://doi.org/10.25751/rspa.8337>

- Transparência - SNS. (2021). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>
- Valadão, C. L., & Pegoraro, R. F. (2020). Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32, 91–98. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>
- Ventura-Silva, J., Lima, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review/Working methods of nurses in hospitals: Scoping review/Métodos de trabajo de las enfermeras en los hospitales: Scoping review. *JOURNAL HEALTH NPEPS*, 6(2). <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Watkins, V., O'Donnell, C., Perez, M., Zhao, P., England, S., Carter, E. B., Kelly, J. C., Frolova, A., & Raghuraman, N. (2021). The impact of physical activity during pregnancy on labor and delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(4), 437.e1-437.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.05.036>
- Watson, H. L., & Cooke, A. (2018). What influences women's movement and the use of different positions during labour and birth: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 7(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0857-8>
- Wu, H.-L., Lu, D.-F., & Tsay, P.-K. (2022). Rooming-In and Breastfeeding Duration in First-Time Mothers in a Modern Postpartum Care Center. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), Art. 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811790>
- Zhang, H., Huang, S., Guo, X., Zhao, N., Lu, Y., Chen, M., Li, Y., Wu, J., Huang, L., Ma, F., Yang, Y., Zhang, X., Zhou, X., Guo, R., & Cai, W. (2017). A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. *Midwifery*, 50, 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.022>
- Zhang, M., Wang, Y., & Qi, X. (2021). Effect of Very Advanced Maternal Age on Pregnant Women and Fetuses. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*, 30(5), 542–545. <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2021.05.542>

Apêndices

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)

Nome: Ana Maria Aguiar Frias
Universidade/Instituição: Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
N.º Identificação Civil: 06583219 - IZY0 Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____
Telef.: 966640111 E-mail: anafrias@uevora.pt ID ORCID: 0000-0002-9038-8576

Nome: _____
Universidade/Instituição: _____
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

Nome: _____
Universidade/Instituição: _____
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO

Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciências da Saúde
Consulte a lista de Áreas FOS em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/28>
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): Postura; Trabalho de parto; Enfermagem; Parturiente; Liberdade de circulação.

12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA

Assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]

Documento em anexo.

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Plano do Trabalho
 Cronograma
 Declaração de Orientador(es)
 Declaração da Unidade I&D de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo
 Outros: _____

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.

Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) é um curso do 2.º ciclo de estudos, lecionado na Universidade de Évora (UÉ), registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03), com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (OE) (SAI -OE/2017/9022 e SAI -OE/2019/5981) e prevê a aquisição de competências instrumentais, relacionais e de investigação, em consonância com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Reg. n.º 140/2019 de 6 de fevereiro) e com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) (Reg. n.º 391/2019 de 3 de maio). Competências essas que abrangem a vigilância de saúde da mulher em todo o seu ciclo vital, desde o nascimento até ciclo reprodutivo, os processos de saúde/doença nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido até ao 28.º dia de vida, assim como a Educação Sexual, Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e Saúde Pública. É segundo estas orientações que o plano de Estudos da UÉ (Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019), integra a UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), que inclui a apresentação de um projeto, com as competências a adquirir ao longo dos ensinamentos clínicos, que evoluirá para um Relatório Final com exploração de uma temática na qual o estudante aprofundará o conhecimento. O ENPRF, com 60 créditos ECTS, teve início 13/9/2021, termina em 25/6/2022 e decorrerá em Consulta externa de ginecologia e obstetrícia, Internamento de Ginecologia, Sala de Partos e Internamento de Puérperas. Segundo o plano curricular os objetivos para esta UC são: 1) Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade; 2) Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de melhoria de cuidados, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência e 3) Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua aquisição de competências ao longo do Estágio de Natureza Profissional. Assim se constroem as atividades abaixo apresentadas em quadro. Simultaneamente, será no âmbito da assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto, que se aprofundará a área temática, que se dirige à liberdade de movimento no trabalho de parto.

Se pensarmos numa vivência marcante no ciclo de vida de uma mulher, provavelmente nenhuma se compara aquela que é vivida no decurso de Trabalho de parto (TP). A mulher inicia esta jornada que resultará na obtenção do mais gratificante papel atribuído pela sociedade, o papel de mãe, sendo que, a mulher passa por uma série de modificações tanto fisiológicas como psicológicas num curto espaço de tempo (Mamede et al., 2004, 2007).

O livre movimento no trabalho de parto era uma prática adotada de forma não fundamentada pelos nossos ancestrais, atualmente vê-se que a sua prática é cada vez mais praticada pelos comprovados benefícios que a evidência científica tem demonstrado tanto para a mulher como para o recém-nascido. Estão descritas melhorias a nível da regularização das contrações, encurtamento do primeiro estadió de trabalho de parto e período expulsivo, melhor adaptação do canal de parto e menos riscos de laceração e necessidade de episiotomia, e diminuição das sensações dolorosa na contração (Berta et al., 2019; Ferrão & Zangão, 2017; Watkins et al., 2021; Watson & Cooke, 2018; World Health Organization, 2018). Sendo a prática da deambulação durante o trabalho de parto comprometida em grande parte pelas medidas de monitorização fetal estáticas (Abdul-Sattar Khudhur Ali & Mirkhan Ahmed, 2018; Barasinski et al., 2018; Desseuve et al., 2017).

O início do TP leva à dilatação cervical, à progressão do feto pelo canal de parto e termina com a sua expulsão (Graça, 2017). O TP não depende apenas da mulher, existe uma componente multifatorial tal como o feto, a placenta, o canal de parto, as contrações, as reações psicológicas e até mesmo a posição materna no decurso do mesmo (Lowdermilk & Perry, 2009). Apesar de todo o processo ser fisiológico, o mesmo é influenciado por algumas condições como a atitude corporal que a mulher adota (Ferrão & Zangão, 2017; Miquelutti et al., 2009; Watson & Cooke, 2018). Cada vez mais a evidência científica demonstra os benefícios da liberdade de movimento, como o estímulo da mulher para a adoção de posições verticais, uma prática vantajosa na dinâmica do primeiro estadió do trabalho de parto. A influência da atitude corporal e da dinâmica do movimento corpóreo vão alicerçar na ação da gravidade, na compressão dos grandes vasos maternos, no aumento dos diâmetros do canal de parto e dos mecanismos de encravamento e descida fetal. São ainda descritos benefícios a nível da melhoria da ventilação materna e do equilíbrio ácido-base do recém-nascido (Abdul-Sattar Khudhur Ali & Mirkhan Ahmed, 2018; Barasinski et al., 2018; Desseuve et al., 2017; World Health Organization, 2018)

Na parturiente em movimento, adotando a posição vertical, o útero contrai de forma mais eficaz requerendo assim menor esforço por parte do mesmo e o fluxo sanguíneo para o feto tem menor taxa de comprometimento, o que se traduz em menor risco de sofrimento fetal (De Sousa et al., 2018; Miquelutti et al., 2009; Zhang et al., 2017). A ação da gravidade ao promover pressão sobre o colo do útero, pela cabeça fetal, estimula o reflexo hipotálamo-hipófise que resulta na produção de oxitocina endógena, favorecendo uma melhor irrigação uterina que resulta em contrações mais eficazes (Barasinski et al., 2018; Desseuve et al., 2017; Ferrão & Zangão, 2017; Watson & Cooke, 2018).

Quando fazemos uma retrospectiva podemos verificar que a posição vertical no TP era transversal nas mulheres de diferentes culturas, indo ao encontro do que era praticado no ambiente doméstico, não medicalizado, corroborando com a evidência atual (Abdul-Sattar Khudhur Ali & Mirkhan Ahmed, 2018; Barasinski et al., 2018; Desseuve et al., 2017). Os estudos defendem que a posição vertical esta associada a menor dor durante o TP, bem como a menores taxas de episiotomias e lacerações, e ainda maior satisfação materna (Ferrão & Zangão, 2017; Meyvis et al., 2012; Watkins et al., 2021; World Health Organization, 2018; Zhang et al., 2017)

O EESMO tem um papel fundamental no acompanhamento da mulher em TP, tendo a responsabilidade de a informar sobre benefícios das posturas verticais bem como direito de opção na escolha pelo livre movimento e pela posição que a mesma considere mais vantajosa para o desenrolar do seu TP, assegurando que mulher toma uma decisão consciente e informada (Ordem dos Enfermeiros, 2013, 2015)

PLANO DE ATIVIDADES – PREPARAÇÃO DO PROJETO

Local	Objetivos	Atividades	Resultados Esperados
Consulta Externa de Ginecologia e Obstetrícia	Objetivo 1 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	Orientação e assistência a mulheres em fase de diagnóstico pré-natal	H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento
		Orientação e assistência para IVG/ILG	H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento
		Orientação e assistência a mulheres com gravidez de risco	H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento
Internamento de Ginecologia	Objetivo 2 – Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	Acompanhamento da mulher em processo de saúde/doença ginecológica.	H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher
		Assistência a mulher submetida a cirurgia génito-urinária e da mama	H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama H6.3. Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação
Bloco de Partos	Objetivo 3 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	Prestação de cuidados de enfermagem a grávida durante o TP	H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina
			H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto
Serviço de Obstetrícia - Puerpério	Objetivo 4 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	Prestação de cuidados de enfermagem no puerpério imediato	H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal
			H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal
Pesquisa para investigação	Objetivo 5 – Adquirir conhecimentos de como a liberdade de movimento influencia o primeiro estadio do TP;	Identificar e aprender estratégias facilitadoras e benefícios da liberdade de movimento durante o trabalho de parto;	H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal
			H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal
			Aquisição de conhecimentos e competências especializadas de cuidados de Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica na vertente da Liberdade de Movimento que permitam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a mulher e a melhoria da vivência do Trabalho de Parto e Parto e Puerpério. Criação de uma norma de serviço sobre a promoção de liberdade de movimento no primeiro estadio do trabalho de parto.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Tarefas	Ano 2020	Ano 2021
---------	----------	----------

	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões para elaboração do projeto																
Revisão de Bibliografia																
Elaboração do Projeto																
Submissão do Projeto																
Vertente Clínica Consultas Externas Ginecologia e Obstetrícia – Hospital de Faro																
Vertente Clínica Internamento de Grávidas – Hospital de Faro																
Vertente Clínica Bloco de Partos – Hospital de Faro e Hospital Garcia de Orta																
Vertente Clínica Puerpério – Hospital de Faro																
Elaboração do Relatório Final																
Entrega do Relatório Final																

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdul-Sattar Khudhur Ali, S., & Mirkhan Ahmed, H. (2018). Effect of Change in Position and Back Massage on Pain Perception during First Stage of Labor. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 19(3), 288–294. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.01.006>

Barasinski, C., Debost-Legrand, A., Lémery, D., & Vendittelli, F. (2018). Positions during the first stage and the passive second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery*, 56, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.010>

Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>

De Sousa, J. L., Da Silva, I. P., Gonçalves, L. R. R., Nery, I. S., Gomes, I. S., & Sousa, L. F. C. (2018). Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. *Revista Baiana de Enfermagem*32, . <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.27499>

Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., & Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 208, 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>

Ferrão, A., & Zangão, M. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto Freedom of movement and position in the first stage of labor. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3, 886. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).886](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).886)

Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª). LIDEL.

Lowdermilk & Perry. (2009). *Enfermagem na maternidade*. Lusodidacta.

Meyvis, I., Rompaey, B., Goormans, K., Truijien, S., Lambers, S., Mestdagh, E., & Mistiaen, W. (2012). Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. *Birth*, 39(2), 115–120. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00529.x>

Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Morais, S. S., & Makuch, M. Y. (2009). The vertical position during labor: Pain and satisfaction. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(4), 393–398. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000400002>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Maternidade com qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso—Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/ Parteiras*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019 | DRE*. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019 | DRE*. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/>

Watkins, V. Y., O'Donnell, C. M., Perez, M., Zhao, P., England, S., Carter, E. B., Kelly, J. C., Frolova, A., & Raghuraman, N. (2021). The impact of physical activity during pregnancy on labor and delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *225*(4), 437.e1-437.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.05.036>

Watson, H. L., & Cooke, A. (2018). What influences women's movement and the use of different positions during labour and birth: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, *7*(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0857-8>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>

Zhang, H., Huang, S., Guo, X., Zhao, N., Lu, Y., Chen, M., Li, Y., Wu, J., Huang, L., Ma, F., Yang, Y., Zhang, X., Zhou, X., Guo, R., & Cai, W. (2017). A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. *Midwifery*, *50*, 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.022>

Apêndice B: Apresentação “A tomada de decisão e importância no papel do enfermeiro – uma reflexão”

ESTRATÉGIA PARA AÇÕES: A IMPORTÂNCIA DA TOMADA DE DECISÃO

Alexandre Dias

Supervisor clínico: Carla Albino

Orientador: Ana Frias



1

TEMAS

- Introdução
- Tomada de decisão em Enfermagem
- Modelos de tomada de decisão
- Processo de tomada de decisão
- Fatores influenciadores da tomada de decisão
- Os cinco desafios



3

A TOMADA DE DECISÃO E IMPORTÂNCIA NO PAPEL DO ENFERMEIRO – UMA REFLEXÃO

Alexandre Dias

Supervisor clínico: Carla Albino

Orientador: Ana Frias



2

INTRODUÇÃO

Evolução nos cuidados de saúde	Evolução das Instituições de saúde	Evolução da enfermagem
<ul style="list-style-type: none">Importância da prática baseada na melhor evidênciaInteresse académico, clínico e em políticas de saúde;	<ul style="list-style-type: none">Avanço constante no conhecimento científico;Avanço tecnológico;Mudanças naturais e impostas pela pandemia;	<ul style="list-style-type: none">Desenvolvimento de competências de tomada de decisão, de funções administrativas, de gestão de cuidados e unidades de saúde;Constante atualização e readaptação;Utente como centro dos cuidados de excelência.

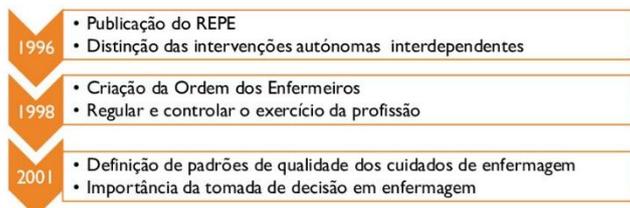
4

INTRODUÇÃO



5

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM – PERSPETIVA HISTÓRICA



7

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM



6

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM – PERSPETIVA HISTÓRICA

- Tanto a responsabilidade como a autonomia devem estar implícitas na capacidade de tomada de decisão do enfermeiro, após a identificação das necessidades dos cuidados de enfermagem do cliente/família/comunidade para depois estabelecer as suas intervenções, "de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados"

(Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.6)

8

MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM



9

MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM



11

MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM



10

MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM



12

MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM



13

13

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM – FATORES INFLUENCIADORES DA TOMADA DE DECISÃO



(Bennet & Tanner, 1987; Leonard & Farrell, 1998; Jones, 1993, 2004; Hallett et al., 2000; Neves, 2003, 2005; Highgham et al., 2004; Nunes, 2004, 2011; Fonseca, 2006; Barlow, 2006; Nunes, F., 2007; Decastro, 2008, 2010; Reis, 2009; Reinhardt & Keller, 2009; Gaspar et al., 2010; Freire et al., 2011; Casey, 2011, 2012)

15

15

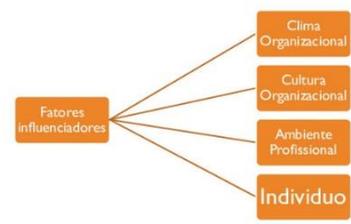
MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM



14

14

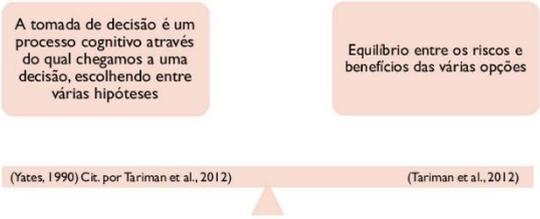
TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM – FATORES INFLUENCIADORES DA TOMADA DE DECISÃO



16

16

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM - PROCESSO



17

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM - PROCESSO



19

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM - PROCESSO



18

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM - PROCESSO



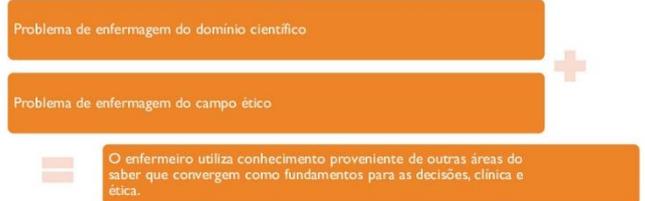
20

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM - PROCESSO

- 1 A competência do enfermeiro é um fator chave na tomada de decisão clínica;
- 2 O que leva o enfermeiro a decidir-se por determinada intervenção é resultado das suas experiências, conhecimentos, princípios, valores e crenças – “o saber ser e estar na vida”;
- 3 Tomar decisões em enfermagem é também um caminhar para profissionalização e autonomia profissional.

21

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM - PROCESSO



23

TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM - PROCESSO



22



RESUMO

- 1 O processo de tomada de decisão clínica pressupõe várias etapas que devem ser percorridas;
- 2 Difícil estabelecer o término de uma etapa e início de outra;
- 3 Depende do tipo e complexidade da decisão, do contexto, das pessoas, da responsabilidade pessoal e individual e a experiência de quem decide;
- 4 O reconhecimento das etapas do processo de tomada de decisão incentiva a aquisição de habilidades para melhorar os pontos fracos, que evitam decisões erradas.

24

Apêndice C: Formulário Cedência de Placenta

Bloco de Partos

Cedência de Placenta – informação à utente

A placenta um tecido formado durante a gravidez, fazendo parte da anatomia feminina durante este período e eliminada no parto.

Em meio hospitalar, a placenta é considerada um resíduo hospitalar de nível IV sujeita a inceneração obrigatória. No entanto, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida pronuncia se relativamente ao pedido dos utentes para levar a placenta após o parto fazendo notar:

“O facto de se tratar do único órgão do corpo humano que surge na mulher durante a gestação, constituindo um estreito elo de ligação entre a mãe e o ser por ela gerado ao longo de nove meses, reveste-se de uma dimensão simbólica que tem alimentado as mais diversas crenças e práticas culturais... a placenta é tida em certas culturas como algo que transcende a sua essência biológica e que, de um modo ou de outro, influencia a vida do nascituro e dos seus pais, justificando rituais próprios” (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2016)

"A resposta ao pedido dos progenitores, que refletirá o respeito pela autonomia ou pela decisão tomada em representação do menor, deve equacionar a eventual presença de razões de segurança ou de saúde pública que, sendo razoáveis, obstem a que a mãe ou o casal possam dispor livremente da placenta, fundamentando a sua eliminação ou incineração controlada no hospital...". "Seria por isso aconselhável definir formas de atender a estes pedidos, seja através de um procedimento ou de uma política institucional que seja do conhecimento público e que inclua os elementos necessários, os requisitos de manuseamento, preservação e entrega da forma mais segura, assim como as razões de recusa de entrega da placenta ou da sua destruição" (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2016).

Neste sentido e para dar resposta à solicitação dos casais para entrega da placenta, a mesma poderá ser entregue aos casais desde que:

- Não exista necessidade de ser efetuado exame anatomopatológico;
- Seja entregue pedido por escrito, responsabilizando-se a utente por:
 - Manipulação;
 - Uso futuro da placenta;
 - Acondicionamento desde que a placenta lhe for entregue, de forme a garantir a sua preservação e assepsia.

- A utente deve garantir uma pessoa que após a entrega da placenta se responsabilize pela sua conservação.

MANIPULAÇÃO E CONSERVAÇÃO

- A placenta é fornecida em 2 sacos de plástico para material biológico selados e identificados com etiqueta da puérpera;
- A placenta deve ser conservada em frio logo que possível após a entrega;
- A placenta não pode ser levada para o internamento de puérperas nem guardada em frigoríficos do hospital após a entrega à utente;
- A manipulação da placenta deve ser feita com luvas;
- Lave as mãos com água e sabão após manipulação da placenta e retire as luvas;
- Deve ser evitado o contacto direto com o sangue e placenta;
- Em caso de contaminação com sangue da placenta, deve ser de imediato lavada a área com água e sabão (exceto olhos).

SE A PLACENTA SE DESTINAR A SER ENTERRADA:

- Não deve ser enterrada em locais suscetíveis de contaminar águas domésticas, rios, ribeiros ou áreas públicas;
- Deve ser enterrada a uma profundidade mínima de 90 cm abaixo da superfície do solo.

FONTES:

- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2016). *Parecer N.º 86/CNECV/2016 sobre o Destino da Placenta após o Parto* | CNECV. <https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/par-ecer-n-o-86-cneqv-2016-sobre-o-destino-da-placenta-apos-o-par>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Parecer n.º 562015—A vontade das utentes levarem para o domicílio a sua placenta no pós-parto*. Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/mcee-de-saude-materna-e-obstetrica-pareceres/>
- The Royal Hospital for Womens. (2017). *CLINICAL POLICIES, PROCEDURES & GUIDELINES: Placenta—Removal from hospital by parents*. 3.

Apêndice D: Registo de contabilização - Estágio de natureza profissional

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

 Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

 Ano Letivo 2021 /2022

Nome do Aluno Alexandre Miguel Mourato Dias Nº 46903

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida <ul style="list-style-type: none"> • Exames pré-natais (100) 	254
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente <ul style="list-style-type: none"> • Partos eutócicos (40) ----- • Participação activa em partos pélvicos ----- • Participação activa em partos gemelares ----- • Participação activa noutros partos ----- • Episiotomia ----- • Episiorrafia / perineorrafia----- 	50 1 2 18 10 28
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) <ul style="list-style-type: none"> • Gravidez ----- • Trabalho de parto ----- • Puerpério ----- 	126 18 49
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	141
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	199
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	66
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	135

Rubrica Professor
